

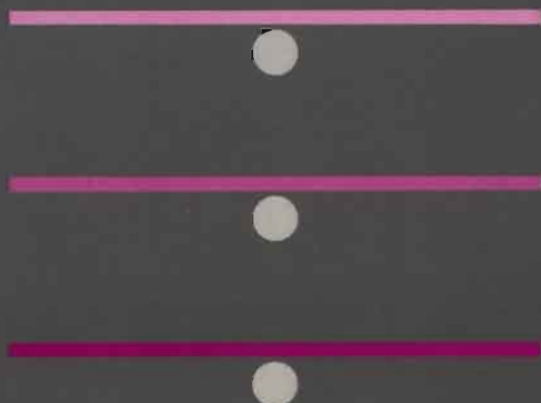


U R E F

SOCIÉTÉS, DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ

coordination :
Didier Fassin et Yannick Jaffré

« Médecine tropicale »
dirigée par le Professeur Marc Gentilini



ELLIPSES/AUPELF

UNIVERSITÉS FRANCOPHONES



U R E F

SOCIÉTÉS, DÉVELOPPEMENT ET SANTÉ

coordination :

Didier Fassin et Yannick Jaffré

DORIS BONNET

JACKY BOUJU

ANNE-CLAIRE DEFOSSEZ

ERIC FASSIN

MARC-ERIC GRUÉNAIS

ANNIE HUBERT

ODILE JOURNET

JEAN-PIERRE OLIVIER DE SARDAN

ARLETTE POLONI

CLAUDE RAYNAUT

EMMANUELLE KADYA TALL

JOSEPH TONDA

MARA VIVEROS

ELLIPSES

32 rue Bargue
75015 PARIS

LES AUTEURS

Doris BONNET, Chargé de Recherches, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).

Jacky BOUJU, Maître de Conférences, Faculté d'Aix-Marseille, détaché à l'Université de Ouagadougou (Burkina Faso).

Anne-Claire DEFOSSEZ, Chargé de Recherches, Institut Santé et Développement (Paris).

Éric FASSIN, Assistant Professor, Assistant Director, Institute of French Studies, New York University (États-Unis).

Didier FASSIN, Assistant des Hôpitaux, Assistant des Universités, Département de Santé Publique de la Pitié Salpêtrière et Institut Santé et Développement (Paris).

Marc-Éric GRUÉNAIS, Chargé de Recherches, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).

Annie HUBERT, Chargé de Recherches, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et Institut Santé et Développement (Paris).

Yannick JAFFRÉ, Conseiller en Sciences Sociales, Direction de l'Éducation pour la Santé (Burkina Faso), Ministère de la Coopération et du Développement.

Odile JOURNET, Maître de Conférences, Université de Saint-Étienne, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS).

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN, Directeur de Recherches, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris - Marseille).

Arlette POLONI, Consultante indépendante (Burkina Faso).

Claude RAYNAUT, Directeur de Recherches, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Université de Bordeaux II.

Emmanuelle Kadya TALL, Chargé de Recherches, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (Orstom).

Joseph TONDA, Maître de Conférences, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Brazzaville (Congo).

Mara VIVEROS, Chargé de Recherches, Institut Santé et Développement (Paris).

© EDITION MARKETING / ELLIPSES, 1990

ISBN 2-7298-9034-3

I.S.S.N. 0993-3948

Diffusion ELLIPSES ou EDICEF selon pays

La loi du 11 mars 1957 n'autorise, aux termes des alinéas 1 et 3 de l'article 41, que "les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective d'une part, et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration".

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants-droit ou ayants-cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

*pour Sarah et Manuel,
Jolita et Taïbatou.*

Cliché Mariano GARATE



PRÉFACE

Les politiques successives de développement initiées dans les pays du Tiers-Monde, singulièrement celles de développement sanitaire, n'ont pas tenu leurs promesses ; globalement, aujourd'hui, l'état sanitaire de la majorité des populations, en Afrique Noire, en Amérique latine, en Asie du Sud, se dégrade. Il est devenu banal de rappeler que les écarts entre les plus favorisés et les plus démunis se creusent.

Pourtant, les technologies se perfectionnent, la recherche progresse, dans le domaine médical comme dans d'autres, mais les profits de ces avancées de la science servent avant tout ceux dont la santé est la mieux protégée, et dont l'environnement est, malgré des carences, à lui seul une protection sanitaire. Ailleurs, les populations les plus nombreuses, les plus altérées physiquement, ne perçoivent que des retombées parcellaires incapables de combler les tares du sous-développement.

Mais les difficultés rencontrées dans ce domaine ne sont pas seulement techniques ; elles sont aussi économiques, sociales, politiques et culturelles. Tous ces facteurs doivent être analysés et pris en compte par les décideurs.

* *
*

L'ouvrage coordonné par Didier Fassin et Yannick Jaffré, auquel ont contribué une douzaine de spécialistes des sciences sociales, francophones, des pays du Nord et de ceux du Sud, doit être lu à la fois comme un descriptif des difficultés et comme un mode de recherche de remèdes.

Manuel à l'usage des praticiens de la santé, il propose des outils pour comprendre les mécanismes susceptibles d'expliquer les échecs de tant de propositions de développement sanitaire ne parvenant pas à répondre à l'attente des populations censées en bénéficier : plutôt que de vouloir réduire les réalités des sociétés aux modèles changeants du développement, ce livre suggère d'essayer d'abord de mieux observer ces réalités afin d'y adapter ensuite les modèles.

Les sciences sociales apportent à la Santé Publique des connaissances dont elle a besoin. Par l'analyse différente qu'elles dressent des pratiques des populations, autant que de celles des développeurs, elles fournissent des instruments pour une action plus efficace et plus pérenne, qu'il s'agisse d'une

campagne de vaccination, d'un programme de nutrition, d'un projet d'éducation sanitaire, ou même, au quotidien, de soins dispensés dans une structure sanitaire. En rappelant que toutes ces activités s'inscrivent dans des cultures qui ont une histoire ancrée dans des traditions, n'excluant pas le changement ou la modernité, et que la maladie est rarement isolée de son contexte social et de son environnement physique, elles retrouvent les préoccupations de ceux, nationaux ou expatriés, travaillant dans le domaine du développement sanitaire.

* *
*

A la lumière des échecs antérieurs où la complexité du tissu social du Tiers-Monde n'a pas suffisamment été prise en considération, le dialogue établi entre professionnels de la santé et spécialistes des sciences sociales, devrait faciliter l'émergence d'actions plus réfléchies, mieux coordonnées, solidement insérées et, pourtant, plus efficaces, dans les sociétés.

Professeur Marc GENTILINI

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	11
--------------	----

Première Partie	
ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION	15

Introduction aux sciences sociales	<i>Eric Fassin</i>	16
Sociétés et développement	<i>Jean-Pierre Olivier de Sardan</i>	28
Maladie et médecines	<i>Didier Fassin</i>	38
Éducation et santé	<i>Yannick Jaffré</i>	50

Deuxième Partie	
QUESTIONS DE MÉTHODE	67

Démarche de la recherche	<i>Didier Fassin</i>	68
Décrire. Entretien et observation	<i>Didier Fassin</i>	87
Analyser. Variables et questions	<i>Didier Fassin</i>	107
Comprendre. Les mots du malade	<i>Yannick Jaffré</i>	126

Troisième Partie	
PRATIQUES DE RECHERCHE	135

Problèmes sociaux

Inégalités économiques et solidarités sociales Exemples haoussa au Niger	<i>Claude Raynaut</i>	136
---	-----------------------	-----

Pratiques économiques et structures sociales Exemples dogon au Burkina Faso	<i>Jacky Bouju</i>	155
--	--------------------	-----

Le travail des enfants Débuts dans la vie active et stratégies familiales de reproduction à Quito, Équateur	<i>Anne-Claire Defossez</i>	167
---	-----------------------------	-----

La condition des femmes Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau	<i>Odile Journet</i>	179
--	----------------------	-----

Itinéraires thérapeutiques

L'interprétation du malheur et de la maladie Une consultation chez un devin au Sud-Bénin	<i>Emmanuelle Kadya Tall</i>	191
---	------------------------------	-----

Les églises comme recours thérapeutique Une histoire de maladie au Congo	<i>Joseph Tonda</i>	200
---	---------------------	-----

La relation entre médecins et malades Une enquête à Villeta, village colombien	<i>Mara Viveros</i>	211
Le malade et sa famille Une étude de cas à Brazzaville	<i>Marc-Eric Gruénais</i>	227
Rencontres		
Anthropologie et santé publique Une approche du paludisme au Burkina Faso	<i>Doris Bonnet</i>	243
Ethnologie et nutrition L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande	<i>Annie Hubert</i>	259
Sociologie et hygiène Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou	<i>Arlette Poloni</i>	273

AVANT-PROPOS

Le projet de cet ouvrage s'est formé en réponse à une demande – celle de praticiens du développement et de la santé à la recherche d'outils leur permettant une meilleure compréhension des sociétés dans lesquelles ils travaillent. Mûri au cours de divers enseignements dispensés à des personnels médicaux et paramédicaux, en France et en Afrique, il a aussi bénéficié des suggestions de ceux qui ont accepté de s'y associer, et en particulier s'est ouvert à des approches et à des thèmes primitivement non envisagés. Afin de demeurer fidèles à l'esprit initial, nous avons demandé aux auteurs de privilégier dans leur présentation le souci didactique, avec le double objectif de montrer à un public non spécialisé comment se fait la recherche en sciences sociales et en quoi elle peut être utile aux acteurs sociaux, qu'ils soient « développeurs » ou « développés », soignants ou malades.

Dans le parcours introductif qu'il propose à travers les disciplines qui contribuent à la connaissance des sociétés, Eric Fassin affirme que c'est le travail critique qui différencie le savoir scientifique à la fois du sens commun et du discours idéologique : la permanente remise en cause par soi et par d'autres, non seulement des résultats, mais aussi et surtout des concepts plus ou moins implicites qui servent à les produire, apparaît ainsi comme la condition de scientificité de l'anthropologie, de l'ethnologie, de la sociologie, de la géographie ou de l'histoire. C'est ce qu'illustrent les trois chapitres suivants à propos du développement, de la maladie et de l'éducation : Jean-Pierre Olivier de Sardan s'interroge sur la validité des notions de tradition et de communauté à l'aide desquelles les praticiens du développement pensent les sociétés dans lesquelles ils œuvrent, et suggère de nouvelles grilles de lecture des logiques des populations soumises à des interventions extérieures ; Didier Fassin rappelle que les systèmes d'identification, de classification et d'interprétation des maladies qu'utilisent le médecin, le malade et le groupe ne sont pas superposables, et montre comment pourraient être prises en compte les dimensions sociale et politique de la santé publique ; Yannick Jaffré analyse la méconnaissance des réalités et le non respect des usages dont font preuve de nombreuses actions éducatives, et apporte des éléments pour améliorer la pertinence des programmes ayant comme objectif la transformation des comportements.

Le savoir sur les sociétés est d'autant plus difficile à constituer qu'il doit s'imposer contre les fausses évidences, les catégories a priori, et les jugements de valeur, afin de dépasser la connaissance que chacun a, ou pense avoir, du monde qui l'entoure – qu'il s'agisse de sa propre société ou d'une autre, lointaine. C'est là le travail des sciences sociales, comme le montre Didier Fassin. Mais pour qu'un dialogue entre développeurs et soignants d'une part, anthropologues, ethnologues et sociologues d'autre part, soit possible et utile (notamment pour ceux qui sont l'objet des interventions ou des recherches), il faut livrer aux premiers quelques clefs

permettant de mieux appréhender l'activité des seconds. Les trois chapitres de Didier Fassin et Yannick Jaffré sur les aspects techniques des sciences sociales tentent d'apporter un peu de cette connaissance instrumentale, en préférant à l'opposition qualitatif/quantitatif, peu conforme aux exigences et aux pratiques de la recherche, la présentation de trois moments d'une démarche : décrire, analyser, comprendre.

Montrer le travail concret de l'anthropologue, de l'ethnologue, du sociologue, à travers des recherches proposant à la fois la spécificité d'un terrain dans un contexte culturel donné et la généralité que devrait permettre toute analyse du social, tel est l'objet de la troisième partie. Malgré leur diversité apparente, les études présentées demeurent dans la cohérence globale de l'ouvrage, et témoignent en particulier des mêmes préoccupations éthiques.

La nature complexe du social rend nécessaire la multiplication des niveaux d'analyse : Claude Raynaud livre ainsi une description de l'organisation et de la stratification du monde haoussa en milieu rural et en zone urbaine, et incite à penser différemment les inégalités sociales à la lumière des formes de pouvoir et de sociabilité qu'on retrouve dans la plupart des sociétés africaines ; Marc-Éric Gruénais décrypte la signification de l'histoire d'un malade brazzavillois et fait découvrir derrière la souffrance d'un individu des conflits familiaux qui le dépassent ; Annie Hubert donne à lire les pratiques alimentaires yao comme partie intégrante d'un système culturel dans lequel les manières de table sont indissociables des catégories spatiales et des croyances religieuses.

La compréhension des relations sociales telles qu'elles sont significatives pour ceux qui les vivent passe souvent par une remise en cause des implicites et un déplacement des problématiques : Anne-Claire Defossez s'interroge sur la définition et les limites de l'enfance dans la société équatorienne, à partir d'une étude des débuts professionnels des enfants travaillant dans la rue, et montre ainsi qu'on ne peut se contenter de condamner le travail des mineurs, mais qu'il faut le réinscrire dans des pratiques et des trajectoires familiales ; Odile Journet, à partir de la description d'un rituel de procréation en pays diola, examine le statut social de la femme dans une société rurale africaine, et rapproche les conditions de reproduction biologique et les pratiques de reproduction sociale du groupe féminin ; Emmanuelle Kadya Tall met en scène une consultation divinatoire chez un guérisseur béninois, et à travers la révélation de ses logiques d'interprétation, fait apparaître la continuité sémantique entre maladie, sorcellerie et cosmogonie.

L'étude de la vie en société révèle des conflits et des contradictions entre individus, entre groupes ou entre institutions, qu'il est essentiel d'analyser – qu'on se place dans une optique de recherche ou dans une perspective d'intervention : Mara Viveros met en évidence les antagonismes qui opposent, dans une petite ville colombienne, médecins et malades d'une part, praticiens modernes et thérapeutes traditionnels d'autre part, ce qui indique la maigre place accordée à la dimension humaine dans la relation thérapeutique à l'hôpital, et souligne le caractère irréaliste de toute tentative d'intégration des différentes médecines ; Joseph Tonda décrit les rapports de force, au sein de la société congolaise, entre ceux qui disposent de la reconnaissance officielle, c'est-à-dire les médecins et l'Église catholique, et ceux qui n'ont que la légitimité traditionnelle, guérisseurs et églises prophétiques.

Le lien qui s'établit entre une société et ses développeurs n'est d'ailleurs pas moins source de tensions et d'incompréhensions : Jacky Bouju rappelle, à propos d'une étude de cas en pays dogon, que la complexité de l'organisation des terroirs et de l'économie des villages est peu compatible avec le souci d'homogénéisation d'un projet de développement rural ; Doris Bonnet illustre le décalage entre les représentations de la maladie dans la société mossi et la demande des médecins ou des épidémiologistes

œuvrant dans le cadre d'un programme de lutte contre le paludisme ; Arlette Poloni met en lumière les logiques de propreté de citoyens burkinabé et montre comment elles ne peuvent coïncider que très partiellement avec les exigences d'hygiène des autorités sanitaires.

Au-delà de la démonstration de la contribution des sciences sociales aux activités de développement et de santé, cet ouvrage témoigne aussi de l'espérance – partagée par l'ensemble de ses auteurs – qu'il permette aux populations et aux personnes, auxquelles s'adressent ces activités, d'être mieux écoutées et mieux entendues, non seulement par ceux, développeurs ou soignants, qui interviennent auprès d'elles, mais aussi par ceux, anthropologues, ethnologues et sociologues, qui parlent à leur place et en leur nom.

D. F., Y. J.

Nous remercions Anne-Marie Legros et Hélène Le Bomin pour leur travail de dactylographie, Annie Zivkovic et Dominique Lahaussais pour le soin particulier apporté à la composition de l'ouvrage, et Anne-Claire Defossez pour sa patiente relecture de la version finale.

Première Partie

ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Introduction aux sciences sociales

Sociétés et développement

Maladie et médecines

Éducation et santé

INTRODUCTION AUX SCIENCES SOCIALES

Eric FASSIN

Pour Michel Foucault, « l'homme n'est qu'une invention récente, une figure qui n'a pas deux siècles, un simple pli dans notre savoir », et c'est l'émergence de cet objet de connaissance nouveau « qui a ouvert un espace propre aux sciences humaines » (1966). De la même manière, l'invention moderne de la société comme objet de savoir est la condition de possibilité des sciences sociales : elles nous parlent, non de l'homme, comme la linguistique ou la psychologie, sciences humaines, mais de l'homme en société, comme l'histoire, l'anthropologie, ou la sociologie.

Sans doute existe-t-il depuis Aristote toute une tradition de philosophie politique ; mais elle traite du Pouvoir plus que des structures politiques, de la Domination plus que des formes de domination, en un mot, de la Société, plus que des organisations sociales particulières. Les sciences sociales sont en revanche fondées sur le travail empirique : c'est pourquoi Raymond Aron fait figurer Montesquieu, et non Rousseau, au nombre des pères fondateurs de la sociologie (1967). Autre opposition fondamentale, la vision différente du « politique » et du « social ». Tandis que la philosophie politique pose l'État hors de la société civile, pour les sciences sociales, comme l'analyse François Ewald, « la société n'a plus d'extérieur », et l'État lui-même est pris dans le jeu des forces sociales. De même, alors que Rousseau, philosophe, concevait des individus s'engageant librement dans le « contrat social », pour la sociologie de Durkheim, la société est première – liberté et individu n'existent pas dans un lieu extérieur et antérieur à la société ; ils ne sont pas donnés, ils sont à conquérir au prix d'un « travail d'individualisation » et de « libération » (1986 a : 365, 375). Les sciences sociales sont fondées sur cette perception nouvelle : la société ne s'arrête pas aux portes de l'homme, elle le traverse. Cette présence de la société en nous, cette « histoire incorporée », c'est ce que Pierre Bourdieu appelle *habitus* (1982) : une manière individuelle d'être, d'agir et de penser, qui reflète et produit à la fois l'inscription des hommes dans la société.

Les sciences sociales reposent sur l'hypothèse d'une omniprésence du social ; il est donc naturel qu'elles-mêmes soient tout entières prises dans une histoire, et une société, qui sont les nôtres. Aussi, de même que la sociologie des intellectuels offre une hygiène propice au travail intellectuel, de même la conscience du cadre historique où elles s'insèrent peut-elle éclairer la pratique des sciences sociales. Nous essaierons dans cette présentation de traiter cette double question, révélant l'histoire au cœur du sujet, comme de l'objet de la connaissance. Les sciences sociales apparaissent bien ainsi, doublement, comme des disciplines historiques : si elles nous parlent de l'histoire, c'est toujours depuis l'histoire qu'elles en parlent. Introduction à leur signification, cette double approche nous semble être le préalable nécessaire à un bon usage des sciences sociales.

1. DES SCIENCES DANS L'HISTOIRE

Les sciences sociales naissent avec l'inquiétude moderne sur l'évolution de la société et la nature du lien social. Elles ne sortent pas un jour, tout armées conceptuellement, du crâne d'un penseur isolé : elles se constituent peu à peu, dans des champs d'investigation différents, tout au long du XIX^{ème} siècle. Auguste Comte forge le mot « sociologie », néologisme contesté. L'anthropologie quitte le domaine philosophique pour l'anthropologie sociale, la spéculation sur l'homme pour l'étude des sociétés. L'histoire n'est plus la simple chronique des hauts faits du passé : c'est ainsi que Tocqueville, confronté au traumatisme de l'événement révolutionnaire, aborde l'étude des structures sociales (1985). Avec Marx, l'économie politique se fonde sur l'analyse des rapports sociaux de production, dont les acteurs sont les classes sociales. Nouvelles ou renouvelées, différentes disciplines se constituent en tâtonnant autour d'un problème commun. Elles ne fondent pas pour autant une science sociale unifiée : chacune a ses méthodes et ses traditions. Chacune porte la marque d'une histoire propre.

Il ne serait pas plus conforme à la réalité d'imaginer un tableau idéal des différentes sciences sociales, où la sociologie s'opposerait à l'ethnologie comme le proche au lointain, la géographie à l'histoire comme l'espace au temps, l'histoire à la sociologie comme le passé au présent. Ce découpage trouve sa nécessité, non dans la rationalité scientifique, mais dans l'histoire institutionnelle. Il suffit pour s'en convaincre de comparer la définition de ces disciplines dans divers pays. L'histoire est en France associée à la géographie par l'enseignement universitaire ; en Italie, elle a partie liée avec la philosophie politique ou l'histoire des idées. La sociologie française s'inscrit dans une tradition philosophique, tandis que la mathématisation est aux États-Unis beaucoup plus valorisée. Chaque discipline parle depuis son histoire, et bien souvent, plutôt que la langue, c'est leur langage qui sépare les traditions nationales.

Les disciplines particulières n'ont donc pas une existence plus absolue que la science générale : s'il faut renoncer à définir une science sociale, il n'en est pas moins impossible de dresser la liste des sciences sociales. Faudrait-il inclure la démographie ? Simple technique d'administration, comme d'autres disciplines statistiques, la démographie peut aussi se trouver au centre des recherches d'historiens comme Jacques Dupâquier (1988-89), dès lors que la collecte des faits bruts s'inscrit dans une interprétation scientifique. Autre exemple : quelle place réserver à l'économie ? Marx, mais aussi Weber et Pareto, sont économistes autant que sociologues ou historiens. Et l'histoire économique, avec les travaux d'Ernest Labrousse, comme l'anthropologie économique qu'ont développée en France Claude Meillassoux et Maurice Godelier, ont montré l'importance (capitale) des phénomènes économiques. La discipline économique relève-t-elle pour autant des sciences sociales ? On peut en douter : les mécanismes de formation des prix relèvent d'une logique proprement économique ; c'est d'ailleurs pourquoi la modélisation mathématique peut jouer un rôle important dans la science économique. On voit ici toute l'ambiguïté de ces définitions : la démographie et l'économie, comme toutes les disciplines, existent, non pas de manière idéale, mais dans la pratique des chercheurs. En l'absence de définition stable, le classement des disciplines n'est donc jamais assuré : la distinction entre « ethnologie » et « anthropologie » reste l'objet de discussions. Bref, tout effort de définition des sciences sociales doit rappeler l'arbitraire historique de distinctions qu'on serait tenté de fonder en raison.

On comprend mieux, dès lors, les échanges constants entre ces disciplines : si, de plus en plus, l'anthropologie se fait historique, c'est que l'histoire avant elle, comme dans les travaux de Jacques Le Goff (1977), s'est tournée vers les méthodes de

l'anthropologie ; l'Histoire de France de Lavisse s'ouvre par un Tableau de la France, somme géographique due à l'historien Vidal de la Blache ; plus près de nous, Fernand Braudel consacre sa thèse à la Méditerranée, entité géographique, l'originalité de sa démarche reposant sur la notion de longue durée, définie comme « temps géographique » ; et dès l'origine, comment distinguer anthropologie et sociologie dans l'œuvre d'un Durkheim, qui étudie d'un même mouvement, dans « La division du travail social » (1986 a), les sociétés « primitives » et le monde contemporain ? Plutôt qu'un tableau ordonné, il serait tentant d'évoquer l'image d'un grand « marché » des sciences sociales où s'approvisionnent en idées et en méthodes les chercheurs de chaque discipline.

Les sciences sociales sont bien, comme les objets qu'elles étudient, définies historiquement. Le reconnaître, n'est-ce pas les relativiser, et donc saper les fondements de leur légitimité ? Quelle serait la vérité scientifique d'un savoir entièrement déterminé par l'histoire ? On a pu, par exemple, dénoncer l'anthropologie, produit du colonialisme et du néo-colonialisme (Copans 1974, 1975) : l'évolutionnisme des fondateurs de l'anthropologie n'était-il pas la justification de l'impérialisme européen ? De même, l'ethnologie américaine ne s'était-elle pas développée sur les ruines des civilisations indiennes ? En dépit de leurs prétentions, les sciences sociales ne se distingueraient alors nullement des systèmes idéologiques qu'elles analysent : la science ne serait pas tant rationalité que rationalisation. Toutefois, pour prendre conscience de leurs déterminations historiques, les sciences sociales sont-elles vraiment condamnées à cette relativisation ? Pour être historique, leur vérité n'est-elle que mensonge ? Loin de s'en défendre, les sciences sociales peuvent en réalité revendiquer cet ancrage dans les sociétés qui les constituent. C'est ainsi que l'historien Maurice Agulhon souhaite « emprunter au présent la perception ou la formulation d'un problème, et voir si ce problème peut relancer sous une forme inédite et féconde la réflexion sur le passé » (1987 : 603, 604). Par un renversement, l'historicité devient ici le point de départ du travail scientifique. C'est ce paradoxe constitutif des sciences sociales qu'il nous faut maintenant analyser.

Les sciences sociales prétendent nous apporter une intelligence du monde. Mais elles n'ont aucun monopole en ce domaine : religions et systèmes politiques proposent également leur interprétation de l'univers social. A la demande sociale de sens, le praticien des sciences sociales n'est certes pas seul à répondre ; à côté de lui parlent le journaliste et l'écrivain, l'homme politique ou le prophète. Comme eux, il n'échappe pas à l'idéologie : le sociologue est lui aussi un être social. Yves Lacoste l'a rappelé, il est court, le chemin qui mène de la géographie à la géopolitique (1985). Les rapports entre histoire et nationalisme, en France et ailleurs, sont étroits, et il suffit de rappeler le rôle des historiens dans la constitution du sentiment national, qu'atteste la part faite à l'historiographie dans *Les lieux de mémoire* (1984-86). La pensée sociale ne distingue pas toujours le scientifique et le politique : ainsi du marxisme, discipline théorique et praxis à la fois. Il serait manifestement absurde de rapporter le déclin, voire l'effondrement actuel du marxisme dans les sciences humaines, comme d'ailleurs son triomphe, naguère, à des causes purement scientifiques. Les sciences sociales ne parlent jamais du « point de vue de Dieu », impartial et objectif ; encore une fois, elles s'inscrivent dans l'histoire.

A la différence de l'idéologie cependant, les sciences sociales aspirent à la scientificité qui fonde leur légitimité sociale : elles s'arment de rigueur contre les facilités de l'évidence. C'est le sens des procédures de description, d'exemplification, et de vérification qui alourdissent le travail scientifique, et dont ne s'embarrasse pas la rhétorique idéologique. C'est au prix d'un minutieux travail empirique d'inventaire exhaustif des mariages Samo sur plusieurs générations, soumis à une analyse

informatique systématique, que l'anthropologue Françoise Héritier (1981 ; Terray 1986) a pu réviser le modèle érigé par Claude Lévi-Strauss dans les *Structures élémentaires de la parenté* (1949), pour retrouver la logique des pratiques matrimoniales. Le sceptique sera toujours tenté de renvoyer cet appareil scientifique scrupuleux du côté de la rhétorique pour n'y voir qu'un « effet de sérieux » : il ne s'agirait pas tant de démontrer que de persuader ; et de fait, on sait fort bien que les statistiques remplissent trop souvent, ailleurs, cette fonction purement décorative.

Du reste, le soupçon du sceptique n'atteint pas seulement la méthodologie scientifique. L'épistémologie du *Métier de sociologue* (Bourdieu, Chamboredon et Passeron 1968) fait reposer la science sur la construction de l'objet, qui n'est pas donné empiriquement, mais acquis contre les évidences du sens commun – et de l'idéologie. Ainsi, pour étudier l'immigration en France sans tomber prisonnier du discours politique, Gérard Noiriel pose les fondations de son objet : il traite de l'immigration dans son ensemble, plutôt que de telle ou telle communauté ; en faisant apparaître des récurrences, il inscrit le phénomène dans le temps, et non dans l'actualité ; loin de l'isoler, il l'insère dans la réalité nationale ; enfin, la comparaison avec les États-Unis lui permet d'aborder cet objet social invisible à force d'évidence (1988). C'est ainsi qu'il peut échapper à l'alternative idéologique de la dénonciation et de l'apologie. Mais à son tour, pareille construction pourrait être considérée comme une stratégie interprétative parmi d'autres : Paul Veyne nous le rappelle, l'histoire est un récit, et il est bien des manières de raconter l'histoire (1971). Comme le montre bien le philosophe Paul Ricœur (1983-85), l'écart entre l'histoire et le roman, deux formes narratives, s'en trouve considérablement réduit : on peut alors envisager l'histoire, avec Hayden White (1973, 1978), ou l'anthropologie, avec Clifford Geertz (1973 ; Clifford et Marcus 1986), comme des genres littéraires. Tout serait littérature...

Les sciences sociales se retrouvent ainsi sur la défensive, sommées de justifier leur vérité ; c'est ce qu'entreprend aujourd'hui, pour les délivrer d'une paradoxale annihilation par l'histoire, le philosophe Jürgen Habermas (1987). S'il n'existe pas dans un lieu vierge d'idéologies, le discours scientifique est pourtant tenu par d'autres règles, qui autorisent à parler de « discipline » – règles externes, et non internes, sociales, et non logiques. Le cynique qui ne voudrait voir dans les sciences sociales que pure idéologie ne se montrerait pas plus lucide que le naïf qui croirait y trouver la vérité absolue. Sans doute ne nous renvoient-elles que des images partielles et partiales ; mais ce savoir précaire et controversé n'est-il pas conforme à la nature de la science, toujours provisoire et conflictuelle ? La science ne nous installe jamais dans le confort définitif de vérités incontestables, et les savants n'accumulent pas les connaissances comme un trésor. Non seulement la physique a progressé de remises en causes en révolutions, mais aujourd'hui même, loin d'être établie dans une paisible communauté de vues, elle reste écartelée entre deux paradigmes – quantique et ondulatoire (Kuhn 1983). On devine ici comment l'argument du sceptique peut se renverser : la pluralité des points de vue n'assure pas la ruine mais la prospérité de la science ; elle est en effet un processus dynamique, dont le moteur est le conflit : est scientifique, non pas ce qu'on pourrait prouver de manière définitive, mais ce qu'on peut réfuter (Popper 1980) – et donc combattre. Seul le discours scientifique repose ainsi sur la contradiction. Dans un ouvrage célèbre, Max Weber rapprochait l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme, le religieux et l'économique (Weber 1964) ; mais c'est la controverse animée qu'il a suscitée qui fait peut-être l'intérêt majeur du livre (Besnard 1970). Si les sciences sociales, à l'opposé d'une image unitaire de la science, sont donc déchirées entre des écoles, c'est que leurs vérités ne sont que le résultat provisoire de débats qui en fondent justement la légitimité. La critique est toujours inscrite dans l'exercice de la science, et doublement lorsqu'elle parle de la société. D'une part en effet elle est soumise au contrôle de la communauté scientifique

– et l'on voit ici que la professionnalisation des disciplines, c'est-à-dire l'institutionnalisation qui est la marque de leur historicité, garantit pareillement leur scientificité : c'est le passage d'Auguste Comte, amateur de génie, à l'universitaire Emile Durkheim. Mais elle est de surcroît exposée à la critique, non des seuls spécialistes, mais de tous, à commencer par ceux qu'elle prétend étudier – car, à la différence des autres sciences, les sciences sociales sont affligées d'un objet doué de parole, et même bavard, l'homme.

2. DES SCIENCES DE L'HISTOIRE

Au principe des sciences sociales, un postulat : tout est social. Il ne s'agit pas nécessairement d'une philosophie de l'homme, sombre vision du monde où le Moloch social dévore l'individu – et c'est d'ailleurs contre un pareil glissement idéologique que le sociologue Raymond Boudon définit l'« individualisme méthodologique » (1982), où le social apparaît, non comme le point de départ, mais comme la résultante de l'action des individus. Le postulat n'a donc pas la valeur d'une vérité métaphysique ; il ne vaut que par ce qu'il permet de trouver. Les sciences sociales, en mettant au jour l'inscription historique des choses humaines, restaurent leur intelligibilité. C'est la conquête d'un sens social. Un exemple en donnera l'image : le paysage nous apparaît naturel, comme une évidence immuable, éternelle. L'œil du géographe y décèle une culture : pour Marcel Roncayolo, le paysage français est le produit d'une construction sociale, l'objet d'un enjeu politique, le lieu d'un travail idéologique (1985 ; Nora 1986). C'est donc à un véritable apprentissage du regard que nous invite la géographie, qui nous donne à voir le paysage, et ainsi lui redonne sens.

On découvre ici un principe fondamental des sciences sociales : pour elles, tout est document – du moins potentiellement. Ce sont les questions du chercheur qui font parler les objets et transforment la matière inerte en un langage. Des signatures apposées au mariage on peut tirer une histoire de l'alphabétisation (Furet et Ozouf 1977) ; les minutes d'un procès d'Inquisition suffisent à reconstituer la vie d'un village occitan au Moyen-Âge (Le Roy Ladurie 1985) ; des registres d'état-civil lus par les démographes permettent de retrouver « un monde que nous avons perdu » (Laslett 1966). Mais il ne s'agit pas seulement de pareils témoignages : l'époque est bien révolue où l'histoire ne voulait connaître que des documents écrits. Faute d'écriture, l'Afrique est longtemps apparue comme un continent mort pour l'histoire, sans mémoire, sinon sans passé. Aujourd'hui, malgré des zones d'ombre qui subsistent, cette histoire se dessine – en empruntant souvent à la tradition orale, naguère encore formellement répudiée du savoir historique, aujourd'hui source d'informations méthodiquement explorée (Vansina 1961). De même, pour nous montrer la mort et son histoire, Philippe Ariès recourt à l'iconographie (1977). L'esprit de la Révolution française ne nous est plus seulement connu par ses discours et ses archives : cet imaginaire se donne à lire dans les fêtes et les représentations qui lui ont donné corps (Ozouf 1976 ; Agulhon 1979).

Les documents des sciences sociales, ce ne sont pourtant pas seulement les « monuments », représentations de pierre, de toile ou de papier, qu'érige chaque société pour la postérité ; la vie quotidienne, apparemment insignifiante, a tout autant de sens (de Certeau 1975). Il est donc tout aussi instructif d'étudier la culture domestique des femmes rurales (Verdier 1980), réalité « effacée ». La cuisine du sacrifice ne nous introduit-elle pas à l'anthropologie du monde grec antique (Vernant et Detienne 1979) ? Et dans les manières de table, Norbert Elias ne voit-il pas percer la marche de la civilisation (1973) ? Si le corps lui-même est une création de la

société, comme le montre Marcel Mauss, les « techniques du corps » sont un langage social (1934). Parce que tout est social, tout est langage, et donc document ; il n'est pas jusqu'au langage même qui ne nous parle de la société, de ses stratifications, qu'étudie la sociolinguistique de William Labov (1976), ou de son organisation, comme dans les travaux d'Emile Benveniste, qui nous font entrevoir, au-delà des langues, les institutions indo-européennes (1969). Tel l'archéologue, ces savants nous restituent grâce à leurs documents des mondes engloutis par l'oubli.

L'histoire des sciences sociales, c'est donc un peu celle de ces conquêtes, qui nous aident à discerner un sens social là même où nos sociétés ne nous ont pas appris à en repérer la marque. Ainsi, on pourrait dire que c'est avec son livre sur le suicide que Durkheim a établi dans la théorie, avant d'en fonder l'existence institutionnelle, l'empire du sociologue (1986 b). D'une part, les régularités statistiques montrent qu'il ne s'agit pas d'un phénomène individuel ; les variations statistiques confirment d'autre part qu'il n'est pas inscrit dans la fatalité de l'espèce. On ne saurait non plus l'imputer à quelque détermination de race, de milieu ou de climat. Bref, le suicide est un objet social. Ce qui nous paraît le plus individuel, subjectif, et même irrationnel, n'en est pas moins soumis à une logique sociale. Ainsi des goûts que nous professons : Pierre Bourdieu a bien montré qu'il n'y a rien d'arbitraire dans nos inclinations les plus profondes (1979). On voit à travers une première série d'homologies la cohérence de nos goûts, qu'il s'agisse de musique ou d'ameublement, de peinture ou d'alimentation, de politique ou de vêtements : ils forment système. Une seconde série d'homologies nous montre ensuite qu'on peut superposer à ce système une grille sociale : l'espace social a pour équivalent un espace des goûts. L'histoire de mes goûts raconte mon histoire sociale. Il ne faut pas s'y méprendre : il ne s'agit pas de substituer au libre-arbitre de l'individu le déterminisme de la société : répétons-le, la science n'a pas ces prétentions métaphysiques. Mais elle nous rappelle que nos actions, tragiques comme le suicide ou légères comme une passion pour Mozart, sont soumises à des logiques sociales qui les dépassent, en même temps qu'elles restent des choix individuels.

Après la sociologie, nous illustrerons cette conquête de sens par les deux exemples opposés de l'histoire et de l'anthropologie. Avec l'histoire, le Romantisme découvrait la couleur locale : il devenait impossible de représenter, comme le faisait l'époque classique, les héros de l'antiquité en courtisans galants. Il importait désormais de leur restituer un langage et un habit d'époque : l'anachronisme était né. Contre l'illusion d'intemporelle universalité, on revendiquait donc la notion de vérité historique ; ainsi s'introduisait la différence au cœur de l'histoire humaine. C'est avec le progrès de cette altérité que s'est développée l'histoire en tant que science sociale : sont historiques, non seulement les formes extérieures, mais aussi les structures internes de l'existence humaine. C'est ainsi que prend forme une histoire de la pensée : contre l'interprétation polémique d'un Rabelais athée, Lucien Febvre a posé *Le problème de l'incroyance au XVI^e siècle* en termes d'« outillage mental », définissant le cadre du pensable propre à chaque civilisation (1942). Pour reconstituer le passé, il ne suffit donc pas d'y projeter notre imaginaire : l'histoire des mentalités nous plonge dans des univers étrangers, d'où nos expériences les plus « universelles », telles la Folie, l'Amour ou la Mort, ressortent altérées, différentes. Pour chaque époque, l'histoire rend aux choses leur sens propre.

L'anthropologie a décrit une trajectoire inverse. Longtemps, elle s'est définie comme l'étude d'un ailleurs exotique, comme un fossile du passé : le primitif, que n'humanisait alors nul guillemet, c'était un Autre lointain qu'on eût dit remonté du fond des âges. Il était donc défini de manière négative comme l'antithèse de l'Européen moderne, l'envers mystérieux de notre humanité. Ainsi, parce que la rationalité caractérise l'Occident, Lévy-Bruhl inventait la « mentalité pré-logique » du sauvage. Tout le travail de l'anthropologie moderne consistera à ramener le

« primitif » de cet exil du sens : lorsque Claude Lévi-Strauss démonte les mécanismes de la « pensée sauvage », il ne s'agit pas de la pensée des sauvages, mais d'un mode non-scientifique de la pensée qui est à l'œuvre chez tous les hommes (1962). Evans-Pritchard montre pareillement que les mécanismes d'interprétation rencontrés en Afrique n'ont rien d'irrationnel : quand le grenier s'effondre, chacun sait bien que les termites en sont la cause – du moins la cause naturelle. Car le sens n'est pas épuisé par cette première cause : il y faut de plus une volonté ; et là commence le travail de la sorcellerie. Il n'y a donc nullement carence du sens, mais peut-être pléthore (1973).

Ces retrouvailles avec le sens ne sont pas réservées aux sociétés d'hier ; elles affectent notre compréhension du Tiers-Monde contemporain. Là, dans le chaos des villes, la géographie urbaine permet d'appréhender des logiques foncières, tout à la fois culturelles, économiques et politiques. On commence également à mieux cerner la configuration d'un continent économique, le secteur qu'on disait « non-structuré », vaste réseau artisanal et commercial qui s'est développé à l'ombre de l'économie officielle ; les logiques à l'œuvre dans les « petits métiers », tant sociales qu'économiques, interdisent aujourd'hui de croire informes ces activités « informelles » : Enfin, on peut reconstruire, comme Marc Augé dans la Côte d'Ivoire des indépendances, au-delà de l'incohérence des croyances et des pratiques, le sens d'un univers symbolique fracassé par le choc de la colonisation, qui s'exprime précisément dans une quête désordonnée de sens (1975). Arrachés au non-sens, les « primitifs » et tous les « autres » retrouvent leur place dans une commune humanité. C'est d'ailleurs à cette condition qu'a pu se développer une anthropologie de nos sociétés, sans avoir besoin de transformer paysans et ouvriers, cadres et évêques, riches et pauvres, en nouveaux « primitifs ».

On voit ici le mouvement qui caractérise les sciences sociales, réduisant et creusant tour à tour l'écart de l'altérité, dans un constant balancement dialectique entre le Même et l'Autre. Il s'explique, au-delà de leurs oppositions, par une démarche commune à l'histoire, à l'anthropologie, à la sociologie et plus généralement à l'ensemble des sciences sociales : il s'agit bien toujours d'une démarche critique, contre l'évidence du Même, ou de l'Autre, de l'individuel ou de l'irrationnel. Si la quête d'un sens social rapproche ces disciplines de discours idéologique, littéraire, politique ou religieux, c'est le moment critique, pour elles inséparable du sens, qui les en distingue. Les sciences sociales sont bien toujours une critique des discours existants, qui ont pour eux la force de l'évidence. C'est pourquoi elles apparaissent souvent, à juste titre, comme critiques des pouvoirs : avant d'être une doctrine politique, le marxisme, qui met à nu les mécanismes de l'accumulation du capital, est une critique de l'économie politique et de l'idéologie bourgeoise qui occultent l'exploitation capitaliste. De même, la sociologie de l'éducation de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron oppose à l'idéologie républicaine de promotion par l'école un modèle de reproduction sociale, où les inégalités sont reconduites de génération en génération (1970). Critiques des idéologies dominantes, les sciences sociales contribuent ainsi fréquemment à un « retour du refoulé » social. Elles nous font partager la « vision des vaincus » dans l'Amérique de la conquête (Wachtel 1971), elles nous font découvrir la place des femmes dans la cité grecque (Loraux 1981), des immigrés ici, des cadets ou des esclaves ailleurs ; bref, les sciences sociales nous font entendre les voix d'acteurs sans elles réduits au silence.

Il n'est pourtant pas question d'en faire les porte-parole obligés de tous les damnés de la terre : si les idéologies dominantes sont plus souvent l'objet de leur lecture critique, c'est qu'elles savent mieux se faire entendre. Les sciences sociales n'ont pas vocation à être l'idéologie des dominés. Il ne s'agit donc pas d'inverser le point de vue, mais bien plutôt de rendre compte du conflit des interprétations. Ces disciplines sont toujours confrontées à des discours ; chacun éclaire un pan de réalité, mais aucun

ne peut fournir un étalon de vérité. La critique généralisée des discours trouve d'ailleurs son aboutissement logique dans l'auto-examen, retour réflexif qui montre bien comment la critique joue dans les sciences sociales le rôle d'un principe de méthode, non d'un a priori politique. Ainsi, la sociologie s'interroge sur un de ses outils les plus « transparents » : les catégories socio-professionnelles, grilles de perception historiquement construites (Desrosières et Thévenot 1988). L'anthropologie soumet aujourd'hui à la question une notion aussi fondamentale que l'« ethnie » : il est fréquent que l'ethnie ne plonge pas ses racines dans un passé intemporel, qui en ferait une seconde nature presque raciale ; elle est le produit d'une histoire récente, où le colonisateur et l'ethnologue, avant les maîtres actuels, ont eu leur part, en raison d'une commune volonté, administrative et scientifique, de classification (Amselle et M'Bokolo 1985). L'histoire enfin s'intéresse de plus en plus à sa propre histoire, comme en témoignent les développements récents de l'historiographie (Momigliano 1983, Pomian 1984).

Dans les sciences sociales, la critique ne porte donc pas seulement, au nom d'une impartialité douteuse, sur les autres discours, c'est-à-dire sur le discours des autres ; si la rationalité scientifique révoque en doute les « prénotions », elle débute plutôt par la critique de soi. La science, Bachelard l'a montré, repose sur la « philosophie du non ». Au principe de la communauté scientifique, on avait découvert la controverse et le débat. On retrouve désormais cette définition sociale dans l'ordre théorique, qui fonde les sciences sociales sur leur dimension critique.

3. DU BON USAGE DES SCIENCES SOCIALES

Les sciences que l'on dit « sociales » le sont à la fois, nous l'avons vu, parce qu'elles parlent de la société, et parce qu'elles en parlent depuis la société. Mais, en dépit de leur professionnalisation, elles ne vaudraient pas une heure de peine si elles s'adressaient aux seuls savants : c'est donc à la société que doivent parler les sciences sociales.

De fait, la société les met souvent en demeure de justifier leur existence, ne serait-ce qu'au moment d'accorder les financements indispensables à la recherche. Quelle est donc l'utilité des sciences sociales ? On s'en doute, il n'est pas de réponse simple à cette question évidente. Il serait tentant de répondre que la science, qu'elle étudie la nature ou la société, est d'abord un savoir désintéressé, dont la finalité ne réside pas dans quelque application pratique, mais plutôt dans la connaissance elle-même. Alors, pourquoi cette sommation d'utilité publique adressée aux sciences sociales, plus qu'à d'autres savoirs ? C'est qu'en fait, paradoxalement, la société inquiète attend souvent d'elles plus qu'elles ne pourront jamais donner. Le philosophe-roi, dangereuse utopie, ne peut, ne doit pas être aujourd'hui remplacé par l'historien ou le sociologue. Aussi faut-il se défier du genre prophétique en ces domaines. Les sciences sociales ne peuvent résoudre les problèmes de notre société, non plus que d'une autre, à sa place, mais seulement aider à les poser. Il importe donc de circonscrire leur ambition, en séparant bien, pour reprendre l'opposition de Max Weber, le Savant du Politique (1959) : la décision ne résulte pas de la seule connaissance, mais aussi du choix politique, qui met en jeu d'autres intérêts. Il ne s'agit pas de renoncer aux bénéfices du savoir : le Savant ne s'oppose pas plus au Politique que la lucidité à l'action. La décision ne requiert pas l'illusion ; et, si l'utilité des sciences sociales reste toujours difficile à prouver, à l'inverse, les périls de l'ignorance autant que de l'incompréhension ne sont que trop évidents.

Les déboires que rencontrent fréquemment les politiques de développement le confirment aisément. Dans le Tiers-Monde, l'évidence d'un écart culturel oblige à poser le problème social. Suffirait-il pourtant aux développeurs repentis de chercher refuge dans les bras des sciences sociales ? On vient de le voir, les problèmes sociaux ne sont jamais de simples problèmes techniques. Les sciences sociales ne peuvent donc être des techniques de gestion de la société. De ce décalage entre la demande sociale et le langage des sciences résultent tous les malentendus : loin d'apporter des réponses simples aux questions du développeur, elles formulent des problématiques qui obligent à redéfinir les problèmes – non par goût de la difficulté, bien sûr, mais parce que les réalités sociales elles-mêmes sont complexes. Ainsi, lorsque ses projets rencontrent une résistance des populations, le développeur incrimine les pesanteurs d'une tradition culturelle opposée à la logique du développement. L'anthropologue, appelé en renfort, ne peut cependant que refuser une opposition qui, séparant l'économique et le culturel, laisse en partage aux uns la rationalité, aux autres l'irrationalité. En fait, les résistances rencontrées ont leur logique, que seule permet d'ignorer la méconnaissance des intérêts réellement en jeu ; à l'inverse, la rationalité économique du développeur n'est pas moins mêlée de présupposés culturels. On le voit, la réponse des sciences sociales, en soulevant des questions imprévues, entraîne le développeur plus loin qu'il ne l'aurait souhaité : non seulement l'interprétation implique l'ensemble du social, et non un simple reliquat culturel ; mais de surcroît le développeur à son tour est pris dans l'analyse, qui n'est plus l'étude d'un objet, les développés, mais d'une relation, le développement.

La question ne porte plus ici sur l'utilité, mais sur l'usage des sciences sociales. Il n'en est pas d'usage pressé. Pour restituer leur sens aux choses, elles entreprennent en effet de reconstruire, au prix d'une démarche entachée de lenteur, ce que Marcel Mauss appelle le « phénomène social total » (1923). En effet, si nous avons déjà vu que tout est social, on peut désormais ajouter pour terminer un second axiome, qui sous-tend toutes les recherches évoquées : le social est un tout. A la question restreinte, la recherche ne peut donc que répondre par une compréhension globale, et l'on ne saurait tirer un fil sans dévider tout l'écheveau social. Cette notion de « phénomène social total » présente une double signification. L'exemple des pratiques thérapeutiques permettra d'en illustrer le premier aspect. Il est d'autant plus révélateur que, dans nos sociétés, le secret du cabinet les a dépouillées, en apparence, de toute signification sociale. Or, comme nous le rappelle l'anthropologie, la maladie n'est pas seulement de nature biologique et individuelle ; elle est aussi un événement psychologique et social : dans la guérison, l'« efficacité symbolique » repose, non sur un contrat individuel, mais sur le pacte social qui lie le malade, le chaman, et la société tout entière (Lévi-Strauss 1958). A ce premier mouvement de totalisation, qu'on pourrait dire vertical parce qu'il intègre les différents niveaux de réalité humaine, vient s'en superposer un second, horizontal en ce qu'il récusé les compartiments cloisonnés des analyses politique, économique, sociale, etc. Ainsi, lorsqu'éclatent des troubles dans le monde, les interprétations surgissent aussitôt, simples et rapides : tribalisme ici, fondamentalisme là. Pourtant, qu'il s'agisse de l'Afrique Noire ou du Moyen Orient, ou tout aussi bien des États-Unis ou de l'Union Soviétique, on n'a rien expliqué tant que, ne lisant dans l'événement que le symptôme d'irréductibles résidus irrationnels, on n'a pas démêlé, sous des qualificatifs trop commodes, tels « ethnique » et « religieux », l'enchevêtrement des phénomènes politiques, juridiques, économiques, ou culturels, qui débordent du cadre étroit imposé par l'interprétation initiale. Ainsi seulement, par ce double mouvement de totalisation, peut-on échapper au découpage du réel que nous inflige une question mal posée. La réalité sociale reconstruite retrouve toute sa complexité, et néanmoins toute son intelligibilité.

La notion de « phénomène social total » nous semble donc justifier le long détour auquel nous soumettent les sciences sociales – détour par la théorie, alors que nous sommes toujours aux prises avec des difficultés pratiques, détour comparatiste, alors que nous sommes toujours plongés dans une culture spécifique. La patience requise est l'hommage de la science à la complexité du réel. Face aux problèmes particuliers, la connaissance générale qu'elle offre est la condition nécessaire à une conversion du regard : le « détour anthropologique » (Balandier 1985) nous apprend ainsi à voir et concevoir la réalité sociale, autrement invisible comme l'air qui nous environne. Cette initiation ne suffit certes pas à nous en rendre maîtres ; mais peut-être, moins aveugles, en serons-nous moins esclaves.

BIBLIOGRAPHIE

AGULHON M.

1979 *Marianne au combat : l'imagerie et la symbolique républicaine de 1789 à 1880*, Flammarion, Paris.

1987 « Conflits et contradictions dans la France d'aujourd'hui » (leçon inaugurale au Collège de France), *Annales E.S.C.*, Paris, mai-juin, 603-604.

AMSELLE J.L. & M'BOKOLO E.

1985 *Au cœur de l'ethnie*, La Découverte, Paris.

ARIES PH.

1977 *L'homme devant la mort*, Seuil, Paris.

ARON R.

1967 *Les étapes de la pensée sociologique*, Gallimard, Paris.

AUGE M.

1975 *Théorie des pouvoirs et idéologie, étude de cas en Côte d'Ivoire*, Hermann, Paris.

BALANDIER G.

1985 *Le détour*, Fayard, Paris.

BENVENISTE E.

1969 *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*, Minuit, Paris, 2 vol.

BESNARD PH.

1970 *Protestantisme et capitalisme : la controverse post-weberienne*, Colin, Paris.

BOUDON R. & BOURRICAUD F.

1982 *Dictionnaire critique de la sociologie*, P.U.F., Paris.

BOURDIEU P.

1979 *La distinction*, Minuit, Paris.

1982 *Leçon sur la leçon*, Minuit, Paris.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.C. & PASSERON J.C.

1968 *Le métier de sociologue*, Mouton, La Haye.

BOURDIEU P. & PASSERON J.C.

1970 *La reproduction*, Minuit, Paris.

DE CERTEAU M.

1975 *L'invention du quotidien*, UGE, Paris.

CLIFFORD J. & MARCUS G. DIR.

1986 *Writing Culture : the Poetics and Politics of Ethnography*, University of California Press, Berkeley.

- COPANS J.
1974 *Critiques et politiques de l'anthropologie*, Maspéro, Paris.
1975 *Anthropologie et impérialisme*, Maspéro, Paris.
- DESROSIERES A. & THEVENOT L.
1988 *Les catégories socio-professionnelles*, La Découverte, Paris.
- DUPAQUIER J. DIR.
1988-89 *Histoire de la population française*, P.U.F., Paris, 4 vol.
- DURKHEIM E.
1986a *La division du travail social*, P.U.F., Paris.
1986b *Le suicide*, P.U.F., Paris.
- ELIAS N.
1973 *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, Paris.
- EVANS-PRITCHARD E.E.
1973 *Oracles, magie et sorcellerie chez les Azandé*, Gallimard, Paris.
- EWALD F.
1986 *L'État-Providence*, Grasset, Paris, 365-375 et passim.
- FEBVRE L.
1942 *Le problème de l'incroyance au XVI^e siècle*, Albin Michel, Paris.
- FOUCAULT M.
1966 *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris, 15-16.
- FURET F. & OZOUF J.
1977 *Lire et écrire, l'alphabétisation des Français de Calvin à Jules Ferry*, Minuit, Paris, 2 vol.
- GEERTZ C.
1973 *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, New York.
- HABERMAS J.
1987 *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard, Paris, 2 vol.
- HERITIER F.
1981 *L'exercice de la parenté*, Gallimard-Seuil, Paris.
- KUHN T.S.
1983 *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.
- LABOV W.
1976 *Sociolinguistique : le parler ordinaire*, Minuit, Paris, 2 vol.
- LACOSTE Y.
1985 *La géographie, ça sert d'abord à faire la guerre*, La Découverte, Paris.
- LASLETT P.
1966 *The World we Have Lost*, Scribner's, New York.
- LE GOFF J.
1977 *Pour un autre Moyen-Âge*, Gallimard, Paris.
- LE ROY LADURIE E.
1985 *Montaillou, village occitan*, Gallimard, Paris.
- LEVI-STRAUSS CL.
1949 *Les structures élémentaires de la parenté*, P.U.F., Paris.
1958 « L'efficacité symbolique » (1949), in *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.
1962 *La pensée sauvage*, Plon, Paris.
- LORAUX N.
1981 *Les enfants d'Athéna*, La Découverte, Paris.

MAUSS M.

1950 « Essai sur le don » (1923), in *Sociologie et anthropologie*, P.U.F., Paris.

1950 « Les techniques du corps » (1934), in *Sociologie et anthropologie*, P.U.F., Paris.

MOMIGLIANO A.

1983 *Problèmes d'historiographie ancienne et moderne*, Gallimard, Paris.

NOIRIEL G.

1988 *Le creuset français, histoire de l'immigration (XIXe-XXe siècles)*, Seuil, Paris.

NORA P. DIR.

1984 *Les lieux de mémoire*, La République, Gallimard, Paris, (1 vol.).

1986 *Les lieux de mémoire*, La Nation, Gallimard, Paris, (3 vol.).

OZOUF M.

1976 *La fête révolutionnaire, 1789-99*, Gallimard, Paris.

POMIAN K.

1984 *L'ordre du temps*, Gallimard, Paris.

POPPER K.

1980 *La logique de la recherche scientifique*, Fayard, Paris.

RICŒUR P.

1983-85 *Temps et récit*, Seuil, Paris, 3 vol.

RONCAYOLO M.

1985 « Le territoire » (article pour l'Enciclopedia Einaudi), in *Territoires*, 1, Presses de l'E.N.S., Paris.

1986 « Le paysage du savant », in *Lieux de mémoire*, op.cit., volume La Nation, 1.

TERRAY E.

1986 « Sur l'exercice de la parenté », *Annales E.S.C.*, Paris, mars-avril, 259-270.

DE TOCQUEVILLE A.

1985 *L'Ancien Régime et la Révolution*, Gallimard, Paris.

VANSINA J.

1961 « De la tradition orale, essai de méthode historique », *Annales du musée royal de l'Afrique Centrale*, Sciences Humaines, 36.

VERDIER Y.

1980 *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*, Gallimard, Paris.

VERNANT J.P. & DETIENNE M. DIR.

1979 *La cuisine du sacrifice en pays grec*, Gallimard, Paris.

VEYNE P.

1971 *Comment on écrit l'histoire*, Seuil, Paris.

WACHTEL W.

1971 *La vision des vaincus*, Gallimard, Paris.

WEBER M.

1959 *Le savant et le politique*, Plon, Paris.

1964 *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris.

WHITE H.

1973 *Metahistory*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

1978 *Tropics of discourse*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

SOCIÉTÉS ET DÉVELOPPEMENT

Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN

L'argument ici proposé est fort simple : les agents (ou « opérateurs ») de développement, quel que soit leur domaine d'intervention (santé, agriculture...), et quelle que soit leur origine (autochtones/expatriés), sont confrontés, quand ils mettent en œuvre « sur le terrain » (dans les villages ou les faubourgs africains) les pratiques techniques pour lesquelles ils ont été formés (et en supposant qu'ils aient dans leur discipline une compétence incontestable, ce qui est souvent le cas), à un choc majeur que leur inflige la réalité : les comportements et les réactions des gens auxquels ils ont affaire (leurs « clients » en un sens, ou leurs « patients ») ne sont pas ceux auxquels ils seraient en droit de s'attendre...

La perception de ce décalage entre les attitudes attendues ou souhaitées des « populations cibles » et leurs attitudes « réelles » est une expérience, parfois traumatisante, en général douloureuse, que tous les praticiens du développement ont, je crois, subie, dans des registres variés. Le problème est moins dans ce décalage (inévitables, on verra pourquoi) que dans les réactions des agents de développement à ce décalage : comment s'y adaptent-ils (ou non), comment en tiennent-ils compte (ou non), comment l'expliquent-ils (ou non) ? Je voudrais ici m'attacher à ce dernier point et mettre l'accent sur les phénomènes qui permettent de *comprendre* ce décalage et d'éviter les « fausses explications », du type « ils sont retardés », ou « c'est leur culture qui veut ça » (on peut remplacer « culture » par « mentalité », l'explication est la même, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas : on explique l'inexpliqué par l'inexplicable...). Ces « fausses explications » légitiment trop souvent la routinisation des pratiques des opérateurs de développement, leur démission face à des réalités trop complexes pour eux, leur étrange persévérance dans l'erreur, ou leurs attitudes faiblement innovatrices et adaptatives.

J'examinerai ce « choc en retour » de la « réalité » sur les pratiques de développement en suivant deux raisonnements eux aussi fort simples :

1 – Les gens n'agissent pas comme on s'attend à ce qu'ils le fassent parce que les attentes qu'on a à leur égard sont fausses... Autrement dit *les praticiens du développement se font des images erronées de ce que sont les populations africaines*. Les représentations « biaisées » des paysanneries africaines sont monnaie courante dans l'univers des institutions de développement.

2 – Les gens n'agissent pas comme on s'attend à ce qu'ils le fassent parce qu'ils ont de bonnes raisons pour cela... Autrement dit les logiques des « clients » ne sont pas celles des « vendeurs ». *Les paysans usent des services, opportunités et contraintes qu'apportent les institutions de développement selon des normes et critères qui ne sont pas ceux de ces institutions, et ils en usent de façon cohérente.*

Avant de développer ces deux thèmes, je voudrais toutefois faire deux remarques préliminaires :

– Le monde du développement (c'est-à-dire celui des « développeurs ») est fondé sur une très prégnante « idéologie du progrès » (souvent associée à des postulats moraux, en particulier chez les acteurs « de terrain » : il s'agit d'œuvrer « pour le bien » des autres). Autrement dit, il faut venir en aide à des populations démunies non seulement de capitaux mais aussi de connaissances, et il faut donc les faire bénéficier tant de technologies que de savoirs-faire « plus avancés »... Ceci implique une conception sous-jacente largement partagée : médecins ou agronomes amènent la science là où règne l'ignorance... Or une telle idéologie, dans la mesure où elle ne prend pas en considération le stock des compétences populaires africaines, et les savoirs techniques et sociaux complexes des paysans, peut être un sérieux obstacle à la compréhension des pratiques et des logiques des populations « à développer ». Elle ne s'intéresse en effet qu'à bien faire passer le « message technique », le seul problème étant de « communication » ou de « conscientisation »... D'où l'incompréhension qui surgit lorsque les intéressés ne suivent pas malgré tout les conseils qu'on leur prodigue pour leur bien... D'où la naïveté des explications que l'on avance alors... Ici je tenterai d'aborder le développement non pas « contre » cette idéologie du progrès (une idéologie « anti-progrès » est au moins aussi négative, et encore plus irréaliste), mais autant que possible « en dehors », c'est-à-dire avec un point de vue aussi peu normatif que possible, en considérant que les pratiques des « développeurs » ne sont *a priori* ni plus légitimes moralement, ni plus légitimes techniquement que celles des « développés », et *vice-versa* (il ne s'agit donc pas d'inverser les postulats et d'ériger les pratiques populaires en merveilles techniques ou d'y voir l'expression de valeurs morales supérieures). L'anthropologie du développement doit étudier le développement comme n'importe quel phénomène social (au même titre que la parenté ou la religion), c'est-à-dire analyser ce qui se passe quand des institutions de développement entrent en contact avec des « populations cibles », sans préjuger si le développement est un bien ou un mal, un progrès ou une régression.

– Les types et modèles d'explication que proposent les sciences sociales (en ce qu'elles ont de plus avancé et novateur, ce qui ne correspond guère à leurs produits médiatisés) sont aujourd'hui beaucoup plus complexes qu'hier. On ne devrait plus raisonner, à propos des phénomènes sociaux qui mettent toujours en jeu des facteurs multiples, en termes de déterminismes sommaires, de variables explicatives uniques ou d'agréments simplistes (le mode de production, la culture, la société, le système...). Ainsi, la diffusion d'un message sanitaire, par exemple, ne peut plus être sérieusement représentée par un modèle linéaire « télégraphiste » de communication, où un « émetteur » (actif) envoie un « message » à un « récepteur » (passif), ce message étant plus ou moins brouillé par des « bruits parasites » (interférences qu'il s'agirait d'éliminer). Le récepteur ne reçoit pas passivement le sens, il le reconstruit, en fonction de contextes, de contraintes et de stratégies multiples. Autour d'un message s'opèrent des *interactions* et des *négociations* incessantes. L'acteur social « de base », aussi démuné ou dominé soit-il, n'est jamais un « récipiendaire » qui n'aurait le choix qu'entre la soumission ou la révolte.

1. LES REPRÉSENTATIONS BIAISÉES DE LA RÉALITÉ SOCIALE

Je laisserai de côté les représentations les plus évidemment caricaturales, celles qui consistent à imaginer les sociétés africaines à l'image des sociétés occidentales, ou à fantasmer sur un « homo œconomicus » maximisant ses ressources productives ou un « homo medicus » maximisant ses ressources en santé. Je suppose donc que le lecteur ne risque pas de tomber dans un aussi grossier ethnocentrisme, et qu'il accepte d'emblée de considérer les paysans africains comme se situant dans un registre de la différence (par rapport aux populations occidentales, mais aussi, même si c'est dans une moindre mesure, par rapport aux classes moyennes urbaines africaines). Mais l'acceptation de cette différence peut recouvrir cependant des images largement erronées ou tronquées.

Ainsi, dans les pays en voie de développement en général et en Afrique en particulier, les sociétés paysannes sont le plus souvent pensées par les intervenants extérieurs en termes de « traditionnalité » d'une part, de « communauté » d'autre part. Ces deux stéréotypes structurent une bonne partie des représentations que se font les développeurs au sujet des développés, c'est-à-dire celles qui sont relatives aux modalités de leur différence. Tous deux sont pourtant largement faux.

1.1. Sur la « traditionnalité »

Prenez un village du Sahel, à l'écart des zones de cultures d'exportation : tout semble évoquer une tradition immémoriale, comme la culture du mil avec les sarcloirs d'antan, le chef et sa cour, les cultes de possession. Et pourtant les rapports de production ont fondamentalement changé depuis la colonisation, et pourtant la réalité du pouvoir politique passe désormais par les villes, d'où est issu le chef, et pourtant les cultes de possession ont vu leur panthéon bouleversé et leurs rituels transformés. Le contraste avec la civilisation occidentale est certes réel, mais ne doit pas faire croire, par effet d'exotisme, que tout ce qui est différent est « traditionnel ». Au contraire, la règle, et pas seulement en ville, mais aussi dans la brousse la plus éloignée, c'est la transformation, l'adaptation, le changement, le syncrétisme.

L'enjeu de cette discussion n'est pas purement académique. Cela signifie que les paysans par exemple ont incorporé aujourd'hui à leur mémoire, à leur savoir, les leçons tirées de la période coloniale et post-coloniale. Il n'est pas de village reculé où ne se soient succédées des dizaines d'opérations de développement, de programmes sanitaires en projets hydro-agricoles. Les multiples échecs ou semi-échecs antérieurs, les procédés despotiques des agents de l'État (colonial ou post-colonial) et la corruption « à la base » qui en est la conséquence généralisée, l'inadaptation récurrente des opérations aux conditions locales : tout cela a laissé des traces et ne sera pas sans influence sur les réactions paysannes à l'arrivée de nouveaux agents de développement, qui sont loin d'opérer en « terre vierge »... c'est-à-dire « traditionnelle ».

On reconnaît désormais souvent (et c'est un progrès considérable) que les sociétés locales sont détentrices de savoirs et de cultures riches et complexes. Mais on tend aussitôt à enfermer ces savoirs et ces cultures dans une vision a-temporelle, passéiste, patrimoniale. Prenons l'exemple des pratiques thérapeutiques « indigènes » : l'intérêt nouveau (qui est fort positif) qui leur est porté y voit volontiers la survivance de techniques et connaissances ancestrales. Ne parle-t-on pas significativement avec l'O.M.S. de « tradi-praticiens » pour désigner les « guérisseurs » africains ? Or les

itinéraires thérapeutiques suivis par ces tradi-praticiens (quelle que soit leur efficacité : ce n'est pas là le problème), comme les savoirs sur lesquels ils s'appuient, n'ont pour une bonne part rien de « traditionnel » : sans être pour autant « occidentaux », ils ont considérablement évolué depuis le 19^e siècle et la conquête coloniale. En particulier ils ont intégré (et transformé) toute une série d'éléments matériels et symboliques liés à la médecine européenne. En voici deux exemples : (a) des ateliers clandestins nigériens fabriquent des amphétamines qui circulent par les réseaux de colporteurs et sont utilisés couramment par les paysans de tout l'Ouest africain en dehors de toute institution médicale ; (b) bon nombre de ceux que les ethnologues décrivaient encore il y a 40 ans comme des « prêtres animistes » ou des « magiciens » s'intitulent aujourd'hui « médecins indigènes », et le discours thérapeutique tend à prendre chez eux la place du discours religieux alors qu'il se réfère à des pratiques analogues (sans doute parce que le discours thérapeutique apparaît comme doté d'un plus grand prestige, ou qu'il peut moins être la cible des intégrismes religieux monothéistes).

1.2. Le mythe de la communauté

L'Afrique des villages, ce serait le continent du collectif, le royaume du consensus. L'individu s'y fondrait, voire s'y dissoudrait, dans la communauté. Ce mythe a engendré, ou en tout cas légitimé, un certain type de réalité : non tant celle des développés que celle des développeurs, dont les opérations tendent de préférence à se déployer à l'échelle du village par le biais d'actions « communautaires ». Des « groupements paysans » aux « pharmacies villageoises », des coopératives aux associations rurales, les niveaux privilégiés d'intervention des organismes de développement (publics ou O.N.G.) coïncident en fait avec ceux des anciennes administrations coloniales qui ne voulaient déjà que des « interlocuteurs collectifs ». L'idéologie « communautariste » des institutions de développement (issue tant des mouvements catholiques que du militantisme politique) recoupe ainsi paradoxalement les exigences d'une commode administration des populations !

Mais c'est ignorer la multiplicité des niveaux de décision, largement emboîtés : le jeune ou le « cadet », l'épouse, le chef de famille, le lignage, le groupe d'âge, la confrérie religieuse, etc., et, certes aussi, mais étant loin d'avoir la pertinence principale, le village et les associations para-officielles créées à ce niveau. La plupart des décisions opératoires dans le domaine économique ou dans celui de la santé sont prises par des individus précis (qui sont loin d'être les porte-parole d'un quelconque « intérêt collectif »), à d'autres niveaux que celui du village et de la communauté.

Faut-il rappeler les stratifications sociales multiples qui parcourent les villages africains, aussi « égalitaires » qu'ils puissent paraître pour l'observateur extérieur ? Inégalités entre sexes, entre âges, entre groupes familiaux, d'un côté ; différences de statut, de pouvoir, de richesse, selon l'appartenance sociale ou la trajectoire personnelle, d'un autre côté.

Faut-il évoquer aussi les rivalités individuelles, les querelles de personnes, les antagonismes de groupes, qui divisent aussi sûrement un village africain qu'un village européen (même si les raisons ou les occasions en sont différentes) ?

Il est facile d'en déduire quelques conséquences au niveau plus particulier de la santé : il n'existe pas « une » pratique thérapeutique autochtone, qui serait le bien commun de la communauté villageoise, mais bien « des » itinéraires thérapeutiques variés, complémentaires et/ou contradictoires. Les magiciens, prêtres et guérisseurs locaux, qui tous aident, à des titres divers et selon des procédures spécifiques, les individus à faire face aux aléas de l'existence, et donc aux problèmes de santé, sont des

spécialistes *concurrents*. Et c'est dans ce champ concurrentiel que le praticien des services de santé publique vient s'insérer à son tour. Les usagers ou clients vont alors combiner selon les opportunités ou les stratégies personnelles ou familiales ces différentes filières « thérapeutiques » à leur disposition.

Ne peut-on alors jamais parler ni de « culture » traditionnelle ni de « culture » commune ? N'y a-t-il pas de liens tant avec le passé qu'avec les autres, dont la compréhension serait nécessaire ?

Bien évidemment, critiquer des stéréotypes ne signifie pas qu'il faille prendre systématiquement le point de vue inverse ou négliger la part de vérité qui les rend crédibles. Les habitants d'un même village, les locuteurs d'une même langue, les membres d'une même civilisation rurale partagent incontestablement un certain nombre de représentations communes du corps, de la vie, de la société, et leurs comportements se réfèrent à des normes et des valeurs communes, issues du passé, au delà des diversités et contradictions internes.

Mais quelques remarques sur l'utilisation de ces concepts de « culture » ou de « représentations » me semblent nécessaires, et serviront de conclusion sur ce point :

Ce stock partagé de représentations, fondées sur un héritage culturel, et dont la *langue* est sans doute le support et le fondement, n'est pas homogène. Il convient de distinguer plusieurs niveaux.

a) Tout d'abord, il y a le niveau du sens commun, de la perception normale (socialement construite) de la réalité quotidienne, du « ce qui va de soi ». Il est largement commun à tous les membres d'une même culture et diffère d'une culture à l'autre. Par exemple (et très caricaturalement) il est « normal », banal, d'évoquer en Europe l'inconscient, là où en Afrique on parlera de « double », ou encore d'imputer ici à des « microbes » ou à la « malchance » ce qui ailleurs relèvera de la sorcellerie ⁽¹⁾.

b) Mais au sein de ces représentations communes et banales, il en est qui sont inégalement mobilisées : plus sophistiquées et élaborées, on n'y puisera qu'en cas de besoin, comme des réserves de sens pré-programmées, qui ne sont pas nécessaires pour les interactions habituelles. Ainsi, en Europe, chacun connaît à peu près l'existence des « classes sociales » ou a une certaine notion de ce qu'est l'infarctus ; de même, au Niger, chaque paysan sait qu'il y a diverses familles de génies, ou que les sorciers se transforment en ânes sans tête... Mais ces notions restent en général assez vagues pour une majorité de gens (au moins tant qu'ils ne sont pas concernés directement), alors que certains en usent plus, et sont de ce fait plus compétents que d'autres à leur sujet, plus aptes à les définir ou à les manipuler, même si à peu près tout le monde les comprend *grosso modo*.

c) Enfin on peut envisager un troisième niveau, celui des savoirs plus ou moins spécialisés, où certaines représentations ne sont communes qu'à des groupes particuliers. En effet, une culture recouvre toujours des « sous-cultures » plus ou moins visibles, dotées d'autonomie : le cas le plus évident en Afrique est celui des

(1) L'inconscient est un **concept** « technique » abstrait qui est devenu aussi une **notion** du sens commun, fonctionnant au même niveau que les notions africaines d'âme ou de double : bien que n'étant en rien des objets empiriques, toutes ces notions supposent, dans le discours quotidien banal, qu'il s'agit d'instances ou d'entités qui existeraient « vraiment » ; leur usage est « réaliste », substantiviste. De même, pour qui n'a aucune notion médicale (et parfois même si l'on en a), le « microbe » est aussi une construction imaginaire à laquelle on croit « pour de vrai » et de façon quasi-machinale.

« cultures féminines » ; les systèmes de représentations et de normes de comportements communs aux femmes sont dans chaque société en partie distincts de ceux des hommes, bien qu'enchassés dans une culture globale largement partagée. On pourrait aussi, en ce qui concerne plus particulièrement le Sahel, parler d'une sous-culture des descendants d'esclaves, ou évoquer les sous-cultures des castes professionnelles (forgerons, griots...).

Par ailleurs le stock de représentations véritablement communes (premier ou second niveau) n'est pas actualisé, mobilisé et opérationnalisé par les individus de la même façon. Les modes d'usage, autrement dit, en sont multiples.

2. QUELQUES LOGIQUES PROPRES AUX « CONSOMMATEURS DE DÉVELOPPEMENT »

Deux principes très généraux semblent pouvoir être dégagés de l'infinie variété des comportements concrets des populations-cibles face aux opérations de développement en tous genres :

– **Principe de sélection** : si tout « message technique », tout projet de développement est un « package », un ensemble de mesures coordonnées et prétendant à la cohérence, il faut constater que cet ensemble n'est jamais adopté « en bloc » par ses destinataires, il est toujours plus ou moins désarticulé par la sélection que ceux-ci opèrent en son sein. Ce principe n'étonnera sans doute pas les médecins occidentaux eux-mêmes, qui savent certainement que leurs patients ne respectent jamais à la lettre leurs ordonnances, et en usent sélectivement (tant en ce qui concerne les médicaments que les posologies) selon des « lignes de pentes » qui renvoient aux traditions familiales, aux sous-cultures et réseaux fréquentés, aux contraintes de type financier ou relatives au rythme de vie, etc.

– **Principe de « détournement »** : les raisons qui font que telles ou telles mesures proposées par les agents de développement sont adoptées par les utilisateurs potentiels, sont le plus souvent différentes de celles invoquées par les experts. Autrement dit, les paysans utilisent les opportunités fournies par un programme pour les mettre au service de leurs propres objectifs. Utiliser des crédits destinés à l'achat de bœufs tracteurs, dans un programme de développement de la traction attelée, pour en fait faire du lait et de l'embouche ; adhérer à un programme de maraîchage en coopérative que propose une O.N.G. en vue d'assurer l'auto-suffisance alimentaire, et en utiliser les bénéfices pour acheter un mini-bus pour faire venir des touristes régulièrement au village ; gérer une pharmacie villageoise en distribuant préférentiellement les médicaments aux alliés, parents, proches et notables : les exemples peuvent être alignés à l'infini.

Mais au-delà de ces deux « principes » très généraux, on peut tenter de dégager quelques logiques plus spécifiques qui se retrouvent dans une grande variété de situations concrètes. Je n'en citerai que trois parmi bien d'autres.

2.1. La recherche de la sécurité

La minimisation des risques est au cœur de beaucoup de stratégies paysannes. La méfiance face aux semences à hauts rendements proposées par les services agricoles (plus productives en année moyenne, qui sert de base aux calculs agronomiques, mais plus risquées que les semences locales en année à fort déficit pluviométrique) en est un exemple, comme le refus d'adopter de nouvelles cultures lorsque la

commercialisation risque d'en être hasardeuse, ou le choix de privilégier la reproduction des troupeaux à la commercialisation de la viande...

« Ce qui a fait ses preuves », – et en agriculture les pratiques paysannes locales sont le plus souvent le produit d'une longue adaptation à un milieu, adaptation qui a largement fait ses preuves sur le long terme ⁽²⁾ –, est très rationnellement préféré au risque. Or les propositions des agents de développement agricoles correspondent fréquemment pour les paysans à des prises de risques (risques que ne prennent pas, eux, les agents de développement, qui sont des salariés), et l'expérience des dernières décennies a beaucoup trop souvent confirmé le danger de ces risques.

On pourrait même élargir le propos et estimer que le comportement « routinier » est en général générateur de sécurité, tant pour la paysannerie (compte-tenu d'un mode de production dominant fondé sur l'exploitation familiale et sur une combinaison auto-consommation/échange marchand)... que pour les agents de développement (appartenant souvent à des organisations bureaucratiques peu adaptatives), qui proposent souvent – aux autres – les innovations de façon... routinière !

En ce qui concerne les problèmes spécifiques liés à la santé, la situation est plus complexe, bien que, en dernière analyse, du même ordre : l'expérience paysanne sait bien que les itinéraires thérapeutiques « traditionnels » sont fortement aléatoires (beaucoup plus que les pratiques agricoles : l'aléatoire, en agriculture, c'est surtout le climat, qui fonctionne comme contrainte extérieure). Mais si leur efficacité est loin d'être garantie, ils fonctionnent aussi comme des *systèmes de sens* (les modes d'interprétation de la maladie) qui, eux, ont fait leurs preuves, en ce qu'ils permettent parfaitement de rendre compte des vicissitudes de la condition individuelle, de l'échec éventuel des thérapies, et, au delà, de la mort elle-même. Autrement dit, les « représentations populaires sur la santé » ne définissent pas tant des itinéraires thérapeutiques considérés comme « efficaces » que des argumentaires permettant de rendre compte des échecs ou des succès... Ceci permet d'expliquer la situation paradoxale de la médecine occidentale dans les campagnes africaines : très demandée comme itinéraire thérapeutique (bien que souvent hors de portée des populations rurales), elle ne constitue pas pour autant un système de sens alternatif aux systèmes de sens « traditionnels » (qui se situent dans un registre « magico-religieux » peuplé de génies et de sorciers...). La médecine occidentale a souvent fait la preuve aux yeux des populations de son efficacité thérapeutique *relative* plus grande (bien que, évidemment, elle soit loin, et pour cause, d'avoir une réelle prise sur l'incertitude ou de dominer les risques) et bénéficie en outre de la valorisation des savoirs et techniques occidentaux. Mais elle ne fournit pas de système d'interprétation crédible, et laisse largement en place les modes d'interprétation dominants dans les cultures locales (encore que ceux-ci évoluent, mais sur un rythme lent).

Ceci n'est pas en soi spécifique à l'Afrique : dans les pays occidentaux aussi, la perception et l'usage généralisés des avantages de la médecine expérimentale ne suffisent pas à construire un système de sens cohérent, et les attitudes de type « magico-religieux » au sens large face aux pratiques médicales – officielles ou non – restent en Europe la règle commune : on sait le rôle de la « rumeur » sur l'efficacité de telle ou telle thérapeutique ou de tel ou tel thérapeute... Mais ce sont les modalités

(2) D'où les problèmes qui surgissent lorsque, comme souvent aujourd'hui en Afrique, un brutal déséquilibre est créé (démographique et/ou écologique) qui rend inopérantes les solutions « traditionnellement » adaptées au milieu, comme la culture sur brûlis ou les cultures pluviales extensives.

d'interprétation populaire qui différencie l'Europe et l'Afrique : ici coulées dans un langage « para-scientifique » qui se différencie peu formellement du langage « scientifique », elles sont là-bas intégrées dans des représentations ouvertement « magico-religieuses »...

En fin de compte, il apparaît que la superposition, en Afrique, du recours à des systèmes de sens « magico-religieux » et d'une forte « demande » à l'égard de la médecine occidentale, loin d'être le signe d'une « arriération » culturelle ou d'une « ignorance », correspond à une stratégie de recherche de la sécurité parfaitement rationnelle : il s'agit de combiner la quête empirique de l'efficacité thérapeutique tous azimuts (en s'adressant aussi bien à la thérapie occidentale qu'aux thérapies locales, plus ou moins « traditionnelles »), et le besoin d'une sécurité symbolique (garantie essentiellement par les systèmes de sens associés aux thérapies locales).

2.2. L'« assistancialisme »

La notion d'auto-suffisance, ou de « self-reliance » (le fait de compter sur ses propres forces) est souvent centrale dans les récents projets de développement (notons au passage qu'elle est moins nouvelle qu'il n'y paraît : certains programmes locaux d'action économique des débuts de la colonisation portaient en fait du même principe, avec d'autres mots). On suppose *a priori* qu'elle est partagée par les populations, et qu'elle va dans le sens de leurs intérêts (alors qu'il s'agit d'un point de vue idéologique et moral, sans doute fort estimable, mais qu'on ne peut impunément prêter ou imposer aux autres...)

En fait, rien n'est plus répandu que la stratégie inverse, que l'on peut qualifier d'« assistancialisme », en ce qu'elle préfère maximiser les aides extérieures. Tenter de bénéficier le plus possible des avantages financiers ou matériels qu'offre un projet en donnant le minimum en contre-partie n'a rien de surprenant. Que les paysans renacent à rembourser les prêts accordés et préfèrent les considérer comme des subventions ne devrait étonner personne... L'agent de développement local en fait bien autant, lorsqu'il tente de récupérer à son usage personnel la mobylette du projet qui l'emploie. Et l'expert, avec ses per-diem, ou le coopérant, avec ses avantages financiers, ne font pas autrement. Et que pouvons-nous dire, nous autres chercheurs en santé ou en ethnologie, qui passons notre temps à chercher des subventions extérieures... ?

Là aussi, l'agent de santé ne sera pas trop dépaysé : la « demande médicale » qui s'adresse à lui est bien souvent, il le sait, une demande d'être « pris en charge », et non une demande d'aider le demandeur à se prendre lui-même en charge... Les tentatives faites pour « responsabiliser » les populations rurales face aux problèmes de santé, pour assurer une sorte d'« auto-suffisance sanitaire » au niveau villageois, ne vont donc pas nécessairement dans le sens de la « demande » des intéressés, qui voudraient assez légitimement être « assistés »... Le paradoxe, c'est que le système de santé occidental s'est, pour sa part, largement bâti sur une socialisation des risques qui aboutit bel et bien à une « prise en charge » aux antipodes de cette stratégie de « responsabilisation ». Celle-ci semble donc réservée en fait à ceux qui sont exclus, en Afrique, de toute Sécurité Sociale (laquelle est pour l'essentiel réservée à la minorité urbaine des seuls salariés)...

2.3. L'accaparement

Les opérations de développement sont bien souvent « appropriées » autrement que le souhaiteraient leurs maîtres d'œuvre, en ce sens que des groupes particuliers dans

les populations-cibles s'en servent à leur profit (c'est-à-dire se les approprient), pour accroître leurs privilèges ou simplement en acquérir. Autrement dit, toute action de développement peut être vue comme une mise à la disposition d'une population d'un certain nombre de facilités, avantages et opportunités : il s'agit donc d'un *enjeu*, et certaines personnes ou certains groupes sont mieux préparés ou mieux armés que d'autres pour en tirer parti.

Les exemples sont innombrables, où les mieux lotis ou les plus influents des paysans destinataires utilisent la mise en place d'un projet pour agrandir leur patrimoine foncier ou le valoriser, augmenter leur audience politique ou leur réseau de clientèle, accumuler plus que la moyenne des gens capital, revenus, ressources ou prestige. Etant posées les inégalités constitutives des sociétés rurales africaines (même si ces inégalités sont bien loin d'être comparables à celles qui règnent dans la plupart des autres parties du Tiers Monde), on ne s'étonnera pas de ce qu'une opération de développement constitue un enjeu qui bénéficie de préférence à ceux qui ont les meilleures cartes au départ. Mais il faut reconnaître que le cas inverse existe parfois, qui voit un groupe défavorisé (par exemple femmes, ou jeunes) accaparer à son avantage un projet non conçu spécifiquement pour lui et s'en servir pour améliorer sa position relative.

Le développement en matière de santé n'échappe pas à la règle : présidents de coopératives, animateurs ruraux ou « pharmaciens » villageois qui utilisent la distribution locale de médicaments comme une ressource dans leur politique clientéliste, groupes de matrones qui profitent de la formation sanitaire pour dévaloriser leurs concurrentes, carte de construction de dispensaires établie sur critères politiques, soins vétérinaires monopolisés par certains propriétaires de troupeaux...

Bien d'autres logiques pourraient encore être dégagées, où l'on verrait les pratiques des « développés » diverger des intentions, objectifs, et présupposés des initiateurs et opérateurs des projets de développement : le choix de stratégies économiques en partie non agricoles ; les comportements relatifs aux moyens de production (terres-et main d'œuvre) ; la mobilisation de « réseaux » fondés sur des modes de relations sociales variés ; des formes spécifiques d'accumulation, d'investissement, d'épargne et de consommation...

*

De ces considérations découlent peu de recommandations pratiques : nous sommes dans l'ordre du constat et de la compréhension des phénomènes, et non dans celui de l'action et de leur transformation. Il n'est pas de recette que l'anthropologue du développement puisse se permettre de donner à l'agent de développement, médecin, infirmier ou technicien agricole, engagé, bien souvent seul, dans l'action. Mais un dialogue minimum peut peut-être s'ouvrir autour des quelques points suivants :

1 – Toute « résistance » à une innovation a ses raisons et sa cohérence. Il ne s'agit pas de mythifier les savoirs populaires, ni de prétendre que ces « résistances » sont toujours inévitables ou ont toujours des effets positifs. Mais elles sont « normales » – elles s'expliquent – et c'est de cette explication « de l'intérieur » (du point de vue des utilisateurs) que peut seul surgir le moyen de les surmonter. Cette explication est donc vitale pour l'agent de développement. Mais elle ne peut apparaître « spontanément » (sinon on retombe dans les stéréotypes...) : il faut la « chercher ».

2 – Il n'y a de toute façon pas « la » bonne solution technique, déterminable *a priori* selon des critères purement techniques. Toute innovation réussie (adoptée) est

le produit d'une « négociation invisible » et d'un compromis de fait entre les divers groupes d'opérateurs de développement et les divers groupes d'agents sociaux locaux.

3 – Comme les principes de sélection et de détournement rendent inévitable la dérive des projets, c'est-à-dire l'écart entre ce qui est prévu et ce qui se passe, la meilleure utilisation de l'ethnologue dans le cadre d'un projet donné est sans doute de lui demander l'évaluation de l'ampleur, de la nature, et des raisons possibles de cet écart. Ceci suppose : (a) que les projets souhaitent des dispositifs d'évaluation, autrement dit soient désireux de connaître ces dérives et de s'y adapter ; (b) qu'ils estiment nécessaire pour ce faire de recourir à une expertise indépendante et professionnellement compétente. Ces deux conditions sont hélas très rarement réunies.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGE M.
1972 « Sous-développement et développement : terrain d'étude et objets d'action en Afrique francophone », *Africa*, 42(2) : 205-216.
- BALANDIER G.
1971 *Sens et puissance*, Presses Universitaires de France, Paris.
- BASTIDE R.
1971 *Anthropologie appliquée*, Payot, Paris.
- BIERSHENK T.
1988 « Development projects as an arena of negotiation for strategic groups. A case study from Bénin », *Sociologia Ruralis*, 28(2-3) : 146-160.
- BOIRAL P., LANTERI J.F. & OLIVIER DE SARDAN J.P. (EDS)
1985 *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire. Sciences sociales et développement rural*, Karthala, Paris.
- COLEMAN J., KATZ E. & MENZEL H.
1966 *Medical Innovation. A Diffusion Study*, Bobbs-Merrill, New York.
- CREHAN K. & OPPEN (VAN) A.
1988 « Understandings of "development" : an area of struggle. The story of a development project in Zambia », *Sociologia Ruralis*, 28(2-3) : 113-145.
- ELWERT G. & BIERSENK T.
1988 « Development aid as an intervention in dynamics systems. An introduction », *Sociologia Ruralis*, 28(2-3) : 99-112.
- FASSIN D.
1986 « La vente illicite de médicaments au Sénégal. Économie "parallèles", État et société », *Politique Africaine*, 23, 123-130.
- LONG N.
1977 *An Introduction to the Sociology of Rural Development*, Tavistock, London & New York.
- OLIVIER DE SARDAN J.P.
1988 « Peasant logics and development projects logics », *Sociologia Ruralis*, 28(2-3) : 216-226.
- SCOTT J.
1985 *Weapons of the Weak*, Yale University Press, Yale.

MALADIE ET MÉDECINES

Didier FASSIN

Dans les sociétés africaines, latino-américaines, asiatiques ou océaniques, comme dans les pays européens ou nord-américains, les désordres du corps et de l'esprit mettent en jeu beaucoup plus que du biologique – c'est-à-dire les descriptions physiopathologiques qui permettent de les comprendre et les traitements médicaux qui cherchent à les guérir – : à travers ce qu'ils disent et ce qu'ils font, les malades, tout comme leurs familles ou leurs thérapeutes, expriment aussi la façon dont ils vivent les relations entre le corps physique et le corps social (qu'il s'agisse d'interpréter une maladie par une rupture d'interdit ou par une conduite à risque) et la manière dont ils pensent les rapports entre médecine et société (que ce soit dans l'interpénétration, commune à la plupart des sociétés dites traditionnelles, des domaines religieux, politique et thérapeutique, ou dans le débat ouvert, dans le monde occidental, autour des questions éthiques). Si cette affirmation de la maladie comme fait social paraît aujourd'hui à beaucoup une banalité (qu'il n'est pourtant parfois pas incongru de rappeler), c'est qu'elle est un acquis des sciences sociales grâce aux nombreuses études réalisées sur ce thème, mais aussi une constatation quotidienne des soignants et des développeurs travaillant dans une culture différente de la leur.

Paradoxalement, cette banalité est toutefois de « découverte » récente, tant par les sciences sociales que par les acteurs du développement. Ainsi, à l'exception de quelques travaux pionniers de médecins hygiénistes du XIX^e siècle comme Villermé ou Bertillon, qui se sont intéressés à l'impact des conditions de vie des catégories pauvres sur leur état de santé (Surault 1979), et de quelques recherches d'ethnologues comme Rivers ou Clements qui, au début du XX^e siècle, ont étudié les interprétations surnaturelles de la maladie dans les sociétés à l'époque appelées primitives (Mitrani 1982), ce n'est qu'à partir des années cinquante pour la sociologie et soixante pour l'anthropologie (et dans les deux cas avec une décennie de retard en France), que l'intérêt pour la maladie et la santé se manifeste vraiment, comme en témoignent la publication d'ouvrages nombreux sur ces thèmes, la création de sections spécifiques dans les sociétés savantes et la mise en place d'enseignements spécialisés dans les universités. De même, la croyance des développeurs, en particulier à l'époque coloniale, qu'il suffisait d'apporter une médecine de qualité pour rallier à ses succès les populations autochtones, a conduit à négliger les aspects proprement culturels de la santé, tout comme l'espoir des médecins des pays industrialisés d'arriver à faire reculer la maladie par le perfectionnement de leur technicité, a amené à se désintéresser des questions sociales.

La connaissance que l'on a aujourd'hui de la maladie et de la santé comme phénomènes culturels et sociaux est cependant gênée par le découpage institutionnel des sciences sociales qui séparent l'ici et l'ailleurs, c'est-à-dire la sociologie et l'anthropologie (ou l'ethnologie), avec une relative imperméabilité entre les deux disciplines, les acquis des uns n'étant guère connus, critiqués et surtout utilisés par les

autres : en particulier, la dimension culturelle est assez peu prise en compte dans les travaux des sociologues, alors que la différenciation socio-économique ne reçoit pratiquement pas d'attention de la part des anthropologues. L'approche qui sera développée ici à propos des sociétés du Tiers Monde tentera donc d'intégrer au savoir anthropologique des concepts et des approches sociologiques, notamment dans l'intérêt porté aux institutions modernes de soins (et non préférentiellement aux thérapeutiques traditionnelles), aux processus sociaux producteurs de différences et d'inégalités devant la santé au sein des groupes (et pas seulement aux référents et comportements communs à tous les membres).

1. LA MALADIE

1.1. Les différents sens de la maladie

Il est classique de relever que le français dispose d'un seul mot – maladie –, là où l'anglais peut en utiliser trois – *illness*, *disease* et *sickness*. Cette constatation linguistique a conduit des auteurs américains, en particulier Horacio Fabrega, à en tirer des conséquences théoriques pour l'anthropologie médicale. « La séquence iatrogénétique qui nous est la plus familière en est une illustration élémentaire : mon expérience subjective de quelque chose d'anormal, ma souffrance, mes douleurs, mes malaises (mon *illness*) est considérée comme le signal d'un état d'altération biologique objectivement attestable de mon organisme (de mon *disease*), état biophysique que le diagnostic de mon médecin érige en fondement légitime de mon état ou de mon rôle social de "malade", soit de mon *sickness* qui n'est ni le résultat psychologique, ni la réalité biomédicale, mais la réalité socio-culturelle de ma "maladie" » (Zempléni 1985 : 14).

Les trois sens sont bien distincts : pour une même affection médicalement définie (c'est-à-dire *disease*), par exemple l'hypertension artérielle, une personne peut ressentir des bourdonnements d'oreille, une autre présenter une hémiplégie brutale, une troisième ne rien éprouver de particulier (ce qui correspond à *illness*) ; dès lors que le médecin mesure la pression artérielle et déclare le sujet hypertendu, celui-ci va devoir se comporter comme un malade (traduisant la réalité sociale de *sickness*), ce qui le conduira à se déclarer tel et à prendre des médicaments. Aussi les Africains, lorsqu'ils disent que l'hypertension artérielle est une maladie des Blancs ou une maladie de la ville expriment-ils ce passage de *disease* à *sickness* sans qu'il y ait nécessairement *illness*, puisque c'est le tensiomètre qui permet de reconnaître le caractère pathologique des chiffres mesurés et de donner à une personne qui ne se plaignait de rien le statut de malade et à une autre qui parlait de mal à la tête le qualificatif d'hypertendu, c'est-à-dire la légitimité d'une maladie reconnue par les médecins.

Ce fait est important à considérer lorsqu'on réalise des enquêtes de morbidité, puisque, selon les instruments que l'on utilise, on aura affaire à des réalités sociologiques différentes et donc à des évaluations épidémiologiques diverses. Ainsi, lorsque, dans une étude sur le paludisme, on interroge des Wolof en leur demandant s'ils ont un *sibiru*, que l'on traduit souvent par « corps chaud » (ce qui ne signifie pas fièvre pour autant), on obtient des taux de prévalence fort différents de ceux que l'on recueille à partir d'examens parasitologiques mesurant la présence de *plasmodium* dans le sang ; de même, si l'on regarde les registres des dispensaires, on s'aperçoit que certains infirmiers, devant des symptômes à peu près identiques, infléchissent leurs diagnostics en tenant compte de leurs connaissances épidémiologiques (une fièvre vue

en octobre sera interprétée comme paludisme, alors qu'on parlera de grippe à partir de février – mars), ce qui fait que, pour une même symptomatologie et une même pathologie, le malade ne sera pas médicalement et socialement reconnu de la même façon – probablement mieux légitimé (ou excusé) pour un paludisme que pour une grippe.

Mais la distinction entre les trois sens de la maladie est également nécessaire à prendre en compte dans la relation thérapeutique, car ce qu'exprime le malade (ce qu'il manifeste et ce qu'il demande) s'inscrit dans un registre différent de ce que sait le thérapeute (de la maladie en général, et de son malade en particulier). Ainsi, les femmes stériles consultent-elles souvent pour des douleurs abdominales ou des symptômes diffus qui ne sont que la traduction dans leur corps d'une souffrance morale : ressentant des troubles qui ne laissent pas de traces sur les examens biologiques et radiographiques, elles finissent – au terme de consultations et d'explorations au cours desquelles le problème de la stérilité n'est jamais posé en tant que tel – par être considérées comme non malades (quand on ne les taxe pas d'hystérie). Dans ce cas, la maladie du sujet ne trouvant pas sa place dans les cadres nosographiques du médecin, ne reçoit ni le soulagement ni même la reconnaissance sociale.

Pour autant, cette triade sémantique qui désigne la maladie ne constitue qu'une approche, utile mais simplificatrice. En effet, que l'on aille étudier cette question dans un groupe ethnique donné, et l'on se rend compte que la terminologie est beaucoup plus riche. Ainsi les Toucouleur et les Peul du Sénégal disposent-ils de trois mots pour parler de la maladie : *rafi* qui fait référence à la perte ou la faiblesse d'un organe ou d'une fonction (*rafi hooré*, maladie de la tête) ; *nyaw* qui signifie le mal ou le malheur et s'associe souvent à un qualificatif (*nyaw mawdo*, la grande maladie, c'est-à-dire la lèpre), *muusu* qui désigne la souffrance et se présente souvent en association verbale avec une partie du corps (*niyyé musooji*, maux de dents) ; mais pour les affections des yeux, on aura donc *rafi giité*, *nyaw giité*, *giité musooji*, selon la pathologie identifiée (Tall 1984 : 226 et 59).

D'une manière générale, on peut observer que la réalité biologique de la maladie ne correspond pas à la réalité de celui qui en est atteint (c'est d'ailleurs également vrai en France si l'on confronte « la maladie du médecin » et « la maladie du malade », pour reprendre les termes de Leriche) : lorsqu'un Africain de l'Ouest souffre d'épilepsie ou d'hémiplégie, c'est moins l'idée de maladie qui est pertinente (et souvent on ne l'appellera pas ainsi) que celle de possession par un esprit maléfique (*rab* domestiques des Wolof, *bisira* aquatiques des Soninké, etc.) ; plutôt qu'aux frontières entre le normal et le pathologique dont on sait qu'elles sont socialement et culturellement déterminées, cet écart renvoie à des différences entre les systèmes de représentation et d'ordonnement du monde. Une conséquence pratique sur laquelle on reviendra est que le malade ne fera pas nécessairement appel au médecin ou au dispensaire lorsqu'il présentera des troubles qu'il attribuera à la catégorie du magico-religieux – ou plus exactement qu'il reliera à des interprétations sociales. Ces remarques ne doivent pourtant pas faire verser dans un culturalisme simpliste qui consiste à voir le surnaturel partout dans les sociétés africaines et à croire que la souffrance ou la dégradation d'un corps n'y sont pas ressentis comme telles : bien que leurs catégories diffèrent de celles du médecin, les gens, où qu'ils soient, savent ce que signifie « être malade » (même si ce mot ne recouvre pas pour eux tout à fait la même réalité). C'est peut-être en abordant les problèmes de classement des maladies que cette discussion s'éclairera.

1.2. Nommer, classer, interpréter

La médecine moderne dispose d'un appareil nosologique de plus en plus sophistiqué si l'on se réfère aux éditions successives de la Classification Internationale des Maladies (et de ses avatars locaux) et du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (le fameux DSM américain) ; les classements reposent sur plusieurs systèmes de repérage (symptômes, organes, mécanismes, causes, etc.). Par exemple, on dira d'un malade paralysé d'un bras et d'une jambe qu'il a une hémiplégie (symptôme), due à une lésion cérébrale (organe), provoquée par un caillot obstruant une artère (mécanisme) par suite d'un infarctus du myocarde (cause).

Les médecines dites traditionnelles se réfèrent toutes également à des classements des maladies dont les ethnologues ont montré les principes de cohérence ; les critères de rangement ont une logique qui puise à la fois dans la connaissance empirique (l'atteinte d'un organe, l'existence d'une cause naturelle, etc.) et dans la nécessité théorique (besoin de mise en ordre, de compréhension, d'interprétation, etc.), comme l'a montré Claude Lévi-Strauss à propos d'autres systèmes classificatoires, tels que les mythes (1962). Ainsi Gilles Bibeau (1981) a montré que la façon de nommer les affections cutanées des Angbandi du Zaïre reposait sur six principes : localisation (*ngaporo*, qui veut dire maladie de la peau), ressemblance (*ngbongo*, qui signifie poisson électrique pour désigner l'urticaire), représentation (*ndiba*, qui veut dire le couteau mal aiguisé pour parler de la lèpre car elle est caractérisée par des troubles de sensibilité), étiologie (*nga ngu*, qui signifie maladie de l'eau sale, s'agissant de maladie provoquée par cet agent), thérapeutique (*nga ké to*, littéralement maladie de la flèche pour signifier le torticolis car on utilise cet instrument comme remède), socio-culturel (*soke*, qui se réfère à des relations sexuelles avant le sevrage et désigne une maladie sévère des enfants) ; encore ces six principes ne couvrent-ils pas la totalité des appellations.

Chaque culture a sa façon de classer les maladies, et à l'intérieur d'une société donnée, on trouve encore des différences entre catégories sociales, entre familles, entre guérisseurs. Ce qu'il est important de considérer, c'est que la diversité des termes, le choix de critères spécifiques pour reconnaître chaque affection, le recours à des registres multiples de dénomination rendent tout système strict d'équivalence linguistique – du type : tel mot en langue locale désigne telle maladie du corps médical – souvent plus satisfaisant pour l'ethnologue et son lecteur que pour les gens qui s'en servent en tant que thérapeutes ou en tant que malades. Il ne faut en effet pas oublier que ces systèmes classificatoires servent avant tout à reconnaître des maladies dans le double but de les comprendre et de les soigner.

Toute classification suppose une interprétation des mécanismes et des causes d'une maladie, grâce à laquelle un traitement pourra être entrepris. Les modèles auxquels se réfèrent les sociétés traditionnelles résultent de la superposition de registres d'interprétation non exclusifs, bien loin des modèles simplistes qui opposent des causes naturelles et surnaturelles (quand ils ne ramènent pas simplement les systèmes de pensée traditionnels à des tissus de superstition). Comme l'avait rappelé E.E. Evans-Pritchard (1976 : 25) à propos des Azandé d'Afrique Centrale, « la croyance ou la sorcellerie ne contredit en aucune façon la connaissance empirique des causes et des effets » : ainsi, « la croyance en la mort de causes naturelles et la croyance en la mort par sorcellerie ne sont pas mutuellement exclusives ; au contraire, elles se complètent, chacune permettant d'expliquer de ce dont l'autre ne parvient à rendre compte ». Et il en donne un exemple : le garçon qui s'est blessé en trébuchant sur une racine d'arbre n'ignore pas la cause immédiate de cette plaie torpide ; cependant il ne peut s'empêcher de s'étonner, d'une part, de n'avoir pas vu la racine alors qu'il faisait attention et, d'autre part, de n'avoir pas cicatrisé rapidement comme à l'habitude ;

d'où cette certitude qu'un acte de sorcellerie est en jeu. Cependant, une cause sociale évidente peut en écarter une autre : ainsi, lorsqu'un enfant tombe malade et qu'on sait que ses parents ont eu des relations sexuelles avant le sevrage de l'enfant, ou lorsqu'une personne développe la lèpre et qu'on retrouve une histoire d'inceste, alors on parlera de rupture de tabou et non de sorcellerie (Evans-Pritchard 1976 : 20 et 27).

De manière plus systématisée, on peut emprunter à Nicole Sindzingre et András Zempléni leur modèle d'interprétation étiologique (1981) : ils distinguent en effet la cause (comment la maladie est-elle survenue ?), aussi appelée cause instrumentale, l'agent (qui, où, quoi, en est responsable ?), également nommée cause efficiente, l'origine (pourquoi s'est-elle produite ?), parfois désignée comme cause ultime ; cependant la distinction, qui paraît facile sur le papier, n'est pas toujours évidente sur le terrain, certaines affections ne jouant que sur un ou deux des trois registres et certaines explications appartenant à deux niveaux, cause et agent à la fois notamment. A cette différenciation s'ajoute d'ailleurs une seconde, proposée par ces auteurs qui distinguent causalité *a priori* et causalité *a posteriori* : il est en effet frappant de constater que l'explication donnée par un guérisseur lorsqu'on l'interroge peut différer de celle qu'il met en oeuvre dans une situation concrète (ce qui conduit à rappeler que le savoir énoncé doit toujours être confronté au savoir pratiqué) ; la société dispose ainsi de modèles généraux explicatifs pour une affection donnée mais les utilise de façon pragmatique, en fonction de la présentation et du contexte. Un exemple l'illustrera (Fassin 1988 : 287-289) : la lèpre chez les Soninké de la Vallée du Fleuve Sénégal est interprétée comme rupture d'un interdit sexuel (les parents du lépreux ont eu des relations sexuelles pendant la période menstruelle, signe d'impureté), alimentaire (le lépreux a mangé un poisson de fleuve, le silure dont la couleur rappelle la peau du malade) ou d'alliance (un mariage a eu lieu entre deux familles théoriquement « incompatibles ») : tel est le modèle *a priori* ; en fait, en fonction du statut social du lépreux (par exemple on épargnera un homme important en invoquant un tabou alimentaire plutôt que sexuel), des conflits lignagers locaux, des symptômes présentés, etc., on choisira l'une ou l'autre explication, voire une quatrième.

1.3. Les origines du mal

Malgré la diversité des systèmes d'interprétation de la maladie, une caractéristique générale des modèles étiologiques dans les sociétés dites traditionnelles est la fréquence des interprétations persécutives dont la sorcellerie est l'archétype (Augé 1975). Certes, il est des cas où une autre explication est invoquée : le nourrisson souffre de malnutrition parce qu'un charognard a survolé sa maison, l'enfant a des vers parce qu'il mange trop de sucreries, le lépreux est malade parce qu'un interdit a été rompu, etc. Cependant, la recherche d'un agresseur est la règle dès lors que surviennent une maladie grave, un accident imprévisible, une répétition de malheurs, et ce d'autant que la superposition de registres de causalité est habituelle, comme on l'a déjà vu. Ainsi, la rougeole chez les Toucouleur et les Peul en zone sahélienne fait-elle appel à plusieurs types d'explication (Fassin 1988) : elle est une maladie de Dieu (*rafi yalla*), elle est apportée par les vents de sable (*ngellaw*), et elle se transmet par contact entre les enfants. Cependant, qu'un malade meure, et ces explications ne suffisent plus : on dira qu'un sorcier l'a dévoré, on fera des divinations pour confondre le coupable, tout en continuant à considérer comme réelles les trois autres causes. Plus encore, lorsque les villageois viennent s'installer en ville où l'harmattan se fait moins sentir, *ngellaw* change de signification et devient l'esprit qui

souffle la maladie sur l'individu, faisant passer l'interprétation du naturel au surnaturel, et de la contamination mécanique à l'agression magique.

En Afrique de l'Ouest, le modèle le plus habituel de la persécution comporte quatre termes, décrits initialement chez les Wolof du Sénégal (Zempléni 1968), mais qui ne semblent guère différer dans les autres groupes de la zone soudano-sahélienne. La maladie (car il ne s'agit pas seulement des troubles mentaux qui avaient fait l'objet de la première étude) peut conduire, lorsque des caractères de gravité, de durée, de répétition ou d'inattendu sont présents, à l'identification de l'une des quatre modalités d'agression : la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque par un sorcier. Le respect des ancêtres est normalement manifesté par des autels sur lesquels les vivants effectuent des prières, des dons et des sacrifices : lorsque les hommes oublient d'honorer leurs autels, les esprits des ancêtres les punissent en les affligeant de maux. Les esprits islamiques, aussi appelés génies (de *jinné*) et satans (de *seytaané*), sont des créatures de la démonologie musulmane dont on dit parfois qu'ils se marient avec les humains : ainsi, c'est en général par jalousie qu'ils font le mal. Le maléfice correspond approximativement au terme anglais *sorcery* qui désigne une action volontaire et instrumentale orientée négativement : un individu cherche à éliminer un rival (en amour ou en politique) par la manipulation d'objets lui appartenant ou par l'énonciation de paroles se rapportant à lui ; c'est ce qu'on appelle aussi maraboutage ou travail maraboutique. Enfin, la sorcellerie-anthropophage est ce que les anthropologues britanniques appellent, depuis E.E. Evans-Pritchard, *witchcraft*, c'est-à-dire un pouvoir néfaste qui dépasse celui qui le possède et le conduit presque malgré lui à dévorer sa victime, c'est-à-dire à s'emparer de son énergie vitale ; celui qui est menacé de sorcellerie peut échapper à la mort en devenant sorcier, c'est-à-dire dangereux pour les autres, ou bien en apprenant la contre-sorcellerie, au péril de sa propre vie. Dans les quatre cas, il s'agit de persécution, et le travail du devin sera de reconnaître l'agent agresseur afin d'indiquer le remède ou la réparation.

Ces interprétations se retrouvent, à des variantes près – ainsi, les esprits ancestraux des Wolof ont-ils des équivalents dans les génies de la forêt des Diola –, dans toute l'Afrique de l'Ouest islamisée, et au-delà, en pays chrétien et en Afrique Centrale – dans les zones où le christianisme est prépondérant, le développement des prophétismes et des messianismes semble toutefois s'accompagner d'une régression des théories persécutives aux dépens des interprétations en termes de culpabilité comme le montrent les études sur le guérisseur Atcho réunies par Colette Piauxt (1975). La généralité du phénomène dans les sociétés dites traditionnelles est même attestée par sa vivacité dans les campagnes françaises où la sorcellerie est un mode courant d'interprétation de la maladie et du malheur ainsi que l'a étudié Jeanne Favret-Saada dans ses recherches sur le Bocage vendéen (1977). Au-delà de leur intérêt ethnologique, ces croyances sont importantes à prendre en compte comme réalité sociale dans des actions de développement ou de santé : ainsi des pratiques obstétricales modernes au cours desquelles le placenta est jeté à la poubelle après l'accouchement sont-elles considérées comme dangereuses dans des régions où l'on enterre le produit de la délivrance pour éviter qu'il ne soit volé ou utilisé contre la femme ou son enfant ; d'une manière générale, la grossesse de ces modèles interprétatifs incite à la prudence dans des interventions d'ordre médical, social, juridique ou politique qui peuvent toujours mettre en jeu, à l'insu des développeurs, des forces auxquelles seront ensuite imputés les échecs des actions entreprises.

2. LES MÉDECINES

2.1. Les différentes pratiques de la médecine

« Dans une ethnographie, que serait le sujet d'un chapitre intitulé "Médecine ?" », s'interroge L.B. Glick (1967) qui a travaillé en Papouasie-Nouvelle Guinée dans un groupe encore peu soumis aux changements de la modernité, les Gimi. Dans les sociétés dites traditionnelles, la médecine n'existe pas en tant que telle pour une double raison : la maladie met en jeu des institutions et des acteurs qui sont totalement en dehors des préoccupations ayant trait au corps et à la santé tels que des rituels, des églises, des marabouts, des devins ; et à l'inverse, ceux à qui l'on reconnaît un pouvoir thérapeutique sont également sollicités pour des choses qui n'ont rien à voir avec la maladie, comme l'issue d'un examen, d'une élection ou d'un procès. Autrement dit, la médecine ne se définit pas comme une profession ou un champ, mais plutôt comme un secteur d'activité en continuité avec le magique, le religieux, le politique ; d'ailleurs, être malade n'est pas seulement une affaire de thérapeutes, c'est une question sociale qui peut faire intervenir des histoires de lignages et d'alliances, de propriétés foncières ou de conflits familiaux, etc.

Conscients de ces différences, les anthropologues ont cherché à dresser des typologies des médecines en fonction notamment des savoirs auxquels elles se référaient. L'un des premiers à s'être intéressé à cette question, W.H.R. Rivers (1924) distinguait, en conformité avec les théories évolutionnistes de son temps, trois types de médecines éclairées selon les époques par la magie, la religion et la science, alors qu'un peu plus tard, E.H. Ackernecht (1971) réduisait le modèle à deux termes : médecine primitive et médecine occidentale. C'est à peu de choses près la même division qui sera reprise par plusieurs auteurs sous des terminologies un peu différentes : ethnomédecine et biomédecine, ou bien à partir des théories explicatives : personnel et impersonnel, personnaliste et naturaliste. Toutes ces typologies tombent sous le coup de la critique qu'adresse Jack Goody (1977) aux travaux anthropologiques sur la pensée traditionnelle qui consistent finalement à redécouvrir sans cesse « l'opposition Eux/Nous » dans laquelle « Eux » n'est jamais différencié (les Indiens d'Amérique Latine sont à cet égard logés à la même enseigne que les Pygmées d'Afrique Centrale et les Aborigènes d'Océanie). En réaction contre cet ethnocentrisme, certains chercheurs ont proposé des modèles plus riches : ainsi, F.L. Dunn (1977) parle-t-il de médecines locales (pouvant regrouper les pratiques traditionnelles africaines mais également les pratiques populaires françaises), régionales (rassemblant les médecines arabe, chinoise, indienne) et cosmopolite (celle qui se fonde sur les connaissances de la biologie moderne) ; ainsi, A. Kleinman (1978) reconnaît-il une médecine populaire (appartenant au cercle de la famille et des voisins), une médecine folklorique (avec les thérapeutes traditionnels non professionnalisés), une médecine professionnelle (où l'on trouve, à côté des praticiens de la médecine moderne, les professionnels des médecines savantes, telles qu'Ayurveda et Unani, en Asie).

Sans choisir parmi ces classifications dont aucune n'est à la fois réellement universelle et dénuée de tout ethnocentrisme, on peut proposer quelques remarques d'ordre général. La première est que ces modèles sont tous réducteurs en ce qu'ils considèrent implicitement comme acquis le fait qu'il existe dans toute société un domaine d'activité correspondant à la santé : où classer à l'intérieur de ces typologies l'officiant rituel, le prophète guérisseur, le marabout mouride qui tous interviennent dans le cours des maladies (ou au moins de certaines), mais dont l'essentiel de l'activité est d'ordre religieux ? La seconde est que ces taxonomies sont statiques et ne

prennent pas en compte l'évolution des pratiques les unes par rapport aux autres, surtout dans le contexte actuel des changements sociaux rapides : comment parler du guérisseur qui cherche à donner des gages de modernité en utilisant un tensiomètre et de l'infirmier en quête d'authenticité qui cache des plantes dans l'arrière-cour de son dispensaire ? S'il est légitime de vouloir comprendre des savoirs différents, il faut se garder de ces modélisations et de ces abstractions qui finissent par dessécher et figer les réalités. Plutôt donc qu'une approche descriptive, on peut tenter d'aborder les médecines de manière plus analytique, en examinant les problèmes concrets qui se posent à elles aujourd'hui.

2.2. Enjeux autour des médecines traditionnelles

Les questions généralement posées à l'anthropologue par les acteurs du développement et de la santé au sujet des médecines traditionnelles se ramènent à une formulation simple : est-ce que ça marche ? Qu'on y croie ou qu'on en dénonce la supercherie, les pratiques thérapeutiques de type magico-religieux sont abordées en termes d'efficacité. Et c'est sur ce thème qu'ont été mis en oeuvre, à l'instigation de l'Organisation Mondiale de la Santé, des programmes de recherche visant à évaluer le travail des guérisseurs rebaptisés « tradipraticiens » (Bannerman, Burton et Ch'en Wen Chieh 1983) : des laboratoires chimiques ont analysé les propriétés pharmacologiques des plantes utilisées, des centres de médecines traditionnelles ont été ouverts à l'initiative des ministères de la santé, des associations de guérisseurs ont été constituées dans un but de coordination, des recensions de remèdes africains ou indiens ont été entreprises. Les efforts humains et financiers consentis pour ces travaux amènent à s'interroger sur le pourquoi et le comment de ces opérations.

L'explication fait appel à plusieurs types de raisons. En premier lieu, les difficultés enregistrées par les systèmes de soins modernes pour atteindre les populations rurales et suburbaines défavorisées, y compris dans le cadre des stratégies de soins de santé primaires, ont conduit les responsables internationaux en matière de développement sanitaire à chercher des réponses alternatives au problème de l'accès de tous aux soins, avec les thérapeutes et les matrones traditionnels. En second lieu, les mouvements de revendication des identités nationales et d'une culture africaine dans le contexte de la décolonisation ont trouvé une application concrète avec la revalorisation de savoirs ancestraux considérés comme menacés par les avancées de la modernité. En dernier lieu, les phénomènes d'attraction exercée sur des médecins et des scientifiques occidentaux, comme d'ailleurs sur certaines ethnologues, par le naturalisme et la philosophie des théories africaines de la maladie ont joué un rôle dans la multiplication des travaux et des écrits qui leur sont consacrés. C'est donc un ensemble de raisons à la fois pragmatiques et idéologiques qui conduisent à cet intérêt pour les médecines traditionnelles.

Mais quelle forme prend-il ? Et quelles conséquences a-t-il sur les thérapeutes eux-mêmes ? Tout d'abord, il faut remarquer que les recherches scientifiques menées sur ce thème ont presque exclusivement pour objet les pharmacopées, écartant ainsi les dimensions rituelles, magiques, religieuses – c'est-à-dire finalement sociales – de la cure traditionnelle : celle-ci est réduite à un inventaire de plantes, de substances, de recettes qu'il s'agit d'évaluer en dehors de tout contexte réel et du seul point de vue de la biologie ainsi que le met en évidence Jean-Pierre Dozon (1987) à propos du Bénin. Ensuite, on peut relever que ces expériences ont une dimension politique : à travers la reconnaissance des médecines traditionnelles qui prend la forme d'expertises scientifiques, de centres officiels, d'associations de guérisseurs, le pouvoir se donne les moyens de contrôler des pratiques qui l'inquiètent parfois, comme les confréries islamiques en Afrique de l'Ouest ou les églises prophétiques en Afrique Centrale, dont

Marc-Eric Gruénais et Dominique Mayala (1988) donnent un exemple qui concerne le Congo. Enfin, si l'on regarde de près à qui profite cette officialisation des médecines traditionnelles, on se rend compte que ce sont surtout ceux qui ont le moins de reconnaissance traditionnelle, ceux que l'on appelle couramment charlatans, qui trouvent dans cette opération le moyen de gagner un peu de cette légitimité qu'ils n'ont pas ; la tentative de revalorisation des médecines traditionnelles risque bien ainsi d'être déviée de ses objectifs louables mais peu réalistes, comme nous l'avons montré avec Eric Fassin (1988) pour le Sénégal.

L'analyse sociologique a donc permis de révéler que la question de l'efficacité initialement posée avait été transformée par l'Organisation Mondiale de la Santé et les Etats africains en un problème de légitimité (reconnaître légalement l'existence des médecines traditionnelles), avec les dangers qu'un tel glissement comporte comme on l'a vu – mise à l'écart de toute dimension sociale, prise de contrôle politique et valorisation des moins reconnus des thérapeutes. C'est à ces enjeux qu'est confrontée la médecine qui, en conformité avec l'esprit et la lettre de la déclaration d'Alma Ata, tente de réaliser la mythique « intégration des médecines traditionnelles dans les soins de santé primaires ».

2.3. Questions à la médecine moderne

La médecine des dispensaires, des hôpitaux, des programmes de vaccination et de lutte contre les grandes endémies a peu fait l'objet de travaux ethnologiques – surtout si l'on établit une comparaison avec la profusion de livres et articles publiés sur les médecines traditionnelles. Pourtant, les questions qui lui sont posées aujourd'hui mériteraient l'intérêt des anthropologues et des sociologues. animateurs de développement et responsables de santé sont en effet confrontés à une question fondamentale : la persistance – et dans certains cas l'aggravation – des inégalités devant l'accès aux soins et la qualité des prestations. Certes les inégalités face à la santé (telles qu'elles s'expriment par exemple dans les statistiques de mortalité) font appel à d'autres phénomènes explicatifs tels que les conditions économiques ou l'environnement physique, comme le montrent les études réunies par Jacques Vallin et Alan Lopez (1985). Cependant, les services sanitaires eux-mêmes participent de ces inégalités et les rendent encore plus insupportables.

Une première inégalité se manifeste dans l'accès aux soins. Selon qu'on est villageois ou citadin, chômeur ou salarié, ouvrier ou cadre, on n'a pas la possibilité de recourir aux mêmes institutions : à cet égard, l'existence d'une protection sociale (réservée aux salariés de l'Etat et du secteur privé qui, dans la plupart des pays du tiers-monde, constituent une minorité dépassant rarement le cinquième de la population totale) est l'élément souvent le plus discriminant puisque ceux qui en bénéficient peuvent aller dans des structures mieux équipées en ne payant qu'une partie de leurs frais médicaux, y compris pharmaceutiques. Des études de cas réalisées au Sénégal indiquent bien comment par exemple un chef de ménage qui perd son emploi et se retrouve journalier, donc sans couverture sociale, passe des consultations de médecin et des achats de médicaments en pharmacie à l'auto-prescription de produits achetés sur les marchés ; ce que confirment les enquêtes statistiques qui font apparaître une différenciation économique importante dans le recours à la médecine libérale comme dans les pratiques vaccinales (Fassin 1988 : 347 et 352). Lorsqu'une femme accouche chez elle avec l'aide d'une matrone traditionnelle ou lorsqu'un enfant malnutri n'est pas amené par ses parents au dispensaire, c'est le plus souvent à cause d'une accessibilité physique, financière et humaine restreinte, et non seulement pour les raisons culturelles qu'on entend parfois invoquer.

La seconde inégalité concerne la qualité des soins : l'approche épidémiologique des services de santé se limite généralement à l'étude de l'accès, sans tenir compte des prestations qui sont délivrées dans le dispensaire ou dans l'hôpital ; il est vrai que cette analyse ressortit plus aux techniques qualitatives que quantitatives, c'est-à-dire aux instruments de l'ethnologue plutôt que du statisticien. Dans la notion de qualité, il faudrait pouvoir prendre en compte la façon dont les gens sont traités, au double sens que peut revêtir ce mot, c'est-à-dire comment ils sont soignés mais aussi comment ils sont reçus. L'observation de la vie d'un dispensaire telle que l'a fait Bernard Hours au Cameroun (1987) révèle ainsi les conditions de l'attente et de la consultation, la manière dont sont réalisés l'interrogatoire et l'examen clinique (la mesure chronométrée apporte ici parfois des surprises). De même, entendre une femme raconter son accouchement à la maternité, parler des douleurs et des humiliations ressenties dans son corps, relève de l'ethnographie autant que de la santé publique. Ce qu'il est important de noter ici, c'est que le statut social du malade (âge, sexe, caste, ethnie, classe, etc.) influe sur le comportement qu'on a vis-à-vis de lui.

Parler d'inégalités, on le voit, c'est opérer un changement de registre, c'est en quelque sorte passer du sociologique au politique. En effet, ce que l'analyse scientifique met en évidence, ce sont des différences – dans l'accès aux soins ou la qualité des prestations –, comme elle fait pour d'autres objets – les pratiques vestimentaires ou les règles d'alliance – ; mais alors que dans le second cas, on ne prend pas parti pour le pagne, le boubou ou le costume, ou bien pour le mariage préférentiel avec la cousine croisée patrilatérale ou avec la cousine parallèle matrilatérale, dans le premier cas, en revanche on porte un jugement de valeur – pouvoir être soigné dans de bonnes conditions est préférable au contraire – et on passe de la description des disparités à la révélation des inégalités. On objectera peut-être que ces questions sont en dehors du champ des sciences sociales : en fait, elle ne le sont pas dès lors qu'on s'attache non pas à dénoncer mais à comprendre, c'est-à-dire à démontrer et analyser les mécanismes qui conduisent aux diverses formes d'inégalité ou de domination.

*

L'anthropologie et la sociologie de la santé dans les pays du Tiers Monde ne peuvent donc pas se contenter d'étudier la maladie comme un phénomène culturel hors du temps de l'histoire et d'aborder la médecine sous le seul angle des pratiques dites traditionnelles. La santé est un enjeu social et politique, les représentations de la maladie traduisent la façon dont fonctionne la société avec ses conflits et ses rapports de pouvoir, et les pratiques de la médecine se situent au cœur de changements profonds dont les déterminations sont pour une large part extérieures. Le travail de l'anthropologue et du sociologue est peut-être aujourd'hui moins de faire ressurgir le passé (tâche de l'historien) que d'aider à comprendre le présent, en posant le même regard sur les sociétés qu'elles soient proches ou lointaines. Dans le domaine du développement sanitaire, il importe notamment d'analyser les relations entre thérapeutes et malades chez les guérisseurs et dans les dispensaires, les transformations locales des médecines africaines et de la médecine moderne, les structures actuelles de l'organisation sociale et politique. Ce qui est en somme le projet de toute science sociale.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERNECHT E.H.

- 1971 *Medicine and Ethnology, Selected Essays*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1ère édition anglaise, 1946.

AUGE M.

- 1975 *Théorie des pouvoirs et idéologie. Étude de cas en Côte d'Ivoire*, Hermann, Paris.

BANNERMAN R.H., BURTON J. & CHEN WEN CHIEH

- 1983 *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, OMS, Genève.

BIBEAU G.

- 1981 « The circular semantic network in Ngbandi disease nosology », *Social Science and Medicine*, 15 B, 295-307.

DOZON J.L.

- 1987 « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, 28, 9-20.

DUNN F.L.

- 1976 « Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems », in : *Asian Medical Systems*, C. Leslie ed., University of California Press, Berkeley, p. 133-158.

EVANS-PRITCHARD E.E.

- 1976 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Clarendon Press, abridged version, Oxford, 1ère édition anglaise 1937.

FASSIN D.

- 1988 *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris.

FASSIN E. & FASSIN D.

- 1988 « De la quête de légitimation à la question de la légitimité, les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal », *Cahiers d'Études Africaines*, 28, p. 207-231.

FAVRET-SAADA J.

- 1977 *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris.

GLICK L.B.

- 1967 « Medicine as an ethnographic category : the Gimi of the New Guinea Highlands », *Ethnology*, 6, 31-56.

GOODY J.

- 1979 *La raison graphique. Domestication de la pensée sauvage*, Minuit, Paris, 1ère édition anglaise 1977.

GRUENAI S. M.E. & MAYALA D.

- 1988 « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle », *Politique africaine*, 31, 51-61.

HOURS B.

- 1987 *L'état sorcier, Santé publique et société au Cameroun*, l'Harmattan, Paris.

KLEINMANN A.

- 1978 « Concepts and a model for the comparison of medical systems », *Social Science and Medicine*, 12, 26.

LEVI-STRAUSS C.

- 1962 *La pensée sauvage*, Plon, Paris.

MITRANI P.

- 1984 « Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine », *L'Homme*, 22, 93-104.

PIAULT C.

- 1975 *Prophétisme et thérapeutique*, Hermann, Paris.

RIVERS W.H.R.

- 1924 *Medicine, magic and religion*, Harcourt and Brace, New York.

SINDZINGRE N. & ZEMPLÉNI A.

- 1981 « Modèles et pragmatique activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire », *Social Science and Medicine*, 15 B, 279-293.

SURAUULT P.

- 1979 *L'inégalité devant la mort*, Economica, Paris.

TALL K.E.

- 1984 *Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la Vallée du Fleuve, Sénégal*, Thèse 3ème cycle en ethnologie, EHESS, Paris.

VALLIN J. & LOPEZ A.

- 1985 *La lutte contre la mort*, Travaux et documents n° 108, INED- PUF, Paris.

ZEMPLÉNI A.

- 1968 *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse de 3ème cycle en ethnologie, EHESS, Paris.
1985 « La maladie et ses causes. Introduction », *L'Ethnologie*, 2, 13-44.

ÉDUCATION ET SANTÉ

Yannick JAFFRÉ

Une traduction ne consiste pas simplement à faciliter la communication avec le monde d'une autre langue, mais elle est en soi un défrichement dans les questions posées en commun. Elle sert à la compréhension réciproque en un sens supérieur et chaque pas sur cette voie est une bénédiction pour les peuples.

Martin Heidegger

« Éducation pour la santé », « éducation sanitaire », « promotion de la santé »... sous ces diverses étiquettes, les actions de prévention et d'éducation sont présentées comme déterminantes pour la réussite de tout programme sanitaire. Malheureusement, victime de sa richesse et de la difficulté de rendre compte de la diversité des actions entreprises ou peut-être de son indigence théorique, cette pratique semble éprouver quelques difficultés à se définir.

Selon certains, « l'éducation sanitaire est l'action qui cherche à informer les populations en vue de leur faire comprendre l'intérêt et ensuite de leur donner le désir et ensuite les moyens de chercher à protéger, rétablir ou perfectionner leur propre santé et celle de leur collectivité » (Labusquière 1982), ou « l'éducation pour la santé se définit comme l'ensemble des moyens et actions permettant à chaque individu de prendre sa santé en main, à la fois individuellement et collectivement. Se prendre en main afin de protéger cette ressource non renouvelable entre toutes : la santé, partant la vie » (Plamondon 1976) ou encore, « l'éducation sanitaire est donc définie comme l'ensemble des efforts destinés à modifier volontairement le comportement des individus d'une population en face de leur santé » (Isely 1985), et enfin : « éduquer, ce n'est pas seulement instruire ou informer. C'est faire adopter des attitudes nouvelles, c'est apporter le changement... comment quelqu'un apprend-il quelque chose ? Tout d'abord, l'individu doit se rendre compte d'un fait, par exemple l'eau est à l'origine de certaines maladies. Il y a chez lui une prise de conscience ou une sensibilisation. Puis son intérêt s'éveille si la question proposée peut l'aider à résoudre un problème qui le préoccupe. Ensuite, l'individu approuve la nouveauté... L'éducation pour la santé est un art, l'art de convaincre les gens » (Sillonville 1979).

La principale critique que nous pouvons adresser à l'ensemble de ces définitions proposant une « gestion du capital santé » est de supposer universelle l'expression d'un point de vue particulier : « ... tout à l'opposé des mouvements totaux et orientés vers des fins pratiques de l'existence quotidienne, elles (les pratiques hygiéniques) supposent une foi rationnelle dans les profits différés et souvent impalpables qu'elles promettent (...). Aussi comprend-on qu'elles trouvent les conditions de leur accomplissement dans les dispositions ascétiques des individus en ascension qui sont préparés à trouver leur satisfaction dans l'effort lui-même et à accepter comme argent comptant – c'est le sens même de toute leur existence – les satisfactions différées qui sont promises à leur sacrifice présent » (Bourdieu 1979 : 236).

Parmi d'autres définitions, nous pourrions encore citer l'invocation à la « trilogie » du « savoir » ce qui est bon, « vouloir » changer et « pouvoir » agir (Berthet 1973) où l'espérance tient lieu d'analyse ; une certaine utilisation de la planification par objectifs programmés où la stratégie se propose de résoudre les

difficultés liées à la diversité des systèmes sociaux ; la « mobilisation sociale », le « marketing social », etc.

La lecture de ces diverses définitions ne surprendra aucunement ceux qui travaillent dans des programmes de santé dans des pays en voie de développement. De séminaires en projets, les mêmes idées de « sensibilisation », « autoresponsabilisation », etc., parfois différemment ordonnées, sont proposées comme repères pour l'action et utilisées pour essayer de décrire la complexité des rapports s'établissant entre les objectifs des soignants et les pratiques des populations.

Dans cet écart entre l'évidence d'un proverbe édictant (tant pour un éventuel patient que pour les finances de l'État) que « prévenir vaut mieux que guérir » et la difficulté à convaincre les populations d'agir pour « leur bien », sont venues se loger bien des théories. Selon un article déjà ancien (Simonds et Scott 1976), plus de vingt-cinq modèles se réclamant de domaines aussi divers que ceux de la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, l'économie, la géographie, les sciences de la communication, essaient de rendre compte des difficultés ou réussites rencontrées dans la pratique de l'éducation pour la santé.

Bien qu'il soit difficile, devant la luxuriance d'un tel paysage, de rendre compte de l'ensemble des travaux et de définir pour chacun d'eux les « concepts » utilisés, il semble possible d'en préciser les contours, d'en montrer les orientations, d'en dévoiler les implicites.

1. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LA COMMUNICATION PERSUASIVE

Selon ce modèle, à l'instar de la publicité, à laquelle sous bien des formes elle s'apparente, et contrairement au « dialogue médecin-malade » à l'occasion duquel peut parfois s'établir lentement une relation de confiance, le praticien en éducation pour la santé ne peut bien souvent miser que sur l'instantanéité de la diffusion d'un message pour obtenir l'assentiment du public auquel il s'adresse. Cette « théorie » sur laquelle se fonde un grand nombre de campagnes d'éducation pour la santé peut être ainsi figurée :

MESSAGE

EMETTEUR -----> RECEPTEUR

Un message ou la répétition d'un thème doit non seulement susciter l'accord affectif ou intellectuel du public cible, mais de plus l'inciter à modifier ses attitudes définies comme « un ensemble de positions arrêtées sur un certain nombre de problèmes » (de Montmollin 1988) et ses comportements.

Suivant cette définition, l'évaluation de l'efficacité d'une campagne éducative consistera à comparer les « connaissances, attitudes et pratiques » (enquêtes « CAP ») des populations avant et après la diffusion du message, et afin d'accroître l'efficacité des diverses campagnes entreprises, il sera demandé aux diverses études de préciser qui sont les émetteurs et les récepteurs afin de définir la pertinence des messages et médias à utiliser.

1.1. L'émetteur

Son statut social, sa réputation ou ses actes garantiront son dire. Remarque qui bien que fort banale ne va malgré tout pas sans poser quelques questions à diverses actions de développement :

- Peut-on confier la responsabilité d'actions préventives à du personnel dont la crédibilité n'a pu être fondée aux yeux des populations sur des actes curatifs ?
- Quel sera le crédit accordé à la parole d'un enfant lorsqu'on lui demande, parfois, d'être l'éducateur de ses parents ?
- Qu'est-ce qui, dans un système social, légitime le droit de s'exprimer ou d'exercer une pratique ?

Par exemple, dans bien des cas, les populations préféreront choisir celui ou celle dont l'expérience de vie lui fut un enseignement plutôt qu'une personne n'ayant acquis qu'un savoir théorique ou scolaire. Dans le domaine de la santé, il suffit de songer à la préférence accordée à la fécondité des vieilles accoucheuses plutôt qu'aux connaissances livresques des jeunes matrones.

1.2. Le message

Très simplement, un message peut se définir par son canal (film, émissions radiophoniques, livres, affiches), par la manière dont sont présentés les conseils (textes courts, exposés explicatifs, démonstrations) et par leur contenu émotionnel (séduction, appel à la peur, etc.).

Un bon message ne se définira donc pas par rapport à des critères esthétiques, mais par son adéquation au public visé et sa pertinence quant aux objectifs définis. Une fois de plus, la banalité de telles remarques ne va pas sans être d'importance dans le domaine de la pratique de l'éducation pour la santé : combien de fois n'a-t-on pas vu distribuer des courbes de poids à des femmes analphabètes, diffuser des émissions radiophoniques là où n'existent pas de « transistors » ou sans savoir les heures d'écoute, faire des démonstrations nutritionnelles sans au préalable connaître les denrées disponibles.

Concernant les contenus émotionnels, « l'appel à la peur » reste encore un des thèmes les plus fréquemment choisis, bien que son utilisation soit délicate et pose de nombreux problèmes. « Depuis Esope, nous savons que la langue (c'est-à-dire l'information) peut-être la pire ou la meilleure des choses (...). Les études psychologiques montrent que beaucoup de femmes ne se palpent pas les seins, ne se soumettent pas à un examen gynécologique, de peur de découvrir qu'elles ont un cancer » (Tubiana 1980).

Il est dans bien des cas plus simple de dénier le danger (« cela ne peut m'arriver ») que de modifier ses habitudes. Nous trouvons ici une des limites du schéma émetteur-récepteur qui, s'il a parfois une valeur de type organisationnel reste peu heuristique quant aux réactions des récepteurs de messages. Celles-ci ne relèvent pas uniquement d'une démarche rationnelle mais sont soumises à divers mécanismes psychologiques : déni, filtrage des informations, etc. Pour cela, la tendance actuelle est plus de promouvoir des comportements sains par des messages positifs (« prenons la vie à pleins poumons », « pratiquons le sport de masse ») que de s'attaquer de manière négative à des pratiques nocives en matière de santé.

1.3. Le récepteur

Il est avant tout, dans ce schéma, la « cible visée par le message », celui dont on espère transformer les attitudes et les comportements afin de les rendre plus adéquats aux préceptes sanitaires.

Les populations n'étant pas homogènes, des « cibles » diverses seront identifiées :

- hommes/femmes,
- population urbaine/rurale,
- analphabètes/scolarisés, etc.

et des messages spécifiés en fonction de celles-ci.

Pratiquement, le plus souvent la mise en place d'une campagne d'éducation pour la santé suit ce déroulement :

- analyse des problèmes sanitaires et choix des priorités,
- définition des groupes cibles,
- élaboration des messages en fonction de ces populations spécifiques.

Le message peut être adressé au groupe, ou dans un premier temps à des relais. Selon les modèles de référence ou les domaines d'intervention, ces relais sont nommés « leaders », « guides d'opinion », « paysans pilotes »... mais l'hypothèse ici reste la même : la pénétration d'un message est accentuée par la proximité et l'influence sociale des diverses sources reprenant à leur compte le thème diffusé. Pratiquement, il s'agira d'obtenir le soutien de responsables religieux, politiques, sportifs pour des campagnes éducatives.

Il n'est pas ici possible de citer tous les aléas de cette conception, soulignons simplement qu'en fait cette vision de la transmission des messages peut se réduire à une théorie de l'argumentation où apparaissent les différentes figures de rhétorique visant à obtenir l'assentiment de l'auditoire : appel à des arguments intellectuels par un raisonnement logique, éveil des motivations par allusion, appels aux faits, utilisation de l'autorité (Oléron 1983).

2. LES MODÈLES D'ARGUMENTATION UTILISÉS

Malgré l'impressionnante quantité de projets et de textes publiés en ce domaine, il nous semble possible de dégager quelques invariants. Le divers s'ordonne autour de quelques modèles simples valorisant la contrainte, la séduction ou la connaissance.

2.1. La contrainte

Il s'agit du modèle le plus simple utilisant la législation et la répression envers des particuliers ou des firmes commerciales :

- obligation des visites prénatales pour bénéficier des prestations familiales,
- vaccinations nécessaires pour l'inscription scolaire des enfants,
- répression de l'ivresse,
- interdiction des campagnes publicitaires pour certains produits nocifs, etc.

Sa mise en œuvre révèle bien souvent les contradictions des États, hésitant par exemple entre la mise en œuvre de campagnes sanitaires et les revenus conséquents procurés par les taxes prélevées notamment sur les alcools et les tabacs.

2.2. La séduction

Celle-ci peut être soit implicite, soit explicite. Dans le premier cas, ce modèle ne requiert de la part du récepteur du message qu'une implication intellectuelle et affective minimale. L'hypothèse en est que, stimulés par la vision ou l'audition répétitive d'un message (affiches, « spots » audiovisuels...), les individus adopteront les conduites proposées par celui-ci sans même que les thèmes proposés aient à franchir la barrière d'une réflexion consciente ou d'un choix volontaire.

Dans le second cas, il s'agira souvent de messages plus métaphoriques qu'argumentatifs. Utilisé très fréquemment dans le cadre commercial, comme par exemple dans la publicité de parfums aux appellations suggestives, ce modèle trouve son application dans le domaine de l'éducation pour la santé sous forme de la « méthode des contes », ou de l'utilisation du théâtre, des chansons, des bandes dessinées, des pagnes imprimés avec des slogans etc.

Bien que ces pratiques semblent diverses, l'hypothèse en reste la même : intéressés par l'intrigue, le jeu des comédiens, les suaves évocations d'un mot ou l'élégance d'un « boubou », les lecteurs ou les spectateurs assimileront sans difficultés les thèmes sanitaires inclus dans les divers récits. Si les divertissements populaires ont maintes fois fait la preuve de leur capacité à intéresser le public et par suite à transmettre de nouvelles connaissances, il importe malgré tout de souligner quelques difficultés liées à leur utilisation.

Les « littératures orales » (contes, proverbes, devinettes, chants, théâtre) obéissent à des règles sociales (interdits concernant les moments de récitation, de jeu ou les personnes autorisées à assister) et narratives (ordre de succession des événements dans le récit) que l'utilisateur doit connaître (Calame-Griaule 1980). Inventer des récits sans tenir compte de ces règles est bien souvent se condamner à être incompris de ceux à qui l'on souhaitait s'adresser.

De la même manière, la perception des images, qu'elles soient fixes ou mobiles est à étudier avant d'utiliser des affiches, des montages photographiques ou des films. La lecture d'une image n'est pas « naturelle », mais obéit à des règles culturelles. La perception de la perspective ainsi que la lecture synthétique d'une image de la gauche vers la droite sont liées à l'apprentissage et à la pratique de l'écriture. Un analphabète aura tendance à nommer séparément chaque élément de la représentation figurée et à en faire la synthèse à l'intérieur d'un récit culturellement acceptable. Les symboles utilisés (flèche, équivalence, stylisation du décors) sont souvent incompréhensibles pour un rural les découvrant pour la première fois. Les diverses figurations ne peuvent être comprises que si elles correspondent à l'univers matériel de celui à qui elles s'adressent (nomade, rural, urbain...) (Jahoda 1988).

2.3. La connaissance

Il s'agit là du modèle le plus courant d'actions en éducation pour la santé, postulant qu'après une première étape d'information, les populations concernées seront convaincues par le message délivré et donc adopteront des comportements conformes aux préceptes sanitaires. Cette conception, implicite aux actions dites de démonstration (montrer et démontrer rationnellement), qu'elles soient nutritionnelles ou d'hygiène, n'a dans sa forme la plus frustrante (long monologue d'un formateur devant des auditeurs silencieux) que bien peu prouvé son efficacité.

Cette méthode, comme celle, si fréquente, des actions de vulgarisation pour les adultes, repose généralement sur la conception manichéenne de la lutte de la vérité

contre l'erreur. Face à la science, il n'y a rien de cohérent : des conceptions traditionnelles régies par d'obscuras croyances s'opposent à la technique identifiée à la nouveauté, à la modernité et au progrès.

Depuis une dizaine d'années, d'autres approches se désignant du nom de « pédagogie du microscope » essaient d'améliorer cette méthode. « Une fois les explications données, les médecins prélèveront sur les malades les plus atteints quelques fragments de peau (snip) que chacun, jeunes et vieux, peut observer au microscope. Il faut dire à nouveau ici toute l'importance de ce que nous avons appelé la « pédagogie du microscope ». Ce n'est que lorsque les gens ont réellement vu les petits vers s'ébattre sur la lame qu'ils acceptent vraiment les explications qu'on leur a données » (Belloncle 1979 : p. 26). Dans ce dispositif, le rôle de la démonstration ou du microscope sera double. Pédagogiquement, il sert à montrer le vecteur de la maladie. Linguistiquement, la vision de l'agent pathogène (réfèrent) doit permettre d'établir des équivalences entre le discours médical et celui des populations.

Bien que sur le plan de l'animation, ces méthodes représentent un progrès par rapport aux « causeries classiques », leur mise en œuvre ne va pas sans poser problème. Leur stricte utilisation est limitée par les pathologies. S'il est possible de montrer une micro-filaire, comment montrer un hématozoaire ? Cette méthode prend place dans le cadre beaucoup plus vaste de celui de l'utilisation du visible comme garant du discours : si le discours populaire s'organise le plus souvent autour de descriptions symptomatiques, cette méthode pédagogique se voit confier la tâche de rendre crédible une autre organisation conceptuelle, un autre paradigme (Kuhn 1970) articulé autour d'une cause « montrée », support de la démarche étiologique biomédicale. Pour cela, si l'agent pathogène est invisible même au microscope, il sera représenté sous forme de dessin ou de figurine sur un tableau de feutre. En fait, il ne s'agit pas de voir pour croire, mais d'adhérer à un discours médical qui seul garantit la véracité de ce qui est figuré.

Plusieurs remarques peuvent être ici formulées. Les premières relèvent de la linguistique. Cette tentative du pédagogue vise en fait par l'utilisation des aides visuelles à éviter la dimension du langage humain où chaque unité culturelle, chaque signifié, n'a de valeur que par rapport et différence avec un autre signifié. En utilisant le visuel, ces équipes espèrent confronter directement le terme avec son réfèrent, l'objet, oubliant que même si cette perception peut produire une émotion ou un étonnement, cela n'est pas suffisant pour modifier un champ sémantique : « Lorsque je dis : *qu'est-ce que c'est...* le champ des stimuli se présente à moi comme signifiant d'un signifié que je possédais avant cet événement perceptif » (Ecco 1972 : 72). Un mot, ou un objet, n'ont pas de valeur en soi, mais par rapport à ceux dont ils se distinguent ou auxquels ils s'assimilent par un trait culturellement pertinent. « Le moustique est le vecteur du paludisme. Pour éviter le paludisme, protégeons-nous du moustique. Ces propositions paraissent simples. Mais une nouvelle information ne trouve pas l'appui attendu dans le dispositif cognitif. Il n'y a pas dans la mémoire d'autres propositions logiquement dérivables de ces informations. Ce sont donc des propositions disponibles dans la mémoire du sujet qui seront suscitées et qui serviront au traitement de la nouvelle information. Ainsi peut-on s'expliquer l'attrait observé par les médecins auprès de leurs patients vis-à-vis de la quinine, si l'on sait qu'un certain nombre de médicaments traditionnels ont un goût amer. L'hétérogénéité de l'information est réduite et réinterprétée selon la logique interprétative habituelle de la maladie » (Bonnet 1987).

Les secondes remarques sont plus anthropologiques. Le vraisemblable ne se confond pas avec le rationnel. « La distinction entre un monde naturel et un monde surnaturel, ou entre un « ici-bas » et un « au-delà » est répandue, elle n'est pas

universelle. Or, c'est cette distinction entre deux modes d'existence qui entraîne une distinction entre deux façon d'appréhender ce qui est : perception et savoir d'un côté, croyance de l'autre ». (Pouillon 1979 : 44). De plus, la définition de la vérité comme système logico-déductif n'est pas universelle, mais elle est aussi culturelle. « La véracité des énoncés traditionnels est fonction de positions d'énonciations fondées sur un rapport causal entre un certain domaine de réalité et le discours qui le vise. Cette hypothèse fait de la vérité une qualité non des discours ni de leur rapport au monde, mais du rapport entre la personne de l'énonciateur et le monde. Il n'est donc pas étonnant qu'avant même de proférer un énoncé quelconque, certaines personnes puissent être considérées comme porteuses de vérité plus que d'autres. C'est là une manière de voir assez étrange pour notre univers intellectuel fondé sur l'idée que la vérité consiste en une correspondance entre ce qui est dit et ce qui est » (Boyer 1986).

Ces remarques n'ont pas pour but d'ironiser sur les déboires des pédagogues, mais de montrer les limites d'un certain nombre de méthodes et de souligner la complexité des transferts de connaissances entre équipes soignantes et populations. C'est dans le cadre de cette question de transmission de messages techniques, qu'il est le plus souvent fait appel au sociologue ou à l'anthropologue : « nous voulons bien communiquer avec les populations, mais des obstacles culturels (conception de la maladie, tabous, etc.) s'y opposent ; aidez-nous à faire passer notre message ».

Cette demande émanant le plus souvent des équipes médicales ne peut être ainsi acceptée par le chercheur en sciences humaines. En effet, deux illusions souvent complémentaires sous-tendent cette demande : le milieu villageois ou urbain à qui s'adressent les éducateurs est considéré comme un lieu vide (« les gens ne comprennent pas, ils n'ont pas de savoir ») ; et ce même milieu est considéré comme trop plein (des conceptions « traditionnelles » s'opposent à l'introduction de connaissances modernes et rationnelles, et le rôle du formateur sera alors de remplacer le faux par le vrai, les croyances par la science).

En fait, porter l'interrogation sur la manière dont les populations réagissent aux messages qui leurs sont adressés revient à complexifier cette conception de l'acte de communication. Les récepteurs en chaque lieu et instant, sélectionnent, choisissent, relient les divers messages qui leurs sont adressés : « on dit », « bruits qui courent », « radio trottoir », toutes ces rumeurs qui sont des manières de s'approprier les nouvelles informations, parce qu'émisses de mille bouches, mais d'aucune en particulier, seront bien difficiles à démentir. Chacun pourra y justifier son opinion, ses craintes et y légitimer ses conduites. Celles-ci ne seront bien évidemment pas uniquement liées à une démarche rationnelle mais soumises aussi à des stratégies sociales déterminées en grande partie par la position et les rapports entretenus entre un individu et son groupe d'appartenance.

L'innovation volontaire est génératrice d'inquiétude et de déséquilibre, et pour cela, ne peut souvent être le fait que d'un groupe social possédant une certaine cohérence (conseil des hommes jeunes dans un village, « classe des fonctionnaires », « promotionnaires » de formation, etc.).

« Introduire la dimension culturelle n'est pas non plus suffisant. Celle-ci ne peut se limiter à une technique de persuasion au même titre que la recherche publicitaire (...). Autrement dit, la prise en compte des valeurs, des besoins et de l'inconscient collectif, c'est-à-dire de tout ce qui compose les modèles culturels et symboliques d'une société, est une condition nécessaire mais non suffisante à la réussite d'un projet. Ces modèles s'inscrivent eux-mêmes dans des rapports de pouvoir et des enjeux économiques dont la prise en compte conditionne la résolution ou non du problème de la participation » (Desjeux 1985).

Ce savoir sans sujet, résultat de liens entre les diverses stratégies des acteurs sociaux et leurs interprétations des messages reçus, démontre à l'évidence, que même liés dans le présent d'un dialogue ou d'une formation, les interlocuteurs n'en fondent pas moins leurs paroles dans le sédiment de leurs langues, histoires, économies et modèles de référence.

Le modèle E ----> R, homogène avec celui de la psychologie behavioriste « stimulus - réponse », que l'on trouve implicitement à l'origine des méthodes de « stratégie » (« mobilisation sociale », « marketing social »), où le bon message devrait entraîner un bon comportement s'avère insuffisant pour rendre compte des liens complexes s'établissant entre l'émetteur et le récepteur lors de la transmission d'un savoir dans une situation interculturelle et ceci pour au moins deux raisons :

- Un stimulus (ici un message) ne peut être compris d'une seule façon, mais sera interprété en fonction du savoir, de l'expérience, de la mémoire et des divers réseaux d'appartenance sociale du récepteur.

- Le concept de comportement est insuffisant pour rendre compte des multiples déterminations des pratiques sociales. Si ce terme est utilisable pour dénombrer des actes, il ne permet aucunement de les expliquer et son emploi conduit souvent les développeurs sanitaires à confondre les effets d'une situation avec ses causes : comment par exemple, dans les pratiques du corps distinguer celles qui relèvent de l'hygiène, de l'esthétique ou du religieux ? et dans l'alimentation, ce qui relève du goût, des contraintes économiques, de la « distinction sociale » (Bourdieu 1979).

Mieux comprendre ces questions nécessite de circonscrire une autre problématique et de mieux définir les acteurs en présence dans une situation de développement.

3. LES ACTEURS EN PRÉSENCE DANS UNE SITUATION DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Nous pouvons ainsi les représenter :

PERSONNEL DE SANTÉ	POPULATIONS
Formé en exprimant leurs compétences en langue française. Savoir fondé sur et par le discours médical. de représentations sociales. Utilise l'écrit pour articuler et mémoriser son savoir.	S'exprimant dans les langues techniques nationales. Savoir fondé sur l'expérience, l'observation et un ensemble Appartient à une société où prédomine un système oral.

Bien que nous ayons pour des commodités d'exposé simplifié à l'extrême ce schéma, nous pouvons malgré tout préciser les rapports s'établissant entre les systèmes de références des populations et des personnels de santé.

3.1. D'une langue à l'autre

Concernant la traduction, l'idée la plus couramment admise est que chaque langue se contentant de désigner les mêmes objets par des termes différents, changer de langue consisterait simplement à trouver des mots équivalents pour désigner une réalité identique sous tous les cieux et les climats.

Pratiquement, les divers techniciens (qu'ils soient expatriés ou nationaux) utilisent des « interprètes » pour traduire leurs messages aux populations. Le plus souvent, cette activité est considérée comme secondaire, mais quelle distorsion subira une phase de la vie quotidienne lorsqu'elle « passe », par exemple, du bambara au français. Traduisons : « ma tante a acheté une chaise ». « Tante » en français est trop imprécis par rapport au bambara qui spécifiera s'il s'agit d'une tante maternelle, paternelle, jeune ou âgée. À l'inverse, « chaise » en français est trop précis par rapport au bambara :

FRANÇAIS	BAMBARA
tante	<i>bakoroba</i> tante maternelle (<i>bacinin</i>) tante paternelle (<i>tenemuso</i>)
fauteuil chaise tabouret	<i>sigilan</i>

Nous aurions pu prendre bien des exemples dans d'autres domaines (l'élevage, le temps, les sentiments, etc...).

Remarquons simplement que les groupes humains discriminent différemment les systèmes écologiques, sociaux et culturels auxquels ils appartiennent en fonction de leurs activités et préoccupations : les éleveurs en auront plus de termes pour parler du bétail, les pêcheurs bozo pour parler du poisson, etc.. Partout l'homme a dû nommer son environnement, sa famille, son corps et ses douleurs, mais il l'a fait à chaque fois de manières différentes : une langue est un instrument de communication selon lequel l'expérience humaine s'analyse différemment.

3.2. D'un discours à l'autre

Le médecin ayant acquis sa formation et ordonné son savoir le plus souvent en langue française ou anglaise, il aura lors du colloque avec le malade, ou lors de campagnes sanitaires, à lier sa démarche diagnostique ou éducative à une activité de traduction. À l'intérieur de sa consultation il devra effectuer deux opérations. La première consiste à traduire les mots du malade dans la langue servant de support à son savoir, la seconde à les transformer en signes cliniques évoquant des étiologies précises en vue d'un traitement. À ce niveau, que le patient dise paludisme pour une fièvre, ou hépatite pour tout ictère, n'a rien de surprenant. Le malade n'est pas forcément médecin et cela se passe dans toutes les consultations du monde. Ces divergences existant entre les définitions scientifiques des maladies et leurs représentations populaires ont été souvent décrites par les anthropologues, mais il reste à comprendre d'un point de vue opérationnel en quoi cela est important.

Si dans les pays du nord, que cela soit bon ou mauvais, les divers examens cliniques et paracliniques permettent pratiquement de se passer de la parole du malade, celle-ci est au contraire essentielle dans les pays en voie de développement où l'anamnèse est souvent le seul élément du diagnostic dans la consultation.

De multiples incertitudes dans la traduction de termes comme ceux désignant la fièvre, les types de douleurs, les lieux anatomiques, les âges de l'enfant sont souvent préjudiciables à l'établissement d'un bon diagnostic.

De même, des interdicts de langage, ou l'obligation d'utiliser euphémismes et périphrases pour désigner certaines maladies, personnes disparues, etc. peuvent empêcher le soignant de bien comprendre la demande du malade. En milieu bambara, le terme *gankedimi*, souvent traduit par « règles douloureuses » est en fait utilisé par les femmes pour évoquer, sans prononcer le mot, la crainte d'une stérilité. Pour le médecin ou l'infirmier, traduire hâtivement et prescrire un antispasmodique quelconque sera méconnaître la nature de la demande de la consultante.

Risquons une hypothèse : la formation scientifique étant reçue en langue française, la démarche thérapeutique et notamment la mise en œuvre de diagnostics différentiels par la recherche des signes associés, semble être perturbée par le partage entre le soignant et le malade des mêmes signifiants culturels se présentant alors avec la force d'une évidence.

Dans ses activités d'information sanitaire ou de dialogue avec les populations, les difficultés du personnel soignant peuvent être regroupées sous quatre rubriques :

a) La nomination de la maladie

Les nosologies populaires et médicales s'ordonnant différemment, l'éducateur sanitaire devra le plus souvent construire ses messages et conduire ses formations à partir d'une semblable reconnaissance des symptômes plutôt que sur une illusoire homogénéité des termes linguistiques. Il devra ainsi plutôt parler d'une toux résistante que d'une tuberculose, d'un cou tendu au lieu d'une méningite, etc.

b) La définition de la maladie

Si la médecine considère la maladie comme un dysfonctionnement physique affectant un sujet, elle sera en milieu « traditionnel » souvent interprétée comme étant le signe d'un désordre social. Considérée comme une infortune, elle prend place dans un dispositif interprétatif qui va relier en un même enchaînement causal des événements que les logiques scientifiques distinguent. Ainsi, l'origine d'une maladie pourra-t-elle être cherchée dans le vol d'un fruit offert à un fétiche, dans le manque de respect envers un aîné, etc. Ce type d'interprétation induira des traitements fort éloignés de ceux du domaine biomédical, mais aussi de longs itinéraires de soins aggravant les pathologies et des conduites préventives spécifiques.

c) Définition de la prévention

Entre le « traditionnel » et le « moderne », l'objectif reste le même, éviter la maladie, mais les causalités mises en œuvre pour l'expliquer étant différentes, les pratiques seront dissemblables. Là où l'épidémiologie parle de « maîtriser des facteurs de risque », les conceptions populaires diront « se mettre sous la protection de » ou « confier un enfant à celui qui a pour tâche de réconcilier avec les ancêtres », etc. D'un interlocuteur à l'autre, le concept n'est pas le même et bien que souvent les deux systèmes se superposent sous forme syncrétique, la non prise en compte de l'univers culturel des populations conduit parfois les programmes de développement à de grandes difficultés : utilisation réduite des structures sanitaires, faible acceptabilité des vaccinations, etc.

d) Des représentations différentes de la maladie

Le plus simple est de prendre un exemple et de confronter simplement, à propos d'un problème de santé publique, les diarrhées, le discours médical et celui d'une population (ici des hommes et des femmes songhay de la région de Tombouctou en République du Mali). Si le médecin distingue des étiologies virales, bactériennes ou parasitaires, les villageois, nomment ainsi les pathologies :

gundeko : « Quand on mange trop de pain ou de riz ou quand on marche dans la fraîcheur ou dans l'humidité, cela peut donner la constipation. Cela peut entraîner toutes sortes d'autres maladies, notamment des maladies de la bouche. Si la mère s'aperçoit que son enfant ne va pas à la selle, ou si son ventre est ballonné ou sale à l'intérieur, elle nettoie l'intérieur du ventre en purgeant son enfant avec une outre ».

hinki : « Sa cause, c'est la chaleur qui est dans le ventre. Cette chaleur peut devenir une maladie si elle rencontre de mauvais aliments, ou bien si la personne marche trop longtemps sur le sable chaud. »

tuuri dindi : « C'est une maladie qui attrape l'enfant lorsqu'il va avec sa mère en brousse. L'arbre prend l'enfant, alors les selles deviennent vertes. C'est une maladie qui attrape toujours l'enfant hors du village dans des endroits non fréquentés là où vivent les diables ».

Comment permettre une rencontre entre ces deux discours ? Les attitudes populaires envers la maladie n'ont souvent été jugées qu'en fonction de leur efficacité thérapeutique. Ce point de vue, pertinent dans certains domaines comme celui des recherches pharmacologiques, est bien insuffisant pour ce qui concerne les problèmes de communication, où améliorer le dialogue médecins/malades nécessite de rendre compte des logiques réglant les attitudes des uns et des autres. L'appréhension d'une même douleur ou dysfonctionnement du corps donne lieu de part et d'autre, à diverses interprétations. Là où le médecin utilise comme références des sciences telles que la biologie ou la physiologie, les populations, pour penser leur corps disposent de l'observation de cadavres d'animaux, de sensations coenesthésiques et de différents récits étiologiques.

Dans nos exemples, il apparaît qu'une attention particulière est portée au visible (apparence des selles), au sensible (digestion), aux distinctions de l'espace géographique (opposition entre le village/culture et la brousse/nature) auxquels il faudrait ajouter l'inquiétude concernant le « mauvais œil » ou le « sort jeté » toujours présente dans les petites sociétés d'interconnaissances, qu'elles soient « exotiques » ou européennes (Favret Saada 1977).

Ces classifications populaires, fort éloignées de celles du discours médical, serviront de support pour l'utilisation des divers recours thérapeutiques et les traitements. Une maladie « causée » par le trop chaud sera soignée par un remède « froid » (sable de la berge, eau et plantes, etc...), les maladies de brousse (espace des diables) seront en un premier temps souvent interprétées par un devin, etc.

Élaborer une information, rédiger un livret de formation, animer un cours ou une discussion implique que l'éducateur connaisse les terminologies utilisées par les populations pour parler de leur corps ou de leurs douleurs, et les règles régissant les principales pratiques sociales (alimentation, hygiène, travail, etc...) ayant une influence sur la santé.

Ainsi, en bambara, le terme de *kono* est habituellement traduit par accès pernicieux palustre, or il désigne aussi le tétanos néonatal et les convulsions de l'enfant.

BAMBARA	FRANÇAIS
<i>kono</i>	Accès pernicieux Tétanos néonatal Convulsions

Diffuser en langue nationale, comme cela est courant, le message : « Pour éviter le *kono* à vos enfants, donnez leur de la chloroquine », est s'exposer à bien des risques d'incompréhension.

Les champs sémantiques entre le français et les langues africaines n'étant pas isomorphes, la première étape d'une campagne d'éducation pour la santé est une enquête de type ethnolinguistique dont le but sera de décrire dans quel univers de sens prennent place les différentes informations sanitaires que diffusent les développeurs.

3.3. De l'oral à l'écrit

Sans aborder l'importante question des rapports entre les systèmes de représentation et les supports oraux ou graphiques qui les expriment ou les déterminent (Lévi Strauss 1962, Goody, 1979 et 1986) il est important de souligner la différence entre l'univers de prédominance orale des sociétés rurales africaines et le monde de l'écrit où évoluent les techniciens de la santé.

Le monde de l'oralité est un monde de la proximité. Une communication ne peut s'y établir qu'en la présence des interlocuteurs, chacun réagissant aux propos de l'autre en utilisant diverses stratégies discursives (allusions, implicite, prétérition, etc.) en fonction de ses buts et de son statut social. Les propos d'un griot ne seront pas ceux d'un « homme libre », les paroles échangées entre deux personnes d'une même classe d'âge ne seront pas les mêmes qu'entre un aîné et un cadet, etc.

À l'inverse, le livre s'inscrit dans une durée illimitée (chacun est loisible de lire quand il veut), une identité singulière (lecture solitaire et silencieuse), un espace vaste et une production anonyme. Il n'est pas une parole appliquée à une situation précise, et la véracité de son contenu n'est garanti par aucun interlocuteur présent. À l'inverse de nos sociétés où l'écrit fait loi, peut-être faut-il ici chercher cette défiance que les populations ont parfois envers les textes d'éducation pour la santé qui leur sont proposés. Peut-on faire confiance à des messages anonymes ?

L'autre différence est que si le rythme, la voix, le souffle sont des procédés de l'oralité (Zunthor 1983), l'écriture possède comme trait spécifique de segmenter le flux oral en mots distincts et en permettant de présenter ceux-ci sur l'espace plat de la feuille, d'établir des listes, des graphiques et des tableaux, ordonnant les actes en fonction de variables logiques ou temporelles. Distinguer des mots permet de les analyser, un par un, de les comparer à d'autres et d'élaborer ainsi une pensée conceptuelle autonome des situations particulières de profération des énoncés (Gruzinski 1988).

3.4. « Où est passé l'obstacle ? »

Ainsi que nous l'avons observé, même très rapidement, le domaine de l'éducation pour la santé ne peut être limité à un problème de communication. Si les modèles les plus courants en ce domaine énoncent que les obstacles à surmonter pour mener à bien une action sont l'incompréhension des populations, ou la résistance de leurs systèmes culturels, la lecture de notre très simple tableau permet de comprendre que les difficultés ne peuvent être le fait d'un seul des interlocuteurs, mais de leur mise en relation, de la confrontation de deux systèmes de référence distincts.

L'espérance de modifier des « comportements » par de « bons messages » dissimule en fait la croyance que le discours scientifique médical puisse régir les pratiques des populations sans tenir compte de la prise de la personne dans les réseaux

de son désir, de son environnement objectif et des règles du jeu social de son milieu. A *contrario*, fort caractéristique est, à cet égard, la position du personnel soignant, qui, bien que possédant les connaissances théoriques nécessaires pour adopter des « comportements sains » continue de vivre comme l'ensemble de son groupe social d'appartenance. Le communicateur déplore ce fait, disant que l'émetteur n'est pas « congruent » avec son message, mais ne faudrait-il pas plus simplement constater que la validité d'une constatation scientifique ne lui confère en rien le pouvoir de modifier simplement les habitudes d'un individu ou d'une population (si certains infirmiers ne protègent pas leur eau de boisson, bien des médecins boivent et fument...). Ne serait-il pas alors plus légitime de repenser la question de l'éducation pour la santé à partir des déterminants sociaux et psychologiques des différentes conduites ayant une influence sur la santé plutôt que d'espérer une bien illusoire rationalisation des comportements ?

Par exemple, les pratiques alimentaires sont bien plus régies par des normes sociales (différence des âges, des sexes, interdits et habitudes alimentaires) que par des préoccupations strictement nutritionnelles (Rabain 1979 et cf. chapitre d'Annie Hubert). L'hygiène autant par un ensemble de valeurs esthétiques d'organisation de l'espace, d'infrastructure et d'habitudes gestuelles que par des considérations sanitaires (Bourdieu 1979 et cf. chapitre d'Arlette Poloni). Et que dire du commerce sexuel et des relations amoureuses si éloignés d'un comportement rationnel ?

4. QUELQUES REPÈRES POUR L'ACTION

L'éducation pour la santé se situant dans une logique de l'action, il semblerait malhonnête de se contenter uniquement d'une lecture critique de ceux qui, souvent courageusement, ont essayé d'améliorer la situation sanitaire des populations les plus défavorisées. Critiquer est facile, faire est difficile, et l'on est souvent frappé par l'écart existant entre le raffinement des discours sur la maladie et le peu d'action entreprises pour modifier la situation des malades. Si les études théoriques n'envisagent le plus souvent les pratiques thérapeutiques des populations qu'à partir de la question de la maladie définie comme un événement dépendant étroitement des catégories symboliques d'une société donnée et liée aux notions de malheur et d'infortune sociale. Le praticien est confronté à la complexité des déterminations économiques, géographiques, administratives.

Très pragmatiquement, nous distinguerons trois domaines d'actions.

4.1. L'information

Plutôt qu'une « sensibilisation », elle consiste à faire exister socialement (« sickness » et « illness ») une pathologie objectivée (« disease ») par des enquêtes épidémiologiques. A l'intérieur de ce cadre très général existent diverses situations :

- La pathologie objectivée peut ne pas être ressentie. Ceci est souvent le cas des malnutritions, lorsque la majorité des enfants est affectée par une maladie celle-ci définit la norme et non pas son écart.
- La pathologie peut être ressentie mais interprétée hors de son contexte sanitaire, elle ne peut bénéficier d'une prise en charge thérapeutique ou d'une action préventive.
- Une pathologie objectivée peut être ressentie mais exprimée auprès de recours sanitaires inadéquats à sa résolution.

Selon les situations, les informations ne s'adresseront pas aux mêmes personnes (population dans les deux premiers cas, « tradipraticiens » et/ou personnel soignant dans le troisième, etc.) et n'auront ni la même forme, ni le même contenu. Informer signifie principalement ici travailler à modifier des représentations sociales existant antérieurement et/ou parallèlement au discours médical.

Il s'agit donc de connaître ces savoirs populaires, et d'étudier comment ils s'articulent pour former des champs sémantiques stables (par exemple, alimentation, oralité et manières de table ; prévention, protection et maîtrise du destin etc.) et quels sont les rapports entre représentation et comportement.

Pratiquement, plutôt que d'opérations ponctuelles de « sensibilisation » ou de « mobilisation sociale », il s'agira de trouver les actions susceptibles de permettre un dialogue entre développeurs et développés. L'alphabétisation, si elle s'accompagne d'enquêtes ethnolinguistiques et de formations des agents de santé dans les langues nationales, est certainement le lieu où pourraient se réconcilier savoirs modernes et pratiques sociales.

4.2. Les modifications de l'environnement

Les comportements ayant un effet sur la santé ne sont souvent pas des comportements à finalité sanitaire (Benoit 1986) et l'espérance de modifier ceux-ci en travaillant sur ce qui leur donnerait sens (les représentations sociales) provient peut-être de l'illusion de découvrir sous chaque acte la trace d'une rationalité explicative.

Les actes quotidiens sont le plus souvent effectués hors de toute intention hygiéniste et liés à l'état des infrastructures sanitaires (existence de points d'eau potable, d'un habitat moderne etc.) et à l'organisation du système social global (pratiques de différenciation sociale ayant un effet sur la santé, régimes alimentaires, pratique d'activités sportives et image du corps, spécifique selon les milieux d'appartenance etc.) (Bourdieu 1979).

Pour cela une grande partie des actions d'éducation pour la santé doit consister à promouvoir des améliorations des conditions de vie des populations les plus défavorisées : comment parler d'hygiène de l'eau, là où n'existent que des marigots ? de soins, sans qu'existe un système régulier d'approvisionnement en médicament ?

Ne pas tenir compte de l'ensemble des déterminations socio-économiques reviendrait à « faire retomber la faute de la maladie sur la victime et à décharger la collectivité d'une responsabilité qu'elle ne pouvait pas assumer (...). Tant que le dogme de la responsabilité individuelle dans le choix d'un mode de vie ne sera pas remis en question, ces actions n'influenceront en rien les comportements (...). Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour reconnaître que ceux qui sont le plus désavantagés sur le plan sanitaire, cumulent les conditions de vie les plus inégalitaires, les revenus les plus faibles, le niveau culturellement le moins élevé, les conditions de logement, de transport les plus pénibles (...). Ne pas s'interroger sur ces corrélations c'est faire d'emblée un choix politique » (Martin, Cohen-Solal et Vilain 1982).

4.3. La formation

Si le regard a souvent porté sur les attitudes des populations envers la médecine « moderne », les comportements des différents personnels soignants envers les malades n'ont malheureusement été que peu décrits (Hours 1985). Pourtant, promouvoir la santé des populations, consiste tout autant et peut-être plus à améliorer

l'accueil qui leur est fait dans les structures sanitaires, qu'à leur adresser des messages parfois moralisateurs et/ou culpabilisants. La formation ne peut, bien évidemment ici, tout résoudre : disposer de médicaments et de moyens logistiques est nécessaire. Malgré tout, le peu disponible pourrait être mieux utilisé : la consultation ou le temps d'attente employé à informer, les contacts divers des populations avec le système de santé servir aux vaccinations. Tout ceci est une affaire de formation.

Elle n'a, le plus souvent, été pensée que dans son aspect pédagogique, distinguant comme dans les diverses publications de l'OMS : « le savoir », « le savoir faire » et « le savoir être », ou les « objectifs généraux et spécifiques », « les compétences », etc. Bien que ces diverses propositions soient pertinentes pour ordonner l'acte éducatif, elles ne dispensent nullement le formateur de s'interroger sur les autres dimensions de sa pratique.

Sur le plan social, maîtriser un contenu de savoir ne signifie pas obligatoirement pouvoir concrètement l'utiliser. Comme nous le soulignons dans la première partie, des problèmes allant des stratégies individuelles des personnels à leur inclusion dans un ensemble de pratiques socialement valorisées par leur milieu professionnel ou d'accueil peuvent être plus déterminants et contraignants qu'une formation ponctuellement suivie (pouvoir des aînés opposé à certaines innovations, crainte de se « marginaliser » etc.).

Sur le plan psychologique, la personne ne peut être confondue avec un sujet de pur savoir. Différentes procédures (dénégation, déni implicite, rationalisation après coup, etc.) permettent à chacun d'articuler savoir et croyance et déterminent, à l'insu de leur auteur, bien des actes thérapeutiques supposés n'obéir qu'à une démarche rationnelle.

Sur le plan cognitif, accéder à de nouvelles informations ne signifie pas obligatoirement qu'elles prennent sens à l'intérieur d'un discours cohérent permettant une démarche scientifique générant sur le même mode d'autres connaissances aptes à résoudre les divers problèmes rencontrés.

Il faut ici encore souligner l'importance de la dimension linguistique pour résoudre l'ensemble de ces questions : conceptualiser un nouveau savoir, ne peut se faire sans avoir recours à sa langue maternelle et à l'ensemble des représentations qu'elle articule, de même que la maîtrise et l'acceptabilité d'une pratique ne peuvent s'évaluer qu'en l'appliquant à une situation réelle.

*

Plutôt que d'espérer trouver le bon message susceptible d'inférer un bon comportement, c'est en réconciliant les savoirs techniques et les identités sociales, en permettant aux soignants de mieux comprendre les formes de l'expression de la demande des malades, et aux malades de mieux comprendre la logique du discours médical, que l'anthropologue pourrait jouer un rôle fondamental dans les équipes de santé. Encore faudrait-il qu'il ne se trompe pas d'objet, l'opposition n'était pas entre tradition et modernité, mais entre la logique des développeurs (nationaux et/ou expatriés) et les pratiques sociales mises en œuvre par les populations pour vivre une difficile quotidienneté.

BIBLIOGRAPHIE

BELLONCLE G.

- 1979 *La formation des jeunes ruraux, élément du développement du Sahel*, CESAO, Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

BENOIT J.

- 1986 Intervention au colloque de Dourdan, 21-22 Mars 1985, Comité Français d'Éducation pour la santé, Paris.

BERTHET E.

- 1973 *Information et éducation pour la santé*, Presses Universitaires de France, Paris.

BONNET D.

- 1986 *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, ORSTOM, Ouagadougou.

BOURDIEU P.

- 1979 *La distinction : critique sociale du jugement*, Minuit, Paris.

BOYER P.

- 1986 « Tradition et vérité », *L'Homme*, 97-98.

CALAME-GRIAULE G.

- 1980 « Ethnologie et Sciences du langage », *Les Sciences du langage en France au XXe siècle*, B. Pottier ed., S.E.L.A.F., Paris.

CLERON P.

- 1983 *L'argumentation*, Presses Universitaires de France, Paris.

DESJEUX D.

- 1985 *L'eau, quels enjeux pour les sociétés rurales*, L'Harmattan, Paris.

ECCO U.

- 1972 *La structure absente*, Mercure de France, Paris.

FAVRET-SAADA J.

- 1977 *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*, NRF, Gallimard, Paris.

GOODY J.

- 1979 *La raison graphique*, Minuit, Paris.
1986 *La logique de l'écriture*, Armand Colin, Paris.

GRUNZINSKI S.

- 1988 *La colonisation de l'imaginaire*, NRF, Gallimard, Paris.

HOURS B.

- 1985 *L'État sorcier. Santé Publique et Société au Cameroun*, L'Harmattan, Paris.

ISELY RAYMOND B.

- 1985 « L'éducation sanitaire et la participation populaire », *Hygiène*, Vol. IV.

JAHODA G.

- 1988 « Les études comparatives sur la perception de l'espace », *Apprentissage et Culture*, Bureau et de Saivre, Karthala, Paris.

KUHN T.

- 1970 *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

LABUSQUIER R.

- 1982 *Infirmiers*, 2 - Abidjan.

LEVI-STRAUSS C.

- 1962 *La pensée sauvage*, Plon, Paris.

MARTIN J., COHEN S., VILAIN C.

- 1982 « L'éducation pour la santé en France : éléments de la nouvelle dynamique sociale », *Aspect politique d'une éducation sanitaire communautaire*, Comité Français d'Éducation pour la Santé, août 1982.

DE MONTMOLLIN G.

- 1988 « Le changement d'attitude », in *Psychologie Sociale*, S. Moscovici ed., Presses Universitaires de France, Paris.

PLAMANDON M.

- 1976 « Pour une pédagogie renouvelée en éducation sanitaire », IXe Conférence d'EPS à Ottawa du 2 Août au 3 Septembre.

POUILLON J.

- 1979 « Remarques sur le verbe "croire" », *La fonction symbolique*, M. Izard et P. Smith eds, NRF, Gallimard, Paris.

RABAIN J.

- 1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Payot, Paris.

SILLVONVILLE F.

- 1979 *Manuel pratique pour infirmiers et éducateurs africains*, NEA, Dakar.

SIMONDS & SCOTT

- 1976 « Emerging Challenges in Health Education », *International Journal of Health Education*, 19.

ZUMTHOR P.

- 1983 *Introduction à la poésie orale*, Seuil, Paris.

Deuxième Partie

QUESTIONS DE MÉTHODE

Démarche de la recherche

Décrire. Entretien et observation

Analyser. Variables et questions

Comprendre. Les mots du malade

DÉMARCHE DE LA RECHERCHE

Didier FASSIN

Chaque discipline se caractérise à la fois par la façon dont elle place le sujet connaissant (le chercheur) et par la manière dont elle construit son objet scientifique (ce sur quoi porte la recherche) ; et c'est en apprenant à mieux se définir par rapport à ces deux points qu'elle conquiert sa scientificité. Dans le cas de l'anthropologie ou de la sociologie, la difficulté vient de ce que le sujet peut devenir objet – ou l'inverse – puisqu'il s'agit d'hommes et de femmes étudiant des hommes et des femmes : apparemment plus ambigu que celui des sciences de la nature, le statut des sciences sociales par rapport à ces questions épistémologiques doit ainsi être encore plus rigoureusement précisé.

Bien que la plupart des acteurs du développement aient en général à faire appel à des anthropologues ou à des sociologues pour mener leurs recherches sur les problèmes des sociétés dans lesquelles ils travaillent – et non à les réaliser eux-mêmes –, il nous a semblé utile de montrer ici comment se construit une problématique, à la fois pour les aider dans certains de leurs travaux personnels et pour leur donner les moyens de dialoguer plus efficacement avec des chercheurs (concrètement, ici, en facilitant la lecture critique des textes de la troisième partie de l'ouvrage). Il sera donc question, à travers des exemples et des études de cas, de la façon dont on mène une recherche en sciences sociales : qu'on ne s'attende pas à trouver des recettes, mais plutôt une réflexion et une méthode ; il ne s'agit pas d'expliquer comment il faut faire, mais plus simplement comment on fait.

1. LA PLACE DU SUJET

1.1. Le regard proche

« La vigilance épistémologique s'impose tout particulièrement dans le cas des sciences de l'homme où la séparation entre l'opinion commune et le discours scientifique est plus indécise qu'ailleurs (...). Le sociologue n'en a jamais fini avec la sociologie spontanée et il doit s'imposer une polémique incessante contre les évidences aveuglantes qui procurent à trop bon compte l'illusion du savoir immédiat et de sa richesse indépassable » (Bourdieu, Chamboredon et Passeron 1980 : 27). Etudiant le monde qui l'entoure et où il est lui-même acteur, le sociologue doit s'efforcer de lutter contre la fausse familiarité et les fausses évidences qui lui sont données : qu'il s'intéresse au vote des femmes, à la vie des cadres, à la violence des villes, à l'exercice de la profession médicale, il est en permanence confronté aux opinions que chacun peut se forger à partir de ce qu'il voit et de ce qu'il entend, ou plutôt de ce qu'il croit voir et de ce qu'il est prêt à entendre.

Sur chaque chose, le sens commun a ses idées apparemment cohérentes mais pourtant suffisamment peu fondées pour qu'une affirmation puisse souvent être soutenue aussi bien que son contraire : ainsi la relation entre la survenue de crise économique ou politique et le taux de suicides dans un pays donné peut-elle être *a priori* supposée positive (on justifiera alors un excès de suicides par l'inquiétude et l'insécurité provoquées par les événements) ou à l'inverse négative (on mettra la diminution des taux sur le compte du sentiment de danger conduisant à une moindre conscience des souffrances individuelles). Or les travaux des sociologues montrent, d'une part, qu'en France, à chaque crise (en particulier celles des années trente et des années soixante-dix) correspond un accroissement du nombre des suicides, et d'autre part qu'en Angleterre et en Italie, la dégradation récente des conditions de vie ne s'est pas accompagnée d'une modification des taux de suicides (alors que le chômage était plus que doublé). C'est que, nous apprennent-ils après Durkheim, les effets des événements économiques et politiques sont ressentis à travers la structure familiale et les réseaux sociaux : plus la solidarité est forte, moins les phénomènes extérieurs jouent sur le suicide (Baudelot et Estabiet 1984 : 107). Autrement dit, il n'y a pas une relation simple entre un phénomène historique (la crise) et un fait social (le suicide), car dans ce cas, elle serait identique dans tous les pays, mais une relation complexe qui passe par un autre fait social (la solidarité) : ni l'un ni l'autre des deux *a priori* initiaux n'est donc exact. On pourrait multiplier les exemples et dresser un dictionnaire des idées reçues sur le social, y compris dans la littérature sociologique.

Pour rompre avec cette illusion de transparence que donne ainsi le fait de se pencher sur sa propre société – dont on a l'impression qu'on la connaît bien puisqu'on y vit (c'est un semblable sentiment qui conduit parfois les habitants d'un pays ou d'une région à déclarer qu'ils comprennent mieux leur propre culture que le chercheur étranger qui vient l'étudier) – il faut que le sociologue « en pénétrant dans le monde social, ait conscience qu'il pénètre dans l'inconnu ; il faut qu'il se sente en présence de faits dont les lois sont aussi insoupçonnées que pouvaient l'être celles de la vie, quand la biologie n'était pas constituée ; il faut qu'il se tienne prêt à faire des découvertes qui le surprendront et le déconcerteront » (Durkheim 1981 : 267). Ce travail de dépaysement, par lequel le chercheur tente de devenir en quelque sorte étranger à son propre milieu pour porter sur lui un regard neuf est l'un des fondements de la sociologie.

1.2. Le regard éloigné

« Dans le domaine des rapports entre l'ethnologue et l'objet de sa recherche, le mythe le plus tenace est celui de la distanciation. D'après ce concept, il serait possible de garder une telle distance entre soi et les gens parmi lesquels on vit que l'objectivité scientifique de l'étude en serait immédiatement assumée. L'ethnologue se trompe qui croit maintenir une telle distanciation, qui croit être perçu comme neutre (...). Il est évident que chacun est membre d'une classe sociale, que cette classe sociale confère un certain statut et que les rapports que l'on établira avec le groupe que l'on étudie s'en ressentiront » (Cresswell 1975 : 47). Si celui qui travaille sur sa propre société est menacé par l'illusion de transparence, à l'inverse celui qui s'intéresse à une société autre doit se défier de l'illusion de distance. La tentation exotique est en effet au cœur de l'entreprise ethnologique : étudiant une société éloignée par sa culture, ses modes d'organisation et de pensée, l'ethnologue est confronté à un monde dans lequel tout lui est inconnu, le surprend, l'étonne.

Le risque est alors de penser que son regard, parce qu'extérieur, est objectif : en fait, il ne l'est pas à la fois parce que sa position de chercheur, le plus souvent d'étranger (à la culture sinon au pays), le place dans une relation particulière avec le

groupe étudié, et parce que sa formation intellectuelle, à la fois académique et empirique (c'est-à-dire tout ce qui contribue à former notre manière de voir) constitue un filtre à travers lequel il perçoit les choses. Sur le premier point, on peut se rappeler le rôle joué par les ethnologues français et les anthropologues britanniques auprès de leurs administrations coloniales en Afrique, ainsi que les soupçons dont sont entourés certains chercheurs nord-américains travaillant en Amérique Latine parfois accusés de fournir des informations aux services de renseignements. Sur le second, la polémique entre Robert Redfield et Oscar Lewis à propos du village de Tepoztlan au Mexique que le premier voyait comme une société fermée, vivant dans l'auto-subsistance, composée d'individus solidaires, et située en quelque sorte en dehors de l'histoire, alors que le second le décrivait comme un monde ouvert sur la ville, constitué de villageois individualistes et participant d'un mouvement complexe de changement social ; contraste qui provenait de ce que le premier idéalisait l'opposition ville-modernité-évolution / village-tradition-stagnation, quand le second s'intéressait à la dimension historique et sociale, aux phénomènes de pauvreté et d'exploitation (Shipman 1988 : 71).

L'autre danger auquel est confronté l'ethnologue du fait de la distance est celui du culturalisme, c'est-à-dire l'intérêt exclusif porté aux faits de culture, aboutissant à présenter chaque société comme un tout culturellement homogène et en quelque sorte incomparable et à expliquer chaque chose en termes culturels. C'est un trait que ridiculise Jean Rouch lorsqu'inversant la situation habituelle, il montre dans l'un de ses films un Nigérien s'étonnant des étranges coutumes des Parisiens (la séquence la plus marquante étant celle où on le voit occupé à mesurer la taille des crânes des passants en face du Musée de l'Homme). En matière d'activités de développement, ce biais d'analyse consiste à se passionner uniquement pour ce qui ressortit au monde traditionnel (à regarder ce que font les guérisseurs plutôt que ce que font les infirmiers) et à rendre compte des difficultés rencontrées dans les projets en termes de freins culturels (si le programme agricole ne réussit pas, c'est à cause de la résistance des populations au changement, de leur attachement aux techniques traditionnelles, de leurs croyances ancestrales). La rupture avec ce type de raisonnement consiste à réintroduire en quelque sorte le social, et particulièrement à « mettre en question les présupposés inhérents à la position d'observateur objectif » (Bourdieu 1980 : 46) : dans les exemples donnés plus haut, pourquoi le chercheur privilégie-t-il l'étude de la tradition sur celle du changement, la responsabilité des populations sur celle des développeurs ? C'est ce type d'interrogation et de renversement, consistant notamment à resituer l'observateur par rapport à son terrain d'étude, qui est au cœur de la problématique actuelle de l'ethnologie.

1.3. Le même regard

En fait, l'opposition entre sociologie et ethnologie (ou anthropologie comme on a de plus en plus tendance à dire aujourd'hui, sous l'influence anglo-saxonne notamment) que recouvrent les oppositions proche / éloigné, même / autre, nous / eux, n'est que le produit historique du développement des sciences de l'homme à la fin du XIXe siècle, période de l'industrialisation en Europe et en Amérique du Nord, et de la colonisation en Afrique, avec la division entre ceux qui se sont intéressés aux sociétés occidentales et ceux qui se sont penchés sur les sociétés colonisées. Cette opposition de nature historique, et non scientifique, a d'ailleurs toujours été remise en question par ceux qui, depuis Marcel Mauss, ont préféré parler d'une « science du social » qui se donnerait les mêmes instruments conceptuels et techniques pour étudier toutes les sociétés. Tel est en effet le sens de la démarche des chercheurs américains

qui ont étudié en ethnologues la ville de Chicago dans les années trente, et des chercheurs français qui ont abordé en sociologues la société africaine de Brazzaville ou de Dakar dans les années cinquante.

Porter le même regard sur toutes les sociétés, c'est-à-dire se mettre dans la position de redécouvrir sa propre société et de se familiariser avec une société étrangère, c'est ce vers quoi doivent tendre les chercheurs en sciences sociales, et au-delà, tous ceux qui interviennent dans le domaine social, qu'ils soient Européens ou Africains, travaillant en Europe ou en Afrique (toutes les combinaisons sont ici envisageables, et d'ailleurs existent effectivement, même s'il faut bien reconnaître qu'il y a, pour des raisons essentiellement économiques et politiques, plus d'Européens s'intéressant aux systèmes de parenté au Nigéria ou aux représentations de la maladie en Côte d'Ivoire que d'Africains travaillant sur ces thèmes ou sur d'autres dans les campagnes anglaises ou les hôpitaux français). Il y aurait en effet beaucoup d'aveuglement à ne pas se rendre compte qu'un sociologue français travaillant dans une institution de recherche et évoluant dans le monde intellectuel ne connaît probablement guère mieux la culture des classes ouvrières françaises que la culture de tel ou tel groupe ethnique africain – de même qu'un médecin malien passé par douze ans de scolarisation générale et dix ans de faculté de médecine ne parle plus toujours le même langage que ses malades, au sens figuré lorsqu'il s'agit d'interpréter des symptômes, mais également au sens propre lorsqu'il ne maîtrise pas la langue de ses patients, situation fréquente dans un contexte pluriethnique.

1.4. Le chercheur et sa recherche

La science en général – et celle de la société en particulier – est fondée sur la recherche d'une plus grande vérité des choses – ou des faits – et de leurs relations. Ainsi, l'énoncé scientifique est-il souvent donné comme une vérité, alors qu'il n'est qu'une tentative de l'appréhender. Le travail critique du chercheur – et de son lecteur – est donc de rappeler sans cesse que le produit du travail scientifique (le matériau décrit et les explications avancées) est à la fois le résultat d'une technique (avec ses limites et ses biais propres) et d'une histoire (celle de la discipline et celle de la personne qui conduit la recherche). L'étude réalisée par Martin Shipman qui, à travers l'analyse d'une dizaine de controverses scientifiques, montre « les limitations de la recherche sociale » (1973) est à cet égard très saine, car elle rappelle utilement que ce sont des hommes et des femmes qui produisent les recherches. Ainsi, dans le cas de l'ouvrage de Margaret Mead, *Coming of age in Samoa* (cf. encadré 1), qui a eu une influence considérable pendant un demi-siècle et a récemment été critiqué par un autre anthropologue, on voit que l'enjeu de la polémique, au-delà de l'étude particulière de la sexualité chez les jeunes filles d'un groupe mélanésien, est la question de la validité des résultats scientifiques en anthropologie – et en sociologie : qu'est-ce en effet qu'une science qui peut affirmer une chose et son contraire (que la société samoia est permissive et qu'elle est contraignante) ?

D'une série d'exemples parfois caricaturaux (mais l'histoire de la physique ou de la biologie n'en manque pas non plus, comme le montrent des travaux récents, en particulier de Bruno Latour), il ne faudrait pourtant pas tirer la conclusion que les sciences sociales ne sont pas des sciences : leur évolution récente est même la démonstration du contraire, puisque si l'anthropologie et la sociologie semblent avoir, au cours des deux dernières décennies, moins produit de théorie (après la grande époque du fonctionnalisme, du culturalisme, du structuralisme, etc.), elles ont en revanche beaucoup avancé sur le terrain de la méthode et de la critique de la méthode – c'est-à-dire de la scientificité. Préciser les conditions concrètes de l'étude

1 Une controverse anthropologique sur la sexualité à Samoa

La vision qu'on avait de l'adolescence dans les années vingt était dominée par les études de Stanley Hall, du début du siècle. Elle reposait sur les théories dominantes évolutionnistes et biologiques remontant à Galton et Darwin. Non seulement l'adolescence était une période de tumulte et de stress, mais c'était une récapitulation en chaque individu des étapes précoces de l'évolution humaine. La vision alternative qu'offrait la psychanalyse avec Freud à la même époque décrivait l'adolescence comme la période où les conflits de la petite enfance se résolvaient dans la sexualité reproductrice de l'adulte. Elle était de même influencée par l'idée que le « ça » primitif reposait sous la surface du comportement civilisé. Les individus récapitulaient donc également dans leur propre existence les étapes de la civilisation en marche (...).

C'est dans ce climat académique de déterminisme biologique qu'entra la jeune Margaret Mead. En 1928, elle publia *Coming of Age in Samoa* qui s'avéra être la meilleure vente d'ouvrages anthropologiques, exerçant une influence à deux niveaux. D'abord, elle contredisait le déterminisme biologique qui donnait une influence prépondérante aux facteurs hérités dans la genèse des comportements humains : la tranquille expérience adolescente des Samoans était si différente de celle troublée des sociétés occidentales que la biologie ne pouvait déterminer tout le développement humain et que l'humanité ne pouvait pas reproduire les étapes de la civilisation (...). A un second niveau, le livre faisait voler en éclats l'image courante à l'époque selon laquelle l'adolescence était un temps inévitable de tumulte et de stress : la description de la vie sexuelle et sociale, détendue, des Samoanaises suggérait que l'anxiété était en fait créée par les conditions sociales, et par conséquent pouvait être modifiée (...).

Mead avait vingt-trois ans quand elle arriva à Samoa en 1925. Elle y resta pendant neuf mois, principalement dans une école gouvernementale dont les étudiantes furent les informatrices utilisées dans son étude de l'adolescence. Dans sa biographie, elle confesse avoir su peu de choses sur les méthodes, avoir su quoi observer mais pas comment, et en avoir ressenti du désespoir. La description de la structure sociale des villages alentour, le questionnaire et les tests psychologiques utilisés sont présentés par elle dans les annexes de son ouvrage.

Pourtant, David Freeman dans le livre *Margaret Mead and Samoa* (1984), a rassemblé les preuves montrant que la description qu'elle avait publiée de la vie des

Samoans était « fondamentalement erronée ». En partie à cause de sa connaissance inadéquate de la langue, en partie à cause des informateurs qui pouvaient l'avoir trompée ou s'être moqués d'elle. Surtout par manque de contrôle sur sa propre recherche visant à confirmer son idée selon laquelle, à Samoa, les troubles de l'adolescence n'existaient pas et que les relations sexuelles étaient libres : pour Freeman, Mead était coupable d'avoir collecté les données qui démontraient sa thèse et d'avoir ignoré celles qui la contredisaient. L'objection des Samoans eux-mêmes au travail de Mead fut d'ailleurs le point de départ de la recherche de Freeman : pour une population qui prisait la virginité chez les femmes, il paraissait étrange que Mead ait pu trouver autant d'informatrices se souvenant d'avoir fait l'amour sous les palmiers...

La principale critique au travail de Mead est qu'elle aurait accepté des informations de sources secondaires et suspectes. Ainsi, un point central de son analyse de l'amour libre parmi les adolescents est son explication de comment ces pratiques sont conciliables avec la présentation de la preuve de la virginité des femmes lors du mariage (cette preuve est demandée par le porte-parole du mari). Mead laisse ce point sans explication dans *Coming of Age in Samoa*. Mais plus tard, elle résout le problème en précisant que lorsque la femme n'est pas vierge, du sang de poulet est substitué au sien. Freeman raconte que les chefs samoans se sentaient outragés par cette affirmation. En fait, Mead avait obtenu son information, non pas des Samoans eux-mêmes, mais d'une certaine Phoebe Parkinson qui, lorsqu'elle la lui révéla, n'était plus retournée à Samoa depuis 1881, cinquante ans auparavant, époque à laquelle elle n'avait passé que deux semaines dans un village samoan, et n'avait jamais été là où Mead avait fait son travail de terrain (...).

Il serait regrettable d'accepter sans réserve les critiques de Freeman. Lui-même a été accusé de donner un tableau trop violent de la vie à Samoa. De plus, la description de Mead demeure un travail remarquable allant à l'encontre des vues sur l'adolescence dans les années vingt (...). Mead utilisa son travail et son influence pour de bonnes causes. Pourtant, quelque impact qu'elle ait eu avec cet ouvrage, il n'en reste pas moins qu'il a été critiqué pour le manque de fiabilité de ses informations.

Martin SHIPMAN, *The Limitations of the Social Research*, 1988, p.32-35

(y compris le temps passé sur le terrain, les personnes par lesquelles sont obtenues les informations, les présupposés théoriques à partir desquels l'interprétation est faite) est ainsi devenu une exigence pour toute recherche, en même temps que la preuve de l'honnêteté du chercheur, et la condition de scientificité de son travail.

Modestement, l'anthropologue ou le sociologue d'aujourd'hui pourrait donc reprendre à son compte les mots écrits par Marcel Mauss au début du siècle en ouverture à son étude sur la prière (1968) : « Bien que nous pensions qu'il ne faut pas agiter perpétuellement les questions de méthodologie, il nous paraît cependant qu'il y a intérêt à expliquer ici les procédés de définition, d'observation, d'analyse qui seront appliqués au cours de ce travail. On pourra, ainsi, faire plus facilement la critique de chacune de nos démarches et en contrôler les résultats ». Comment exercer cet esprit critique, c'est ce qu'on va essayer de préciser maintenant.

2. LA CONSTRUCTION DE L'OBJET

2.1. Critiquer les prénotions

Les mots et les concepts que l'on utilise pour désigner les objets et les situations que l'on veut décrire appartiennent habituellement au langage courant, au discours médiatique, ou à la terminologie officielle, et non au vocabulaire scientifique. Ainsi, lorsque l'on parle de « médecines traditionnelles », chacun pense voir plus ou moins de quoi il est question (on peut d'ailleurs remarquer qu'il s'agit là d'une expression étrangère aux sociétés concernées – on parle en Afrique de médicaments africains, de savoir noir, de guérisseurs – qui a son origine dans des travaux ethnographiques peu critiques du début du siècle et qui trouve des échos dans les rapports de l'administration coloniale, et plus récemment, des institutions internationales). Cependant, dès qu'on observe de plus près la réalité sociale, on constate d'une part que ces « médecines » font tout autre chose que de soigner des malades, en particulier qu'elles sont sollicitées pour résoudre des difficultés conjugales ou pour trancher des affaires judiciaires, qu'elles interviennent dans le champ politique ou religieux ; et que d'autre part cette « tradition » rend mal compte de la diversité des techniques, depuis les sacrifices rituels jusqu'aux phytothérapies, et du syncrétisme des pratiques qui annule l'opposition entre les secteurs officiel et non officiel. Autrement dit, parler de « médecines traditionnelles », c'est à la fois réduire le domaine de la connaissance au seul champ médical (les expressions autochtones « savoir » et « hommes de savoir » traduisant mieux les choses), et limiter la réalité sociale à un contenu idéal et vague (d'autres typologies étant possibles, et souvent plus pertinentes, qu'il s'agisse des oppositions islamique / pré-islamique ou écrit / oral, etc.). La locution « médecines traditionnelles » constitue donc un obstacle verbal pour qui veut comprendre comment on se soigne en Afrique – ou ailleurs.

Ces mots et concepts, pour lesquels on ne dispose en général d'aucune définition précise, mais qui s'inscrivent seulement dans un langage convenu, sont ce qu'Emile Durkheim appelle, après Bacon, des « prénotions » : en se donnant comme évidentes, elles empêchent de s'interroger réellement sur les choses. En matière de développement, particulièrement dans le domaine sanitaire, ces prénotions ne manquent pas : la « communauté », avec ses avatars du type « participation communautaire », qui occultent la vérité autrement plus complexe et plus dure de sociétés hiérarchisées, divisées, conflictuelles, comme le montre par exemple Jean-Pierre Olivier de Sardan dans son étude sur les Songhay (1984) ; l'« ethnie », et sa

2 L'histoire d'un nom

Qu'on croit ou non à sa réalité substantielle, l'ethnie est ce sujet fictif que l'ethnologie contribue à faire être, le perpétuant comme entité de référence dans son espace savant, grâce à ses procédures inductives et attributives par lesquelles un contenu de savoir, si disparate soit-il, se trouve réuni et subsumé sous un seul nom, dans le même comportement d'un fichier.

À côté de ce Bambara de l'ethnologue, réputé unique mais que personne n'a jamais rencontré, il y a tous les autres, tous ceux qui, à un titre quelconque, portent ou ont porté ce nom en fonction des taxinomies pratiques effectivement utilisées par les acteurs d'un champ social donné : chacun d'eux y a bien sûr son opinion sur ce qui fait, en bien ou en mal, la bambaraité des Bambara, mais sans qu'aucun n'y désigne nécessairement le même ensemble, compte tenu de la position occupée et de la perspective qui en découle. Notre tâche est-elle d'instituer ici une règle – par convention, par sélection ou simplement par ignorance – ou bien, au contraire, de décrire le système de ces variations ?

Pour dissoudre la substance ou chasser son fantôme, il faut revenir au nom, à sa « grammaire », à l'inventaire sans exclusive de ses emplois. On ne saurait « être » un Bambara sans avoir été nommé tel : nommé par qui, dans quel contexte, quand ? Au lieu de chercher en vain une nature *sui generis* qui lui corresponde, mieux vaut restituer au terme sa fonction d'identification relative, de repérage approximatif dans l'espace social, et le comprendre tel qu'il est : un signifiant sans cesse échangé entre des sujets parlants – l'ethnie comme ensemble mort de sujets « parlés » ? – nommant les autres par rapport à eux et se nommant par rapport aux autres – l'ethnie comme ensemble plat sans perspective ?

Quand la description des faits humains s'entremêle à celle des faits de nature, à la lecture d'un récit de voyage par exemple, on est toujours tenté d'oublier que les populations rencontrées ne portent pas leur nom écrit sur leur front, qu'il a bien fallu qu'il soit énoncé. Mirage encore moins évitable pour le touriste d'aujourd'hui qui peut lire les ethnismes sur sa carte Michelin – comme si les cartographes n'avaient pas pour vieille coutume de peupler de figures imaginaires les déserts de leur savoir. A quand les panonceaux éducatifs, comme au long de nos autoroutes : ... Baobabs... Bambaras... ?

En février 1864, Eugène Mage, en route vers Ségou, traverse le Fadougou : un pays « magnifique » dont il admire « les forêts de rôniers aux troncs séculaires » et qui est habité, nous dit-il, « par les Soninkés et Bambaras »²⁶. Faut-il croire que la bambaraité des Bambara lui est donnée dans le paysage au même titre que les palmiers-rôniers (*Borassus Aethiopicum*) ? Ou bien ne deviennent-ils en fait Bambaras à ses yeux et dans son texte que ceux qui ont été ainsi dénommés en sa présence : à ce compte, « c'est un village bambara » (à la différence de « c'est un rônier ») suppose un énonciateur préalable inconnu dont Mage répète implicitement le propos, et que répéteront donc aussi, sans le savoir, tous ceux qui répéteront Mage. Certes Mage voudrait bien apprendre à reconnaître de lui-même un Bambara. Mais son évident embarras « sur le terrain » indiquerait plutôt que sa quête d'un critère sûr et d'application aisée reste insatisfaite.

Lorsqu'il pénètre dans le Kaarta, on lui dit que le pays est peuplé de Kagoros ou Kagorotas²⁷. Mais ces gens, quoique parlant le soninké, sont apparemment appelés Bambaras. Dans l'un de leurs villages, à Bambara-Moutan, Mage remarque que certains jeunes hommes portent les cheveux tressés en petites nattes ; il s'enquiert aussitôt de leur identité : « On me dit que c'étaient des Bambaras, mais on ajouta qu'ils étaient Soninkés d'origine »²⁸. Plus à l'est, dans le Lambalaké, les habitants de Tiéfougoula, « bien que Sarracolés pur sang et parlant le soninké », ont « en partie

adopté l'usage de se déchirer la joue de trois coupures, s'étendant de la tempe au menton, ce qui est, on le sait, le blason des Bambaras »²⁹. Confusion des noms, des langues, des coutumes, des signes : de quoi y perdre son latin – ce latin idéalement objectif des botanistes.

Mage mettrait volontiers ce désordre du côté de l'objet : mélange des « races », métissage généralisé – ouvrant ainsi la voie d'une ethnologie à la fois naturaliste, parce que se vouant à reconstituer les espèces « pures » à partir de l'étalage hétéroclite des hybrides, et coloniale en ce qu'on y postule que les sujets ne savent pas qui ils sont et doivent l'apprendre de la science des maîtres. Mage n'envisage pas que l'usage du nom puisse varier selon la position de son interlocuteur et la perspective qu'il adopte dans un contexte donné. Comme ses contacts avec les villageois, qu'il entr'aperçoit au fil des étapes et dont il ne parle pas les langues, sont pratiquement inexistantes, c'est vraisemblablement Fahmaha, son guide officiel, qui lui sert à cet égard d'informateur privilégié : Fahmaha est originaire d'un village du Lamballakhé et sa langue maternelle est le soninké³⁰ ; mais, en tant que *talibe* d'al-Hajj Umar, il assume certainement aussi les représentations et la terminologie devenues habituelles au sein de la guerre sainte entreprise contre le paganisme³¹. A cela faut-il encore ajouter qu'ayant été tailleur à Saint-Louis, il mesure l'ignorance des Européens et sait que ce mot « Bambara », qui leur est depuis longtemps familier, peut servir de réponse passe-partout. Autant de logiques imbriquées et discordantes qui déterminent sans doute l'emploi qu'il fait du terme.

Donc, à strictement parler, Mage, pas plus qu'un autre, ne voit des Bambaras ; il est seulement témoin de certains usages du nom. Il n'y a pas de Bambaras au bord de la piste dont je puisse dire : « Les voilà, c'en est un ! », comme je pourrais dire : « C'est une terminologie ». Chaque identification que j'entends prononcer est relative ; il faut, pour comprendre ce qu'elle signifie, restituer l'espace social où elle est énoncée, les positions qu'y occupent respectivement le nommant et le nommé – et éventuellement m'y situer moi-même en tant qu'étranger demandant : « Qui sont ces gens ? »

Qu'on ne se méprenne pas ! Je ne nie pas qu'il y ait des Bambaras. J'en trouve au contraire à foison. Trompé par la rigueur rassurante des taxinomies coloniales et leur intériorisation sous forme de savoir communément partagé dans les milieux urbains et lettrés du Mali actuel, on n'imagine pas l'extrême variété de ceux qui à un titre ou à un autre, selon le contexte ou la conjoncture, le point de vue ou l'interlocuteur, jadis ou naguère, ont pu se trouver désignés, répertoriés, honorés, redoutés, injuriés, maltraités, exterminés sous ce nom.

26. Mage, 1868, p. 161. Le Fadougou (Faadugu) est au nord de Banamba et dépendait autrefois des chefs de Danfa, vassaux des rois de Segou. Selon Mage, c'est, dans cette région, « l'idiome bambara » qui domine et non le soninké.

27. Ibid., p. 116. Kagorô ou Kagorô est un terme de signification obscure à rapprocher peut-être du nom du pays (Kagorôta, Kaarta). Les Kagoro seront considérés par l'ethnologie coloniale comme des « métiés » de Bambara et de Soninké.

28. Ibid., p. 124. Voir sur les cartes : Kagoro-Moutan. C'est dans le Kaarta dit « noir » (*biné*). Porter les cheveux tressés est tenu pour une coutume particulièrement bambara. En fait l'aire d'extension de ce mode de coiffure reste à étudier. Continuer de se coiffer ainsi sous la domination des Fouta est, du moins chez un adulte, un signe de résistance ou de provocation (ou, selon le point de vue, de fétichisme invétéré).

29. Ibid., p. 148. Le Lambalaké (Lanballakhé en soninké, Kôdala en mandingue) a alors pour capitale Toumboula (Tunbula), au sud-ouest de Mourdiah (Murujan). Ce type de sacrifice était en particulier la marque des « gens de Segou » ; d'où peut-être un effet de mode plus large (cf. Monteil (1924), 1977, p. 313 ; Person (1968), L1, p. 78, note 1).

30. Ibid., p. 147.

31. De la scène de « palabre » observée par Mage à Dianghiré (ibid., p. 136-137) il ressort clairement que les Kagorô, anciens habitants du village, ont été de surcroît dépossédés de leur identité : les Fouta, avec cette ignorance souveraine des conquérants, les appellent Bambara comme les autres !

version britannique « tribe », avec lesquelles on a tendance à expliquer tout ce qui ne va pas en Afrique Noire, en oubliant qu'elles ne recouvrent souvent qu'une réalité difficilement saisissable d'un point de vue scientifique, et en revanche aisément manipulable sur le plan idéologique, ainsi que l'illustre le travail de Jean Bazin sur les Bambara (1985), dans lequel l'auteur met en évidence les absurdités des descriptions de ce groupe (cf. encadré 2) ; même des catégories semblant aller de soi, comme « l'enfance » (cf. chapitre d'Anne-Claire Defossez), ou « l'économique » (cf. chapitre de Claude Raynaud) ont une histoire, des connotations, des utilisations qui rendent nécessaires leur analyse.

Le travail du chercheur commence donc avec l'identification de ces notions molles ou vides, et leur critique. Il pourra ensuite les utiliser à son tour, ou au contraire les rejeter, mais en connaissance de cause, c'est-à-dire en ayant montré ce qu'elles recouvraient et en ayant explicité l'usage qu'il se propose d'en faire. Ainsi, dans le cas évoqué plus haut des « médecines traditionnelles », on peut conserver cette expression à condition de reconnaître ses insuffisances et de dire précisément comment on l'entend (par exemple « l'ensemble des représentations, des pratiques et des institutions qui interviennent au moins partiellement autour de la maladie et qui se réfèrent à un savoir local »), ou bien en choisir une autre, ce qui ne dispense pas du même travail critique et de la même élaboration d'une définition (par exemple « médecines africaines », « pratiques non officielles », « traditions orales », etc.). Cette démarche est d'autant plus importante qu'une même locution revêt souvent plusieurs significations. Ainsi, l'expression « santé publique » désigne à la fois la santé de tous, la santé à l'exclusion du secteur privé, la discipline qui a pour objet d'étude la santé de la population ; or, cette distinction a une certaine importance politique si l'on considère que le Ministère de la Santé Publique est responsable en Afrique de la totalité du système de soins (premier sens) et en Amérique Latine des seuls services étatiques (deuxième sens), alors que le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine est, sur les deux continents, concerné par un enseignement universitaire souvent éloigné des réalités du terrain (troisième sens) ; dire au départ quelle signification on adopte facilite alors les discussions.

2.2. Reformuler les questions

Face à des interrogations légitimes du public, des responsables locaux ou des coopérants étrangers, l'anthropologue ou le sociologue est souvent conduit à opérer un déplacement de l'objet, amenant à prendre en compte des éléments négligés, laissant notamment une place plus grande au point de vue des populations dans l'analyse des situations, bref présentant une autre vision des choses. Dans la démarche intellectuelle que Bruno Latour propose sous le nom de « rectification de Bloor » (1988 : 34), il y a ce renversement radical du questionnement auquel il est toujours bon de se soumettre même si, ou plutôt justement parce qu'en fait la symétrie n'est pas parfaite entre la logique zandé et la logique occidentale (cf. encadré 3). Encore ne faut-il pas amener trop loin dans l'autre sens le balancier en paraissant systématiquement donner tort aux agents du développement et raison aux hommes de la tradition.

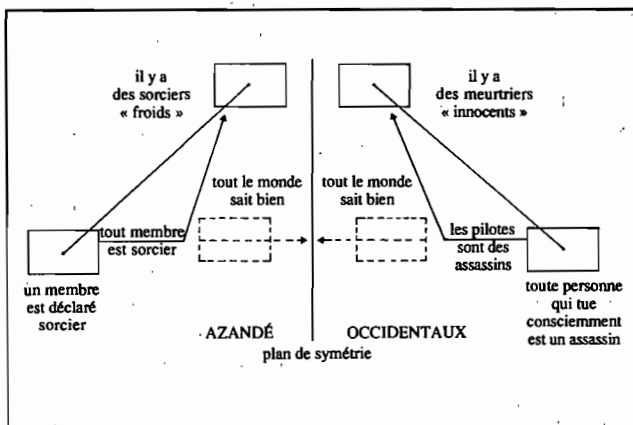
Lorsque le développeur s'interroge sur les causes de l'échec d'un programme de développement, il a souvent recours, comme on l'a vu, à la notion d'obstacle culturel : si le programme entrepris n'a pas la réussite espérée, si les gens ne participent pas suffisamment, c'est que leur culture, sous-entendu leurs préjugés, s'y opposent. On voit ainsi souvent des médecins se demander pourquoi le taux de couverture vaccinale est si bas ; la question posée à l'anthropologue ou au sociologue censé connaître les

3 La rectification de Bloor

L'exemple est maintenant classique (voir figure). D'après le récit d'Evans-Pritchard, une conclusion logique que les Azandé *pourraient* tirer (« puisque le membre d'un clan est déclaré sorcier, tous les membres du clan sont des sorciers ») se trouve *déviée* parce qu'elle heurterait un préjugé social fermement établi (« tout le monde sait bien que tout le clan ne peut être sorcier »). Le résultat est une déviation par rapport à la logique et un compromis entre les conditions sociales et la logique (« il y a des sorciers froids »). Conclusion de l'analyste : les aptitudes logiques des Azandé

ne sont pas absentes, mais elles sont contrecarrées par les préjugés culturels et ne peuvent jamais s'épanouir librement. Bloor applique alors son principe de symétrie et imagine un anthropologue Zandé qui nous étudierait, nous les Occidentaux, exactement comme nous étudions sa tribu. D'après le récit de cet ethnologue imaginaire, une conclusion logique que les Occidentaux *pourraient* tirer (« puisque toute personne qui tue volontairement est un assassin, les pilotes de bombardier sont des assassins ») se trouve *déviée* parce qu'elle heurterait un préjugé social fermement établi (« les pilotes de bombardier, tout le monde le sait bien, ne sont pas des assassins »). Le résultat est une déviation par rapport à l'inférence et un compromis entre les conditions sociales et la logique (« il y a des assassins innocents »). Conclusion de l'analyste Zandé : dans cette culture « les gens ne portent aucun intérêt pratique aux conclusions logiques et (...) préfèrent conserver leur jungle métaphysique, de crainte de voir menacées leurs institutions répressives » (p. 160). On voit l'avantage du principe de symétrie. L'ethnologue Zandé en nous accusant d'illogisme se trompe, nous le sentons bien. Son erreur est de supposer des inférences logiques *en pointillé* qu'il ne lui coûte rien de tracer, et d'enregistrer ensuite nos dénégations, comme des *déviation*s par rapport à ces pointillés. Jamais pour nous, natifs, la notion d'assassin n'inclut ou ne « devrait » inclure le pilote de bombardier, sauf dans les cas rarissimes de crime contre l'humanité. En nous accusant d'illogisme, l'ethnologue Zandé marque seulement son *ignorance* de notre culture et sa croyance naïve dans une logique qui serait *plus forte* que les associations établies par la société.

Felix culpa ! En se trompant aussi complètement, l'ethnologue inventé par Bloor démontre l'erreur monu-



mentale commise par Evans-Pritchard. En effet, la symétrie nous embarque tous dans le même bateau et nous oblige à nous sauver ou à nous perdre en même temps que les sauvages : ou bien les deux analystes ont raison ensemble (et nous sommes convaincus d'illogisme) ou ils ont tort ensemble (et ce sont les Azandé qui sont libérés de l'accusation d'illogisme). Comme nous ne souhaitons pas être accusés d'avoir l'esprit préscientifique par un sauvage, nous sommes obligés d'émanciper ces malheureux Azandé ! Telle est l'astuce de Bloor. La conclusion, symétrique cette fois, que nous pouvons tirer s'adresse à toute culture : la déviation par rapport à une inférence logique n'est que la conséquence des pointillés imposés par celui qui, d'une part, ignore la culture et qui, d'autre part, entre en contact avec elle. Les mots « irrationnel », « illogique », « magique », sont des accusations ; ils sont l'effet du *heur* entre systèmes de référence, ils ne disent rien sur les aptitudes logiques ou les formes de raisonnement d'aucune culture en particulier. Nous pouvons donc, dans la figure, enlever les lignes courbes et les remplacer par des lignes droites. Ce qui était un compromis entre logique et conditions sociales devient tout simplement « logique », c'est-à-dire, au sens étymologique, un chemin qui va d'un point à un autre. Ou, plus exactement, il n'y a plus de distinction entre les deux. La logique qui n'était jusqu'ici qu'influencée par la société est devenue une *sociologique*. Le but de cette rectification des savoirs n'est pas de se délecter dans le relativisme, comme on nous en accuse bien à tort, mais de permettre une enquête libre de préjugés sur les savoirs discrédités comme sur les savoirs crédités. Le gain n'est pas philosophique, il est avant tout empirique.

Bruno LATOUR, « Le grand partage », *Bulletin du Mauss*, 1988, n°1, 35-37.

représentations et les pratiques de ces populations est alors : pouvez-vous nous dire quelles croyances traditionnelles amènent les gens à se méfier de la vaccination (on pense alors à la peur de la piqûre, à l'influence des guérisseurs, à l'idée que les vaccins ne préviennent pas la rougeole ou que les injections peuvent provoquer la poliomyélite, etc.). Le chercheur doit généraliser la question (en y incluant tous les intervenants du programme de vaccination) : qu'est-ce qui fait que la campagne d'immunisation ne réussit pas ? et chercher des réponses dans la relation entre l'intervention de santé et l'attente des populations (et non du seul côté de ces dernières). Il va ainsi se demander dans quelle mesure les échecs ne sont pas également imputables à des problèmes organisationnels (les mères convoquées à une date à laquelle le véhicule du programme ne passe pas, faute d'essence ou de réparation), techniques (la rupture de la chaîne du froid entraîne une inefficacité de certains vaccins et la survenue de cas de rougeole chez des enfants vaccinés), économiques (le nombre insuffisant de doses conduisant les infirmières à demander aux mères d'acheter le produit à la pharmacie), humains (les femmes qui viennent aux séances de vaccination sont mal accueillies, mal informées, et parfois même renvoyées). Cette démarche qui vise à englober la totalité des acteurs du développement dans l'analyse de l'échec du programme ne répond pas seulement à une exigence d'honnêteté, elle est aussi une condition d'efficacité : cette nouvelle analyse, plus exhaustive, va conduire à associer des cycles de formation des personnels qui ont la charge de la vaccination, aux campagnes d'éducation sanitaire cherchant à convaincre les mères de l'intérêt de faire vacciner leurs enfants.

D'une manière plus générale, on peut dire que l'anthropologue ou le sociologue va faire porter son regard sur l'ensemble du processus de développement, analyser avec les mêmes outils et dans les mêmes termes les pratiques des « développeurs » et des « développés » pour parler comme Marc Augé, mettre en évidence les logiques et les stratégies des uns et des autres au lieu de considérer a priori les actions des premiers comme rationnelles et des seconds comme irrationnelles. « L'analyse des pratiques sociales effectives à l'œuvre dans un projet de développement (par exemple méthodes d'encadrement du côté des développeurs, adoption sélective du côté des développés...) met l'accent sur le décalage inévitable entre les « intérêts » et les « rationalités » qui régissent les opérations de développement, et les « intérêts » et les « rationalités » qui règlent les réactions paysannes » (Boiral et Olivier de Sardan 1985 : 9-10). D'une meilleure compréhension des logiques paysannes (cf. encadré 4) dépend probablement en bonne partie la réussite des projets de développement rural. L'étude de ces logiques n'implique d'ailleurs pas leur idéalisation : même cohérentes par rapport aux représentations et aux pratiques qui ont cours dans les sociétés villageoises, les stratégies des agriculteurs ou des éleveurs peuvent tout à fait être des calculs de prudence (une vision à court terme bien compréhensible face aux incertitudes écologiques et économiques) et par conséquent aller à l'encontre d'un projet de développement (ces logiques apparaissent alors effectivement comme des résistances au changement). Le travail de l'anthropologue ou du sociologue consiste donc bien à essayer de comprendre et non de valoriser les uns ou les autres.

2.3. Élaborer une hypothèse

Si la critique des prénotions et la reformulation des questions sont un préalable à la construction de l'objet scientifique, la formulation de l'hypothèse en constitue théoriquement le point central, et il est habituel de dire qu'il n'y a pas de recherche sans hypothèse (pas plus en sciences physiques qu'en sciences sociales). Pourtant, de nombreux travaux anthropologiques, voire sociologiques, sont réalisés sans qu'il y ait l'ombre d'une hypothèse à démontrer : la monographie, en particulier, est un exercice

4 Logiques paysannes

Une évidence. Les sociétés africaines, comme toutes les sociétés humaines, sont capables de changements et d'adaptations ; les réactions aux opérations de développement l'ont montré, les chercheurs en sciences sociales le savent depuis longtemps. Cela ne veut évidemment pas dire qu'elles s'adapteront dans le sens et au rythme voulu par les développeurs. Cette notion de « rythme » en particulier est souvent sous-estimée : développeurs et développés n'avancent pas nécessairement du même pas ; toutes les sociétés et, à l'intérieur d'une même société, tous les groupes sociaux n'ont pas le même « temps de réponse » aux interventions extérieures. Sous la pression de l'Etat qui souhaite voir augmenter rapidement – ou du moins ne pas diminuer – entrées de devises et recettes budgétaires, ou des organismes de financement qui désiraient être rassurés par des résultats rapides, on fait souvent du développement au pas de charge. Si les résultats se font attendre, on augmente la pression, on renforce l'encadrement ou encore on modifie certains objectifs du projet – quand c'est possible ! – estimant que l'on se heurte à un refus franc et massif du monde paysan avant même qu'il ait eu le temps de s'adapter.

Le second enseignement que l'on peut tirer de l'approche des sociétés paysannes est également d'importance : les sociétés africaines ne se nourrissent pas que de symbolisme et de religieux, elles s'intéressent aussi aux biens matériels, et les individus et les groupes qui les constituent sont tout à fait capables de percevoir l'intérêt économique qu'ils peuvent attendre d'une opération de développement. Si les planteurs du Litimé (Sud-ouest-Togo) par exemple ne font pas preuve d'un enthousiasme démesuré pour la rénovation cacaoyère, ce n'est pas du tout parce qu'ils sont incapables d'en percevoir les avantages mais peut-être bien parce qu'actuellement le vivrier est plus rémunérateur, parce que l'itinéraire technique imposé dans le cadre de la replantation du cacao n'a pas encore fait ses preuves, qu'il est gros consommateur de main-d'œuvre ou encore que les rapports de production qui se sont développés dans le cadre de l'économie de plantation café-cacao depuis le début du siècle ne se transformeront pas du jour au lendemain.

Mais parler de « logique » ou de « rationalité » économique des sociétés paysannes ne signifie pas qu'il existe en la matière une rationalité universelle, que toutes les sociétés obéissent exclusivement à des motivations économiques et que l'ensemble du champ des logiques sociales est réductible aux logiques économiques. Les anthropologues ont bien montré que la sphère de l'économie est étroitement imbriquée et incorporée dans celle de la parenté, du pouvoir, du sacré... selon des modalités propres à chaque société et selon l'ancienneté et l'intensité des rapports que chacune d'elles a noués avec le monde extérieur. Mais est-ce vraiment là une particularité des sociétés africaines ? Les

chercheurs en sciences sociales, y compris des économistes qui analysent les sociétés industrielles, ne le pensent pas.

Il convient d'insister enfin sur un troisième point qui nous paraît tout à fait fondamental : les sociétés rurales ne sont pas des sociétés homogènes, cohérentes, égalitaires. Elles sont – et ont été – le lieu de conflits plus ou moins ouverts entre groupes aux intérêts antagonistes que l'opération de développement va – souvent à son insu – amplifier, peut-être réduire, en tout cas transformer, mais dont elle subira en retour les conséquences.

Face aux opérations de développement, tous les paysans ne sont pas placés dans les mêmes conditions objectives de réussite : les moyens d'accès à la terre ou à la main d'œuvre sont très différents selon que l'on est autochtone, allochtone installé depuis longtemps, ou migrant récent, membre de tel ou tel clan, aîné, cadet... Tous ne pourront pas respecter l'itinéraire technique imposé, souvent gros consommateur de travail. On constatera pourtant que ce ne sont pas nécessairement les paysans les mieux lotis ou les plus aptes à entrer dans le schéma conçu par les développeurs qui font preuve du plus grand enthousiasme. L'adhésion au projet peut permettre en effet à certains paysans de rang social et économique inférieur d'échapper, momentanément au moins, aux pressions sociales dont ils sont victimes, quitte à subir en retour les pressions de l'encadrement. Mais plus généralement ce sont les paysans nantis, les notables, qui à terme récupéreront l'opération, la détourneront éventuellement de ses objectifs, ou la neutraliseront pour confirmer ou accroître leurs privilèges, même si l'un des buts affirmés du projet était de réduire les inégalités sociales et économiques. Il ne faut pas en conclure pour autant que des paysans placés dans les mêmes conditions objectives (disponibilité en terres et en main d'œuvre par exemple) réagiront de façon identique. En fonction de spécialisations ethniques ou d'une appréciation différente de leurs intérêts à plus ou moins long terme, certains vont privilégier l'accumulation foncière ; d'autre profiteront du développement intensif des cultures de rentes pour accroître la production de vivrier qu'ils pourront facilement commercialiser ; d'autres encore investiront dans la scolarisation des enfants quitte à amputer de façon significative la main-d'œuvre familiale... C'est en fonction de ces différentes stratégies – elles peuvent bien sûr évoluer dans le temps – que les paysans seront amenés à accepter ou à refuser en bloc le mode de développement proposé, à ne retenir du projet qu'un des sous-objectifs qui leur paraîtrait mieux adapté à leur situation, ou encore à l'utiliser à des fins tout autres.

Jean-Pierre DOZON et Guy PONTIE, « Développement, sciences sociales et logiques paysannes en Afrique Noire », in *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire*, 1985,

ethnologique traditionnel qui consiste à décrire la vie sociale d'un groupe (village, quartier, ethnie, etc.), en essayant de livrer le tableau le plus complet possible (et il y en a de remarquables), sans pour autant chercher à vérifier quelque proposition que ce soit. Mais à l'inverse, les textes qui ont eu l'influence la plus notable dans le domaine des sciences sociales, sont ceux qui formulent une hypothèse de portée générale : par exemple, Max Weber faisant reposer l'essor du capitalisme européen sur l'éthique du protestantisme (1964), Emile Durkheim expliquant la fonction de la division du travail par la nécessité d'intégrer dans la société tous les groupes ainsi rapprochés par une solidarité organique (1930), Marcel Mauss décrivant l'économie mélanésienne comme un système de prestations totales où l'échange se fait au niveau de collectivités et où les biens échangés appartiennent aussi au monde symbolique (1950), Jack Goody affirmant que la différence essentielle entre le savoir traditionnel et le savoir moderne est liée aux conditions matérielles de la communication et particulièrement à l'usage de l'écrit (1977), etc.

L'hypothèse, c'est-à-dire une assertion vérifiable, devrait donc être à l'origine de toute recherche. Cependant, les choses ne sont pas toujours si simples, et même lorsqu'on lit une hypothèse dans le compte-rendu d'une étude, il est assez rare qu'elle ait réellement précédé la collecte des données : c'est chemin faisant qu'elle a vu le jour, et c'est au moment de la restitution des résultats qu'elle prend sa forme définitive. Ainsi, Ulf Hannerz (1983 : 31-34) décrit-il son itinéraire de chercheur et l'histoire de ses recherches en milieu urbain comme un long tâtonnement au cours duquel ont progressivement été prises ses grandes options théoriques d'abord à Washington D.C., puis dans les Caraïbes, enfin au Nigéria : tous les auteurs n'ont pas sa modestie dans la présentation de leurs travaux – le bricolage de la pensée ethnologique étant moins valorisé que le bricolage de la pensée sauvage... Pour présenter une version plus conforme à la réalité de la démarche scientifique, on peut donc dire qu'il est important qu'à un moment donné (pas nécessairement au début) du travail, la problématique soit rassemblée sous forme de propositions qui puissent être vérifiables ou réfutables : cette exigence est un gage essentiel de scientificité, puisqu'elle permet la confirmation ou l'infirmité d'une intuition, autorise la comparaison entre situations différentes, et peut aboutir à un certain degré de généralisation.

2.4. Mettre en œuvre la méthode et les techniques

Contrairement à ce qu'un certain enseignement académique semble impliquer en séparant les cours de théorie et les cours de méthode, la recherche réunit indissociablement les deux éléments et toute présentation de résultats devrait donner les présupposés théoriques en même temps que la discussion méthodologique. Or, comme le remarque Jean Copans (1974 : 47) à propos des publications ethnographiques, « la plupart de ces ouvrages possèdent un vice épistémologique grave : on ne connaît absolument pas les conditions de leur élaboration ; le contexte de l'enquête, la manière dont les matériaux sont recueillis puis traités, les obstacles rencontrés par le chercheur, les particularités de son terrain : autant de problèmes qui ne sont abordés qu'en passant et avec pudeur ».

La construction d'un objet, en particulier la démonstration d'une hypothèse, ne peuvent pourtant se faire, dans la recherche en sciences sociales, qu'en référence à un travail empirique. Pour pouvoir affirmer que le suicide était un phénomène prévisible parce que régulier, variait de manière définie en fonction de certains facteurs historiques, culturels et sociaux, bref répondait à la définition qu'il donnait d'un « fait social », Emile Durkheim a dû analyser des dizaines de milliers de suicides et construire des centaines de tableaux (1930) ; ce patient labeur de chercheur géant

manuellement son énorme fichier et faisant seul ses calculs statistiques était la condition nécessaire de sa démonstration. De même, pour faire admettre que les sociétés alors appelées primitives avaient des conceptions et des usages de type économique, que leurs formes d'échange n'étaient pas autarciques et incluaient des relations commerciales, que la circulation des biens matériels et symboliques reposait sur le principe de réciprocité, Bronislaw Malinowski a dû, pendant six années passées en Océanie, mettre en œuvre la technique de l'observation participante et la méthode fonctionnaliste desquelles il était le père (1963) ; c'est dans ce travail de terrain, en particulier sur une institution économique particulière des « Argonautes » du Pacifique Occidental, la kula, qu'il a puisé les éléments de sa thèse.

Il n'est peut-être pas inutile de mettre ici en garde contre une confusion de sens qui est souvent faite entre méthode et techniques : souvent en effet, on nomme « méthodologie » ce qui n'est finalement qu'un inventaire d'instruments. Mieux vaut désigner par « méthode » la procédure scientifique de validation d'une hypothèse et par « techniques » les outils mis en œuvre pour ce faire : ainsi, la méthode structurale recourt à des techniques qualitatives d'analyse des mythes et quantitatives d'analyse de la parenté, les méthodes d'étude des inégalités sociales s'appuient sur la technique statistique (on constatera au passage qu'une même méthode peut utiliser plusieurs types de techniques, et qu'à l'inverse plusieurs méthodes peuvent trouver leur matériau à partir d'une même technique). La méthode correspond ainsi à l'usage qu'on fait des techniques. Rappel sémantique qui pourrait sembler superflu, si la conséquence fréquente dans ce type de confusion n'était que l'appareil technique de certaines enquêtes, en particulier quantitatives, semble servir à dissimuler l'absence de méthode (et d'hypothèses) : le descriptif méthodologique se réduit alors à la présentation de la procédure d'échantillonnage et du modèle de questionnaire.

Les chapitres suivants présenteront dans le détail les diverses techniques, mais au terme de cet exposé sur la façon de tenir compte de la place du sujet et de construire l'objet de la recherche, on peut essayer de montrer à travers deux illustrations comment, concrètement, se fait le travail théorique et empirique. Le choix de travaux personnels n'indique pas qu'ils aient une valeur exemplaire : c'est parce qu'on peut mieux retracer le cheminement réel de ses propres recherches que ces deux études de cas sont présentées ici à la lecture.

3. DEUX ÉTUDES DE CAS

3.1. Participation des populations et pouvoirs locaux

La participation des populations est l'un des fondements des politiques de soins de santé primaires. Mais que recouvre cette expression ? que signifie participer ? qui participe, et à quoi ? Les textes de l'Organisation Mondiale de la Santé précisent qu'il s'agit pour les « communautés » de « participer » à la décision, à la gestion et à l'évaluation des actions de santé : définition très générale qui, dans les faits, laisse la place à toutes les interprétations possibles. A Pikine, agglomération de 650 000 habitants de la banlieue de Dakar, où un projet de soins de santé primaires associant la Coopération belge au Ministère de la Santé Publique sénégalais était à l'œuvre depuis une dizaine d'années, les responsables du projet se demandaient précisément : les comités de santé mis en place pour favoriser la participation populaire fonctionnent-ils comme ils le devraient ? L'objectif de la recherche entreprise sur leur suggestion était donc d'apporter des éléments de réponse à cette question (Fassin et al. 1986).

Initialement, la méthode consista à mettre en parallèle ce qui était inscrit dans les statuts des comités de santé et ce qui se passait dans les faits, de façon à voir « s'ils fonctionnaient comme ils le devaient ». Concrètement, les techniques d'enquête associaient des entretiens avec les membres du bureau, des observations à l'occasion des réunions et la consultation des procès-verbaux d'assemblées générales. Parmi les trente comités existant, quatre furent particulièrement étudiés : ils n'avaient pas été tirés au sort, mais correspondaient à des dispensaires et des quartiers où un travail préalable sur les problèmes politiques avait été réalisé ; pas de représentativité donc, mais la possibilité d'approfondir quatre situations fort différentes. Les textes officiels qui régissaient le fonctionnement des comités semblaient pouvoir s'articuler autour de deux thèmes : comment sont choisis les comités (question de la représentation, c'est-à-dire de : qui participe ?), et quelles sont leurs prérogatives (question de l'activité, c'est-à-dire : à quoi participe-t-on ?). C'est ce double registre qui orienta l'enquête.

« Il est essentiel d'asseoir le comité de gestion sur la base d'une assemblée générale d'électeurs largement représentative de toutes les couches de la population du secteur géographique du poste, sans discrimination liée au rang social, à la tendance politique, à la confrérie religieuse, à l'appartenance ethnique », stipulent les directives ministérielles. En fait, pour chaque poste de santé, c'est l'ensemble des délégués de quartier situés dans la zone d'attraction du dispensaire qui participent à l'élection, chacun étant accompagné de cinq notables ; comme il y a généralement environ une dizaine de quartiers pour un même poste, donc pour un même comité, ce sont théoriquement une soixantaine de personnes qui élisent le bureau du comité. Mais qui sont ces délégués de quartier ? Pour le comprendre, il faut avoir présente à l'esprit l'histoire politique locale : la création d'un quartier est en effet une décision administrative qui conforte une initiative politique ; un notable réunit autour de lui cent cinquante personnes auxquelles il déclare avoir vendu des cartes du Parti Socialiste (la liste nominale et la somme correspondante suffisent, et l'on ne vérifie pas que les noms cités correspondent bien à des habitants qui ont effectivement pris leur carte) ; il peut alors obtenir la création d'un comité et, de là, après quelques démarches administratives éventuellement soutenues par un politicien local, la création d'un quartier dont il devient le représentant ; il n'y a donc ni élection ni même cooptation. Ces délégués plus ou moins légitimes et leurs clients politiques sont les seuls à pouvoir devenir membres du bureau du comité de santé (et l'on imagine aisément les jeux d'alliances auxquels donne lieu l'élection). La réalité sociale de la représentation est ainsi loin de la norme prescrite : « toutes les couches de la population » ne participent pas, mais seulement les notables locaux ; « la tendance politique » est exclusivement celle du Parti Socialiste ; autrement dit, et comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre, la structure des comités de santé ne fait que reproduire la structure des pouvoirs locaux.

« La communauté doit intervenir dans l'évaluation de la situation, dans le recensement des problèmes, et dans la fixation des priorités. Il lui faut ensuite concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis collaborer pleinement à leur exécution », indique la déclaration d'Alma Ata. L'intervention de la population ou de ses représentants se situe ainsi normalement à toutes les étapes du développement. Or, lorsqu'on observe ce qui se passe lors des réunions de comités de santé et lorsqu'on lit ce qui est consigné dans les rapports de séances diverses, on constate que l'essentiel des discussions tourne autour de deux choses : l'élection du bureau, c'est-à-dire la contestation de l'élection précédente et la préparation de la suivante ; la gestion de la caisse du dispensaire, c'est-à-dire les accusations de détournements et les dénégations des personnes incriminées ; autrement dit, il n'est question que de politique et de finance. La santé n'y apparaît que très occasionnellement, soit lors de discours formels destinés à légitimer l'existence du comité vis-à-vis de la population ou du monde politique extérieur, soit lors des

réunions des comités pour parler généralement du problème de l'évacuation des tas d'ordures dans les quartiers. En revanche, ce qui constitue le contenu habituel des soins de santé primaires (programmes de vaccination, campagnes d'éducation, actions de prévention, etc.) bénéficie tout au plus de la mobilisation passive des comités sollicités par les responsables de santé.

Au terme de ce travail débuté sans problématique précise, mais avec seulement une connaissance du terrain, une méthode très générale (confronter ce qui doit être et ce qui est) et des techniques classiques d'enquête (entretiens, observation et analyse de documents), il devenait possible de répondre à la question initiale en proposant l'hypothèse (ou la formulation) suivante qui résume les deux aspects étudiés (représentation et activité) : contrairement à ce qui est énoncé dans les textes officiels sur la participation des populations, les enjeux réels autour des comités de santé sont de nature politique, et la santé n'y est, pour les délégués de quartier et leurs notables, qu'une occasion d'accroître leur pouvoir local. Cette proposition n'a pas seulement un intérêt pour le sociologue qui découvre, derrière des discours idéalistes, une réalité sociale plus complexe. Elle permet également au développeur de repenser le sens de la participation : d'une part, en prenant en compte les catégories sociales qui ne s'expriment pas au sein des comités de santé (des entretiens avec des groupes de femmes, des associations de handicapés, des minorités politiques ou ethniques, etc. pourraient se révéler fructueux) ; d'autre part en rendant plus politiques ses interventions, c'est-à-dire en « intéressant » les comités à la santé publique (la réussite d'une campagne de nivaquinisation où les responsables des comités de santé avaient la charge de la distribution des comprimés fournit a posteriori une vérification de l'hypothèse).

3.2. L'accès aux soins et les inégalités sociales

La question des disparités de santé, apparaît comme centrale dans les politiques sanitaires et sociales, aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays riches. Les écarts enregistrés dans la mesure de l'espérance de vie (un nouveau-né gambien a en moyenne 33 ans à vivre, quand un nouveau-né français en a 75) sont une traduction, au niveau international, de phénomènes qui existent également entre régions et entre catégories sociales, au niveau de chaque pays (mais on les connaît en général moins bien). Parmi les explications données aux inégalités devant la maladie et la mort, les différences d'accès aux soins sont souvent avancées : si l'on meurt plus jeune, lorsqu'on est pauvre dans un pays pauvre, ce serait notamment à cause des possibilités moindres de se soigner. Au lieu d'étudier la différenciation sociale en matière de santé (pour laquelle les indicateurs sont difficiles à établir en dehors de la mortalité et de la malnutrition), on pouvait donc s'attacher à caractériser la différenciation sociale en matière de soins (plus facile à mesurer par l'intermédiaire d'indicateurs d'utilisation des services) : ce fut l'objet de la recherche sur l'accès aux soins (Fassin et al. 1988).

Pour mener une telle enquête, dont le but était de mettre en évidence des différences entre groupes, l'usage de techniques quantitatives, c'est-à-dire d'un appareil statistique permettant de montrer des régularités et des corrélations, était bien entendu nécessaire. La connaissance de la société pikinoise, acquise après plusieurs mois de travaux anthropologiques sur la ville et sur la maladie, permit d'abord d'identifier une série de facteurs sociaux – ou variables – qui pouvaient caractériser les ménages : l'ethnie, le niveau économique, le degré d'instruction, l'ancienneté en ville, l'intégration urbaine, l'attachement villageois. Et pour chacun de ces facteurs, il fallut ensuite déterminer un outil de mesure précis ; ainsi, pour l'intégration urbaine, eut-on recours à trois questions sur la connaissance du nom du délégué de quartier, la pratique de la langue véhiculaire, l'appartenance à une

association locale. Le questionnaire contenait donc, d'une part, les questions se rapportant à ces facteurs sociaux (variables explicatives, ou indépendantes), et d'autre part, les questions se rapportant au comportement de recours aux soins des mères et de leur plus jeune enfant au cours de leur dernière maladie (variables à expliquer, ou dépendantes). L'échantillonnage consistait en un tirage au sort à trois degrés (sur les quartiers, les îlots et les maisons), pour aboutir à un effectif total de 500 mères, représentatives de l'ensemble des mères de l'agglomération. L'hypothèse était ainsi la suivante : le recours aux soins est fonction à la fois de la place occupée dans l'échelle sociale (niveau économique et degré d'instruction) et de la situation personnelle dans le processus d'urbanisation (ancienneté en ville, intégration urbaine et attachement villageois).

Les résultats de l'enquête révélèrent une réalité plus complexe : le niveau économique et le degré d'instruction n'étaient pas corrélés au recours global (le fait de consulter lorsqu'on est malade, quel que soit le lieu de consultation), mais seulement au type de recours (la consultation dans le secteur privé plutôt que public pour les femmes plus aisées et plus instruites) ; quant aux caractéristiques individuelles liées à l'expérience citadine, seule l'intégration urbaine était associée à un taux plus élevé de recours global (les femmes paraissant les mieux intégrées consultaient plus facilement en cas de maladie, et cela sans préférence pour l'un ou l'autre secteur). Autrement dit, l'hypothèse initiale était largement infirmée : les plus pauvres et les moins scolarisées des femmes ne consultaient pas moins, mais seulement moins en médecine libérale ; en revanche, les mieux insérées dans le tissu urbain utilisaient plus les structures sanitaires, et cela indépendamment de leur ancienneté en ville.

Cette conclusion appelait un commentaire plus général : alors que les enquêtes démographiques réalisées à Pikine avaient mis en évidence des écarts dans la mortalité infanto-juvénile en fonction du niveau économique et du degré d'instruction, on ne retrouvait pas de telles corrélations lorsqu'on étudiait l'accès aux soins ; ce n'était donc probablement pas le niveau de recours qui rendait compte des inégalités de santé. D'autres explications devaient être cherchées : était-ce un problème d'accès au médicament (en étudiant les soins, on paraissait oublier que la consultation en elle-même ne guérissait pas le malade à moins qu'elle ne s'accompagne d'un traitement, or le prix des médicaments pouvait être un facteur essentiel de sélection financière) ? Était-ce au contraire un problème situé principalement en amont des soins, c'est-à-dire au niveau des conditions physiques et sociales qui favorisent la survenue des maladies et leur gravité (dans ce cas de figure, tout serait en quelque sorte joué avant la consultation, et celle-ci n'aurait guère le pouvoir de réduire les disparités) ? De la réponse à ces interrogations dépend non seulement la résolution d'un problème théorique (qu'est-ce qui détermine des inégalités de santé ?), mais aussi des solutions à des questions pratiques (comment réduire ces inégalités de santé ?) : s'il s'avère que les écarts observés à Pikine ne sont pas liés à des différences d'accès aux soins, ce n'est pas la multiplication des structures sanitaires qui doit être proposée, mais par exemple le développement de la distribution des médicaments ou l'amélioration des conditions d'environnement (à défaut de pouvoir transformer la société en détruisant les processus générateurs d'inégalités sociales).

3.3. Problématiques de recherche

A travers ces deux études de cas – l'une à partir d'une enquête qualitative, l'autre à partir d'une enquête quantitative – on réalise peut-être mieux ce à quoi correspond une mise en problématique – et ce en quoi elle s'éloigne des schémas qu'on donne habituellement (cf. encadré 5).

5 Deux exemples de mise en problématique

	ENQUÊTE 1	ENQUÊTE 2
THÈME	La participation des populations.	Les inégalités de santé
QUESTION	Les comités de santé mis en place pour favoriser la participation populaire fonctionnent-ils comme ils le devraient ?	Quels facteurs sociaux, économiques et culturels influent sur l'accès aux soins en ville ?
OBJET	La représentation au sein des comités (qui participe ?). L'activité concrète des comités (à quoi participe-t-on ?).	La place occupée dans le système de production. L'histoire personnelle dans le processus d'urbanisation. L'accès aux soins comme révélateur indirect de l'état de santé
HYPOTHÈSE	Le discours officiel tenu sur les comités de santé est sans rapport avec ce qui s'y passe réellement.	La place occupée par un individu dans le système de production et son histoire personnelle dans le processus d'urbanisation déterminent son type de recours aux soins.
MÉTHODE	Étude qualitative des écarts entre la norme prescrite (textes officiels) et la réalité sociale (fonctionnement des comités).	Étude quantitative des différences dans les comportements de recours aux soins en fonction des facteurs sociaux, économiques et culturels étudiés.
TECHNIQUES	Entretiens avec des responsables des comités de santé. Observations participante lors des réunions des comités. Analyse des procès-verbaux des séances de travail des comités.	Choix de variables indépendantes (explicatives) et dépendantes (à expliquer). Construction de ces variables (quelles questions poser précisément ?). Enquête sur un échantillon représentatif de la population.
CONCLUSION	Les enjeux réels autour des comités de santé sont de nature politique et la santé n'y est, pour les délégués de quartier et leurs notables, qu'une occasion d'accroître leur pouvoir local.	Les facteurs sociaux, économiques et culturels étudiés n'entraînent pas de différenciation importante dans l'accès aux soins, ce qui remet en question la relation entre disparités de recours et inégalités de santé.

En effet, si l'on observe le cheminement théorique et empirique au cours de ces deux enquêtes, on relève que :

1 – la différence entre le thème (proposé par les partenaires) et l'objet (défini par les chercheurs) renvoie à la distinction entre la question (posée par les premiers) et l'hypothèse (formulée par les seconds) ;

2 – l'hypothèse de départ apparaît plus imprécise et générale dans la première enquête (où la formulation est d'ailleurs négative : « ...est sans rapport... ») que dans la seconde (où une liaison statistique entre variables est recherchée), ce qui montre bien que le schéma idéal de la recherche est rarement suivi à la lettre (en l'occurrence, il faut bien commencer par observer et décrire avant d'interpréter et d'expliquer) ;

3 – la conclusion de la première enquête confirme l'hypothèse en lui donnant plus de solidité (c'est-à-dire en la précisant), alors que celle de la seconde infirme la formulation initiale (conduisant à critiquer notamment le choix de l'accès aux soins comme révélateur de l'état de santé).

*

Des deux séquences de recherche présentées ici, il ne faudrait pourtant pas tirer l'idée d'une linéarité de la démarche : c'est au cœur de l'observation qu'apparaissent les premières traces de ce qui constituera l'hypothèse, et ce n'est jamais sans des éléments implicites de théorie et de méthode que se construit progressivement l'objet ; souvent plusieurs mois de travail de terrain – avec tous les tâtonnements qu'implique la recherche empirique – sont nécessaires pour passer de l'idée pré-conçue à l'ébauche d'une problématique. Ce sont ainsi les illusions de simplicité qu'il faut combattre, en rappelant avec Gaston Bachelard (1983 : 54), qu'il n'y a de connaissance scientifique qu'en opposition aux « séductions de la facilité ».

BIBLIOGRAPHIE

BACHELARD G.

1983 *La formation de l'esprit scientifique*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris.

BALANDIER G.

1982 *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire*, Presses Universitaires de France, Paris, 1ère édition 1955.

BAUDELLOT C., ESTABLET R.

1984 *Durkheim et le suicide*, Presses Universitaires de France, Paris.

BOIRAL P., OLIVIER DE SARDAN J.P.

1985 « Introduction » in *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire*, P. Boiral, J.F. Lantéri, J.P. Olivier de Sardan ed., Ciface - Karthala, Paris.

BOURDIEU P.

1980 *Le sens pratique*, Minuit, Paris.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.C., PASSERON J.C.

1980 *Le métier de sociologue*, Mouton, Paris-La Haye.

COPANS J.

1974 *Critiques et politiques de l'anthropologie*, François Maspéro, Paris.

- CRESSWELL R.
1975 *Éléments d'ethnologie*, Armand Colin, Paris.
- DIOP A.B.
1981 *La société wolof. Tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination*, Karthala, Paris.
- DOZON J.P., PONTIE G.
1985 « Développement, sciences sociales et logiques paysannes en Afrique Noire » in *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire*, P. Boiral, J.F. Lantéri, J.P. Olivier de Sardan, Ciface - Karthala, Paris, p. 67-80.
- DURKHEIM E.
1930 *De la division du travail social*, PUF, Paris.
1981 *Les règles de la méthode sociologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1ère édition 1937.
- FASSIN D., JEANNEE E., SALEM G., REVEILLON M.
1986 « Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) », *Sciences Sociales et Santé*, 4, 205-221.
- FASSIN D., JEANNEE E., CEBE D., REVEILLON M.
1988 « Who consults and where ? Sociocultural differentiation in access to health care in urban Africa », *International Journal of Epidemiology*, 17, 858-864.
- GOODY J.
1979 *La raison graphique, la domestication de la pensée sauvage*, Minuit, Paris, 1ère éd. anglaise 1977.
- HANNERZ U.
1983 *Explorer la ville*, Minuit, Paris (édition anglaise : *Exploring the City*, 1980).
- LATOUR B.
1988 « Le grand partage », *Revue du MAUSS*, 1, 27-64.
- MALINOWSKI B.
1963 *Les Argonautes du Pacifique occidental*, Gallimard, Paris, 1ère édition anglaise 1922.
- MAUSS M.
1950 « L'essai sur le don » in *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1ère parution 1923-1924.
1968 « La prière » in *Œuvres, tome I : les Fonctions sociales du sacré*, Minuit, Paris.
- OLIVIER DE SARDAN J.P.
1984 *Les sociétés songhay-zarma (Niger - Mali) - chefs, guerriers, esclaves, paysans*, Karthala, Paris.
- SHIPMAN M.
1988 *The Limitations of Social Research*, Longman, London and New York, 1ère édition 1973.
- WEBER M.
1964 *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris, 1ère édition allemande 1947.

DÉCRIRE

Entretien et observation

Didier FASSIN

Écouter et regarder : parmi les diverses techniques que mettent en œuvre les sciences sociales pour recueillir de l'information, l'entretien et l'observation apparaissent à la fois comme les plus triviales (par leur apparente banalité) et les plus délicates (par leur fausse simplicité). A la différence des techniques quantitatives qui sont communes à plusieurs disciplines – épidémiologie et démographie notamment –, les techniques qualitatives, dont l'entretien et l'observation sont les plus habituellement utilisées, apparaissent comme relativement spécifiques aux sciences sociales auxquelles elles contribuent largement à conférer leur statut de « sciences molles ». En fait, loin d'être approximatives et subjectives, ces types d'investigation font appel à un souci de précision et d'objectivation qui n'est pas moindre que celui manifesté dans les enquêtes statistiques.

L'entretien et l'observation correspondent à une approche généralement descriptive des faits sociaux : pour celui qui enregistre ce qu'il entend et ce qu'il voit, il s'agit d'abord de savoir de quoi sont faites les existences des gens qu'il étudie ; il va tenter de relever les discours et les situations lui permettant d'accéder aux croyances, aux représentations, aux pratiques, aux institutions qui donnent un sens à une société ; la monographie ethnographique – étude systématique d'un groupe ou d'un village – en est l'illustration. Parce qu'elle se veut d'abord descriptive, cette approche doit être à la fois globale et différenciée. Globale dans l'intérêt porté à l'ensemble des activités de la société (même si l'on travaille sur la maladie, il est évident qu'on ne peut faire abstraction des domaines religieux, politique, économique, etc.). Et différenciée par l'attention prêtée aux divers groupes qui constituent la société (il est impossible de penser qu'hommes et femmes, maîtres et captifs, musulmans et chrétiens, dans un même village ou un même quartier pensent et font les mêmes choses).

1. L'ENTRETIEN

1.1. Discours et histoires

Lorsqu'il recourt à l'entretien pour recueillir des informations, le chercheur a affaire à un discours (ou à plusieurs). Les éléments qu'il cherche à reconstituer lui sont donc livrés à travers une série d'écrans : ce que son interlocuteur a compris de la question posée, et ce qu'il a compris du point sur lequel on l'interroge, ce qu'il croit et ce qu'il veut faire croire, ce qu'il sait et ce qu'il prétend savoir (cf. encadré 1). Dans les meilleurs des cas, c'est-à-dire si l'informateur cherche à renseigner au mieux – le plus complètement et le plus honnêtement – le chercheur, il ne lui livre que sa représentation des choses, laquelle est influencée par l'éducation qu'il a reçue, le statut

1 Les interprétations en ethnographie

Les écrits ethnographiques, là où ils sont le plus proche des faits, semblent typiquement combiner descriptions et citations. Ainsi dans cette anecdote rapportée par Evans-Pritchard :

L'anecdote. J'ai vu un jour un Nuer se défendre contre la désapprobation silencieuse de sa famille et de ses proches qui lui en voulaient de sacrifier trop souvent. On lui avait fait comprendre qu'on avait le sentiment que, par un goût immodéré de la viande, il détruisait le troupeau. Il dit que ce n'était pas vrai.(...)Sa famille pouvait bien dire qu'il avait détruit le troupeau, mais c'était pour eux qu'il avait tué le bétail. C'était « kokene yiekien ke yang », « le rachat (ransom) de leurs vies en bétail ». Il répéta de nombreuses fois cette formule tout en reprenant un par un les cas de maladie grave survenus dans sa famille et en décrivant le boeuf qu'il avait sacrifié à chaque occasion pour amadouer l'esprit deng.

Voilà le genre de « fait brut » que l'on rencontre dans la plupart des travaux ethnographiques. Pourtant, pas un seul des énoncés qui en rendent compte n'exprime une simple observation. On n'observe pas, on devine une « désapprobation silencieuse ». De même, le fait qu'« on lui avait fait comprendre qu'on avait le sentiment... » ne peut qu'être déduit d'un ensemble de comportements souvent complexes et ambivalents. Il est probable que la déduction n'a pas été opérée directement par l'ethnologue, mais par ses informateurs. La description qui en résulte est, en fait, ce que l'ethnologue a retenu de ce qu'il a compris à partir de ce que ses informateurs lui ont livré de ce qu'eux-mêmes ont compris.

Cette anecdote est utilisée pour illustrer la façon dont les Nuer conçoivent les sacrifices et plus particulièrement ceux qu'ils nomment *kuk kwoth*. Evans-Pritchard avait consacré plusieurs chapitres à l'emploi de *kwoth*, qu'il avait choisi de rendre tantôt par « esprit » et tantôt par « Dieu ». Restait à expliquer le mot *kuk* (dont *kok* est une forme verbale) :

La glose. L'éventail actuel des significations du mot inclut « acheter » et « vendre ». (...) La conception (Nuer) d'un achat est que vous donnez quelque chose à un marchand qui se trouve par là mis dans l'obligation de vous aider. En même temps, vous lui demandez un objet de son magasin dont vous avez besoin et il doit vous le donner parce qu'en prenant votre cadeau il est entré dans une relation réciproque avec vous. Ainsi kok a le sens aussi bien d'« acheter » que de « vendre ». (...) La notion générale exprimée par ce mot est donc celle d'échange. Ce sens couvre, comme nos propres termes « rachat » et « rédemption », des usages à la fois religieux et commerciaux.

Cette glose de *kuk* est bien intuitive. Néanmoins, si l'on ne récuse pas les intuitions de l'ethnologue, on en retire soi-

même une compréhension intuitive du terme. On peut trouver malvenue la décision de rendre *kuk* par « rachat » ou par « rédemption ». Cela n'a cependant pas trop d'importance tant qu'on associe à « rachat », dans la traduction de propos Nuer, non pas le sens français usuel, mais ce qui a été compris du sens de *kuk*.

Reste la question : comment les Nuer conçoivent-ils le sacrifice ? De telles anecdotes et de telles gloses ne fournissent pas directement une réponse. Elles sont néanmoins suggestives. Elles permettent de spéculer. Voici ce qu'Evans-Pritchard propose :

La généralisation. Un kuk kwoth, sacrifice à Dieu (ou à un esprit), semble être considéré comme un rachat qui rédime la personne qui s'en acquitte d'un malheur dont, autrement, elle risquait d'être la victime. En acceptant le don, Dieu entre dans un pacte pour protéger le donateur ou l'aider en quelque autre manière. A travers le sacrifice, l'homme conclut une sorte de marché avec son dieu.

Le lien entre l'anecdote et la glose d'une part, la généralisation d'autre part, est ténu. Cela tient en partie au fait que la généralisation elle-même est trop vague pour être sujette à une corroboration ou à une réfutation décisive.

Dire qu'un « sacrifice à Dieu... semble être considéré comme un rachat », c'est prendre plus de précautions que de risques. Qui, au juste, semble « considérer » ? Tous les Nuer ? La plupart ? Certains d'entre eux ? Quand ? En général ? En certaines occasions seulement ? « Semble », oui mais à quels égards ? « Considérer », oui mais dans quel esprit ? De conviction ? De spéculation ?

Les deux autres phrases : « ... Dieu entre dans un pacte... » et « l'homme conclut une sorte de marché... » semblent être des affirmations plus tranchées. La question est : qui au juste affirme ? Est-ce l'ethnologue ? Ce serait bien étrange ; l'ethnologue n'est généralement pas un adepte de la religion qu'il étudie ; il ne croit pas que Dieu entre dans un pacte ou conclut un marché. Est-ce alors que l'ethnologue cite des affirmations de Nuer ? Si tel était le cas, sans doute le dirait-il. Ces propositions, quoique présentées par l'ethnologue, ne sont affirmées ni par lui ni par les Nuer. Elles sont porteuses, semble-t-il, d'un compromis entre la pensée Nuer et les moyens d'expression de l'ethnologue. En d'autres termes, elles constituent typiquement des interprétations.

En ethnographie, il est fait un usage considérable d'interprétations de ce genre, à côté des descriptions et des citations. En fait, comme l'anecdote, la glose et la généralisation citées l'illustrent, la plupart des descriptions et des citations sont entremêlées d'interprétations tandis qu'un bon nombre de propositions générales sont purement interprétatives.

Dan SPERBER, *Le savoir des anthropologues*, 1982, p. 21-24.

qu'il possède, la place qu'il occupe, le milieu où il vit : amené à décrire l'organisation sociale de son village, il n'en donnera pas la même image selon qu'il est un étudiant en vacances ou un vieux notable, un pêcheur ou un forgeron, un homme ou une femme.

Le discours de l'informateur peut produire deux types d'énoncés. Des *faits*, c'est-à-dire des éléments précis qui ont été effectivement constatés : la description d'une maladie, d'un rituel, d'une réunion de comité de santé. Des *opinions*, c'est-à-dire des jugements ou des impressions sur un sujet : un avis général sur les modèles nosographiques, sur le développement des pratiques traditionnelles, sur la participation des populations aux actions de santé. Il est essentiel de savoir reconnaître dans la formulation d'une question à quel type d'énoncé on se réfère. Ainsi, une déclaration sur la répartition des tâches et des responsabilités entre l'homme et la femme au sein du couple ne correspond pas nécessairement à la mise en pratique de ces principes que seules des interrogations sur des points concrets (ou une observation) permettront d'établir. Cependant, même un fait, lorsqu'il est relaté par une personne, ne peut être abstrait des opinions émises sur lui ; et à l'inverse, une opinion constitue pour le chercheur en sciences sociales un fait réel : on ne saurait donc ramener la distinction – classique et somme toute commode – entre les deux types d'énoncés à une opposition entre fait-vérité et opinion-illusion.

L'entretien peut permettre de recueillir des histoires de vie ou de maladie, histoires familiales ou professionnelles. La biographie est ainsi devenue un genre important en sociologie et en ethnologie depuis *Le Paysan Polonais* publié par William Thomas et Florian Znaniecki (1927) : la collection « Terre Humaine » dirigée par Jean Malaurie présente aujourd'hui en langue française un certain nombre de ces récits de vie. On distingue habituellement (Bertaux 1980), selon les termes anglais difficilement traduisibles, les « life stories » qui sont des récits faits par les personnes elles-mêmes – *Soleil Hopi* de Don Talayesva (1959) – ou par un ethnologue – *Les enfants de Sanchez* d'Oscar Lewis (1963) – des « life histories » qui sont des dossiers sur la vie d'un individu comportant un ensemble de documents – *The Jack-Roller* de Clifford Shaw (1930), et tous les récits de l'école de Chicago dans les années 20 et 30. La richesse de la biographie tient à ce qu'elle restitue la vie dans sa totalité aussi bien que dans ses détails, et à ce qu'elle présente le point de vue de l'acteur qui se raconte (cf. encadré 2). Cependant, le problème qu'elle pose est lié à ce qu'elle donne l'illusion que ce qui est dit par le sujet est la vérité de son existence, alors que c'est seulement la vision qu'il en a, ou qu'il veut en donner : comme tout discours, le récit de vie n'est qu'une reconstitution qui tend à faire apparaître la cohérence plutôt que les contradictions et les errances.

1.2. Structuration de l'entretien

Il est classique de distinguer trois types d'entretien (la terminologie varie selon les auteurs) en fonction du degré de structuration :

- L'entretien *structuré* ou *directif*, au cours duquel les questions ont un ordre et un énoncé précis, de façon à théoriquement permettre une meilleure comparabilité entre les réponses – ce qui pose en fait un problème délicat car une interrogation dont le libellé est fixé une fois pour toutes n'a pas exactement le même sens pour chaque personne.

- L'entretien *non structuré* ou *non directif*, pour lequel aucune consigne n'est donnée à l'avance ; l'accent est mis sur la nécessité pour la personne de raconter tout ce qui lui semble important ou signifiant, et les questions sont adaptées au récit dont elles cherchent seulement à approfondir l'analyse ; il en résulte une non comparabilité stricte des réponses.

2 Biographie d'une femme diola du Sénégal

« Je suis née au village, dans la forêt des Kalounayes. Je suis la fille unique de ma mère. Moi-même, j'ai eu d'abord un garçon, Lamine, c'était là-bas en Casamance. Après, je suis venue rejoindre mon mari qui travaillait à Dakar. Oui, c'est à Dakar que mon malheur a commencé. Pas avec Penda qui est née après Lamine. Mais les quatre enfants qui sont venus ensuite, je les ai tous perdus. Fatou, qui est morte de la diarrhée. Et puis Babakar, Bakari et Adama. Chaque fois que mes enfants sont morts, c'était après une visite que j'avais faite avec eux au village de mon mari. J'ai compris cela et je l'ai averti: "Tu veux toujours que j'envoie nos enfants au village pour voir tes parents. Ce qui est passé est passé. Mais je te préviens, tous les enfants de Dakar vont bientôt te tenir pour responsable et te jeter des bâtons" ».

« Pour le dernier, Adama, qui est le jumeau de Téréma, j'ai dit à ma belle-mère: "J'ai perdu beaucoup d'enfants. Je voudrais que tu m'emmènes voir les devins pour savoir ce qui se passe. Si je suis coupable et si je dois mourir, que je meure et qu'ils vivent. Si c'est un autre, alors je dois le connaître". Mais elle n'a pas voulu m'entendre et m'a dit de rentrer à Dakar. Et puis, j'ai su qu'on m'avait accusée d'appartenir à une association de sorciers du village et de dévorer moi-même l'âme de mes enfants. On disait cela parce qu'ils mouraient toujours par deux, l'un après l'autre. Moi, j'ai consulté les devins qui m'ont dit d'observer dans mon entourage. C'est alors que j'ai découvert que c'était la femme du frère de mon mari qui me voulait du mal. Et d'autres aussi qui s'étaient liés contre moi, tous de la famille de mon mari ».

« Alors les vieilles m'ont dit: "Tu dois retourner en Casamance faire le *kafaaalen* pour permettre à tes enfants de vivre". J'ai donc quitté Dakar et mon mari et tous les miens pour aller accomplir le rituel dans un village qu'elles m'avaient désigné et où je ne connaissais personne. A ce moment, Téréma avait six mois, mais il ne s'appelait pas encore ainsi. Téréma c'est le nom qu'on lui a donné là-bas: en manding, cela veut dire "tu me refuses". Les deux autres après lui ont été appelés Tombon, qui signifie en manding "celui qu'on a ramassé", et Sati Yalla, c'est-à-dire en wolof "regarde Dieu". Moi, on m'a baptisée Diawara, "celle qui se promène", en diola ».

« Au village, le premier soir, les femmes m'ont menée avec l'enfant sur l'autel rituel dans le Bois Sacré. J'avais peur, je ne savais pas ce qu'elles allaient nous faire. J'ai dû me déshabiller. Elles étaient toutes autour de moi. Elles ont sacrifié un coq sur l'autel, elles ont préparé le repas de farine de mil, et je l'ai mangé nue à quatre pattes comme un animal. Puis, elles ont donné à manger à un petit chien, et ensuite à mon enfant. Après cela, la plus vieille, l'*ati elufay*, m'a noué des cordelettes autour des poignets et de la taille pour me protéger. Et elle m'a dit de courir jusqu'au village. Mais pour l'atteindre, il fallait passer entre une double haie de jeunes garçons qui me frappaient au passage avec une baguette. Aujourd'hui encore, quand je repense à cela, je peux pleurer pendant deux jours, tellement j'ai enduré ».

« Je me suis donc réfugiée au village dans une concession où l'une des femmes s'est occupée de Téréma, elle était un peu sa secondemère. Je suis restée là-bas quatre ans. C'était très dur. Je devais piler le mil à deux mains, je devais aller puiser l'eau; tout ce que les autres femmes ne voulaient pas faire, c'était moi qui le faisais. Aussi, je devais les faire rire en racontant des histoires, en dansant tout le temps, en mettant des vêtements déchirés. Comme on disait qu'on m'avait remplacé l'estomac par celui d'un cochon, je n'étais jamais rassasiée et je mangeais beaucoup, à pleines poignées. Mon enfant, au début, je l'allaitais après avoir donné un peu à têter au petit chien; comme cela, il n'était pas malade ».

« Aujourd'hui encore, quand je repense à ces quatre ans, je peux pleurer pendant deux journées, tellement j'ai enduré. Mais c'est grâce à cela que mes enfants sont protégés; ils sont devenus *nasikosiko*, viande amère aux sorciers. Si une femme accomplit ce rituel, Dieu lui permet de garder ses enfants, c'est pour cela que je l'ai fait. Pas pour moi, car les sorciers qui ne peuvent plus s'attaquer à mes enfants continuent de se venger sur moi. Il y a quelque temps, mon bâton rituel, *egoley*, dont je ne me sépare jamais, a disparu, je ne sais pas comment: il était sur mon lit, je me suis endormie, à mon réveil il n'était plus là. On m'a dit qu'il avait été retrouvé dans le village où j'ai subi le rituel et qu'il fallait que j'y retourne pour me rendre sur l'autel dans le Bois Sacré. A nouveau, j'ai peur qu'un malheur n'arrive, car on me soupçonne de m'être associée aux sorciers ».

La voix de Diawara s'est éteinte dans la pénombre de la chambre où elle vient de dire son histoire. Elle est vêtue d'un vêtement bariolé, a le visage lourdement fardé et porte une perruque. Dehors, dans la lumière, les chants et les danses du baptême se prolongent sans elle, qui en est une fois encore la bouffonne. A cet instant pourtant, Diawara ne prête pas à rire: elle pleure. Ses quatre enfants morts, ses quatre années d'*afaaalena*, et cette accusation de sorcellerie toujours latente. Elle va, à ma demande indiscrète, chanter les strophes qu'elle a inventées pour chacun des enfants qu'elle veut aujourd'hui préserver: celui pour Téréma qui ne doit pas mourir comme ses frères et sœurs (car la forêt a donné tous ses arbres pour recouvrir de leurs branchages les petits cercueils); celui qui implore la guérison de Tombon (car il a chaud et cette pensée me tue, disent les paroles); celui où elle demande à son mari de ne pas emmener Sati Yalla au village de ses parents (car il en mourra).

Ainsi les femmes diola, lorsqu'elles perdent des enfants en bas-âge, doivent-elles irrémédiablement accomplir ce rituel éprouvant. En fait, l'obligation de subir le *kafaaalen* correspond à trois situations distinctes: la mort de plusieurs enfants avant l'âge de cinq ans environ, la survenue de plusieurs avortements spontanés, et la stérilité, le plus souvent secondaire. Autrement dit, il s'agit d'un rituel de préservation de la descendance, destinée à protéger la conception, la grossesse et le nouveau-né à naître.

Didier FASSIN, « La forêt n'a plus d'arbres », *Devenir*, 1989, 1-4, 134-137

– L'entretien *semi-structuré* ou *semi-directif*, qui réalise une situation intermédiaire, avec un guide d'entretien qui permet de suivre une certaine linéarité, sans s'en tenir à une chronologie ou à une formulation strictes.

L'emploi de l'une ou l'autre de ces techniques dépend du contexte, des interlocuteurs, et des conditions de passation de l'entretien. Par exemple, si plusieurs enquêteurs doivent interroger des femmes dans un dispensaire afin de connaître la succession des recours antérieurs, le caractère relativement prévisible des réponses (et donc des questions : où avez-vous consulté en premier ? que vous a-t-on donné ? avec quel résultat ? etc.), d'une part, et la nécessité de pouvoir comparer les résultats obtenus (en évitant autant que possible les effets dus à l'enquêteur lui-même), d'autre part, rendra préférable de réaliser des entretiens directs (cf. chapitre de Mara Viveros). A l'inverse, si l'on veut comprendre les raisons réelles qui ont motivé les choix thérapeutiques, en fonction aussi bien de l'interprétation qui est faite de la maladie que des contraintes économiques et des interventions familiales, il faudra procéder à des entretiens non directs (cf. chapitre de Marc-Eric Gruénais) de façon à reconstituer les histoires de maladie dans leur complexité et leur diversité.

Le plus souvent l'ethnologue et l'anthropologue ont recours à des entretiens non structurés (au moins en apparence, car ils savent en fait vers quoi ils veulent amener leur interlocuteur et orientent leurs questions en fonction de cette idée), laissant s'exprimer leur informateur sur ce qui lui semble intéressant sur un thème donné, de façon à réduire le biais ethnocentrique qui consiste à diriger l'interlocuteur d'une manière qui n'est pas nécessairement la plus signifiante pour lui (une forme paradoxale de ce biais étant le préjugé culturaliste qui tente de faire avouer une étiologie surnaturelle à une mère de famille qui tente d'expliquer que son enfant a seulement le paludisme ou la rougeole !). Toute la difficulté de l'entretien non directif vient de ce qu'il faut concilier la poursuite des objectifs de la recherche tout en laissant la personne s'exprimer comme elle l'entend : moins l'entretien est structuré, plus l'attention du chercheur est grande pour déceler toute phrase nécessitant un approfondissement dans la direction de la recherche (par exemple, l'aveu d'une pression de l'entourage dans un recours thérapeutique qui va permettre de faire apparaître un conflit entre deux lignages et une interprétation en termes de sorcellerie). En aucun cas, l'entretien non directif ne peut être assimilé à une conversation, car il nécessite un continuel esprit d'investigation.

1.3. Identification de l'interlocuteur

L'entretien *individuel* est la forme la plus habituelle : il permet une concentration et une intimité plus grandes ; surtout, il évite certaines interférences (la présence, même muette d'une belle-mère ou d'une co-épouse peut modifier totalement le climat et le contenu d'un entretien avec une femme).

L'entretien avec *quelques personnes* qui se sont choisies elles-mêmes est parfois utilisé pour traiter de sujets délicats, comme la sexualité ou la mort : il est censé éviter la gêne ou la dramatisation du face-à-face entre le questionné et le questionneur ; il importe, dans ce type d'entretien, d'identifier les liens de parenté, d'alliance, d'amitié ou de clientélisme existant entre les personnes (l'interprétation des discours doit tenir compte en particulier des relations de pouvoir entre les interlocuteurs qui influent sur la prise de parole et le contenu du discours).

L'entretien avec *un groupe* suppose en général une collectivité déjà constituée, telle qu'une association de femmes, un comité de santé, une classe d'école ou un club de sport ; il s'agit, grâce à une dynamique de groupe, de faire émerger, sur un thème donné, des idées et des contradictions qui ne seraient peut-être pas apparues dans une

série d'entretiens individuels ou à quelques-uns ; il faut cependant savoir que, compte tenu de l'effet d'entraînement, seules seront exprimées les opinions des meilleurs parleurs (ce type d'entretien constitue généralement une excellente entrée en matière lorsqu'on débute une recherche, mais nécessite toujours la poursuite de l'enquête auprès d'interlocuteurs entendus séparément).

Un point essentiel de l'entretien est de situer l'interlocuteur et son discours dans leur contexte social. D'où parle-t-il et à qui ? est la question que l'on doit se poser, en sachant que ce point n'est pas fixe et que, dans une même phrase, un chef de quartier peut s'exprimer en tant que notable local stigmatisant le manque d'initiative des populations, et en tant que simple citoyen se plaignant de l'incurie des pouvoirs publics. Un exemple permettra de préciser l'intérêt complémentaire des différents types d'entretien. Si l'on veut essayer de déterminer les problèmes de santé au niveau d'une commune urbaine, on pourra procéder successivement à une interview du Maire, à une rencontre avec quelques représentants du Parti, à des réunions avec des associations de femmes ou de jeunes, à une série d'entretiens dans les quartiers avec des hommes et des femmes interrogés chez eux à l'abri d'oreilles indiscrètes. On pourra par conséquent comparer, d'une part, les divers points de vue officiels entre eux (celui du Maire – élu représentant de la population, celui du comité politique – voix officielle du Parti, celui des associations souvent très liées au pouvoir politique), et, d'autre part, les discours officiels aux préoccupations des habitants (la qualité des confidences faites au domicile dépendant largement de la relation de confiance établie). On observera ainsi que plus on descend dans la hiérarchie du pouvoir (de l'homme politique à l'homme de la rue, des riches aux pauvres, des vieux aux jeunes, des hommes aux femmes), plus la vision de la santé et du système de soins s'éloigne de ses enjeux politiques et se rapproche des questions quotidiennes.

Une enquête de ce type, menée dans un village de Casamance cette fois, auprès d'une assemblée de notables d'une part et d'une assemblée de femmes d'autre part, avait conduit à deux types de réponses distinctes et cohérentes : les premiers exprimaient trois demandes en termes de pouvoir et de légitimité (construction d'un dispensaire en dur alors qu'ils en avaient un en boue séchée comme les autres maisons du village, obtention d'un infirmier diplômé d'État alors qu'ils bénéficiaient des services compétents et appréciés d'un agent communautaire, nécessité d'une ambulance alors qu'il n'y avait eu que deux transports urgents en deux ans, dont l'un pour un vieillard grabataire), cependant que les secondes parlaient de leurs deux préoccupations les plus douloureuses (les « maladies des femmes », c'est-à-dire les douleurs gynécologiques et les stérilités, les « maladies des enfants », c'est-à-dire les diarrhées et les fièvres dont ils mouraient durant l'hivernage) ; la prise en compte de ces deux niveaux d'analyse et d'exigence paraît aussi importante pour le sociologue que pour le développeur.

1.4. Conduite de l'entretien

En fonction du type d'enquête choisie, on aura recours à un questionnaire, un guide ou un simple canevas. Pour un entretien structuré ou directif, un *questionnaire* à questions fermées est nécessaire : la marge laissée à l'enquêteur pour exprimer ce qui n'a pas été prévu dans le questionnaire est mince ; il est donc préférable de réserver ce type d'instrument aux entretiens réalisés en nombre, pour lesquels on veut pouvoir extraire une information assez homogène, et dans lesquels on cherche à éviter une trop grande autonomie de l'enquêteur. Pour un entretien non structuré ou non directif, un *canevas* brossant à grands traits le cadre général suffit pour conduire l'interview : la place laissée à l'enquêté pour parler de ce qui lui semble important est

plus grande, ce qui permet souvent de recueillir un récit plus riche (si la personne a quelque chose à dire) ; en revanche, la liberté donnée à l'enquêteur rend nécessaire qu'il soit au fait des objectifs de l'interview et rompu à cet exercice difficile (si l'on veut éviter les digressions inutiles). Enfin, pour un entretien semi-structuré ou semi-directif, le *guide d'entretien* permet de canaliser, sans trop le restreindre, le discours de la personne interrogée (cf. encadré 3) : les questions sont larges, admettent des réponses de longueur variable en fonction de ce qu'a à dire l'enquêté ; il est important de prévoir des questions de relance permettant à la fois de recentrer la discussion autour des objectifs de l'étude et de faire parler d'aspects qui risquent d'être oubliés.

L'enregistrement se fait habituellement soit par écrit, soit par magnétophone (plus rarement par film). Lorsque c'est par *écrit*, on ne dispose habituellement pas de l'intégralité du matériel : d'une part, si l'on travaille dans une autre langue qu'on ne connaît pas (ou pas suffisamment), on n'a que l'information traduite par un autre (ou par soi), ce qui réduit considérablement la richesse du discours original et les possibilités de vérification de la qualité de la traduction ; d'autre part, et indépendamment de la question linguistique, on ne peut pas noter tout ce qui est prononcé, et on se contente souvent de la substance (il est à cet égard important de différencier dans les notes ce qui est repris textuellement, ce qui est un résumé ou une adaptation libre, et ce qui est un commentaire personnel – on utilisera par exemple respectivement des guillemets, des parenthèses et des crochets). Lorsque c'est un enregistrement *sonore*, on a l'avantage de bénéficier de la totalité et de l'originalité du document qu'on pourra ensuite réentendre ; de plus, pendant l'enregistrement on a l'esprit plus libre pour réfléchir aux questions suivantes et pour noter des commentaires personnels ; le magnétophone est généralement bien accepté lorsque les enquêtés sont prévenus et ont la possibilité de s'écouter ensuite ; les seuls inconvénients en sont le temps nécessairement long et fastidieux passé ensuite à la transcription des bandes sonores, et plus encore l'auto-censure que s'imposent les enquêtés, ce qui les conduit même parfois à faire des révélations une fois l'enregistrement terminé.

L'entretien soulève des questions délicates au cœur même de la relation entre le chercheur et ses interlocuteurs (cf. encadré 4). C'est en effet une technique difficile pour laquelle la qualité des rapports humains établis dès les premiers instants est essentielle à la bonne conduite de toute la séance : savoir se présenter, exposer ses objectifs, aborder avec tact certains thèmes est aussi important que la compétence technique du chercheur et la qualité intellectuelle de son investigation. La réciprocité (inégaie, certes car le chercheur bénéficie d'avantages sociaux et financiers très grands par rapport à l'enquêté) peut intervenir à deux niveaux : dans l'échange d'information (le guérisseur ou le paysan peut avoir envie de poser à son tour des questions à l'ethnologue qui ne doit pas s'esquiver) ; et dans la rémunération de l'informateur (traditionnellement, un savoir se paie en cadeaux, en services ou en savoirs, il n'y a donc rien de choquant à ce que celui qui livre des connaissances réclame son dû). D'une manière générale, le respect de l'informateur est une exigence éthique – malheureusement pas toujours prise en compte – de la recherche en sciences sociales.

3 Guide d'entretien pour une étude de la consommation de boissons

1. L'EAU

– Enumération des différentes variétés d'eaux connues, consommées, conseillées, réservées, rejetées, interdites, en fonction de l'âge, du sexe, du statut social, des événements marquants de la vie, du cycle calendaire et de celui des saisons.

- . eau naturelle de puits, de source, de citerne, de fontaine villageoise
- . eau minérale gazeuse ou non
- . eau potable, non potable, saumâtre

– Valeur accordée et place dans l'alimentation

1.1. Fonctions alimentaires

a) Proportions de la consommation par rapport à la consommation totale de boisson

– Fréquence et quantité de consommation selon l'âge, le sexe, la saison

b) Modes de consommation

- en tant que boisson
 - . chaude ou froide
 - . naturelle ou aromatisée, sucrée ou non
 - . mélangée à d'autres produits : vin, sirop
- en tant qu'élément liquide entrant dans l'alimentation
 - . soupes, bouillies, sauces

1.2. Fonctions médicinales

a) Consommation ou rejet selon que le produit est jugé bénéfique ou néfaste

- Propriétés effectives
- Propriétés attribuées

b) Quantité et fréquence d'absorption dans une perspective médicale

1.3. Fonctions économiques, sociales et religieuses

- Division sexuelle du travail de transport de l'eau
 - . moment de la journée pour l'effectuer
 - . commerce de l'eau
 - . signification de l'eau dans les cérémonies religieuses

2. BOISSONS NON ALCOOLISÉES

– Enumération des boissons non alcoolisées connues, consommées, conseillées, réservées, rejetées, interdites, en fonction de l'âge, du sexe, du statut social, des événements marquants de la vie, du cycle calendaire et de celui des saisons.

– Répartition de la production de boissons non alcoolisées

- | | |
|--------------------------|---|
| . consommation familiale |] en totalité
partiellement (pourcentages) |
| . vente | |
| . échanges | |
| . dons et contre-dons | |

– Valeur accordée, place dans l'alimentation familiale et proportions des fabrications

- | | |
|-----------------------------|--|
| . familiales |] achetées
chez un producteur
chez un commerçant |
| . locales | |
| . extérieures et étrangères | |

2.1. Fonctions alimentaires

a) Proportions de la consommation par rapport à la consommation totale de boissons et par rapport à celle de boissons alcoolisées

– Fréquence et quantité de consommation selon l'âge, le sexe, la circonstance

- . boissons quotidiennes ou occasionnelles

b) Modes de préparation

- . obtention de jus par pression (ex. jus d'orange, de pamplemousse)
- . dilution ou dissolution à l'eau froide (ex. sirop de fruits ou de fleurs, eau de réglisse, verjus, essence de graines de pistache)
- . infusion ⁽¹⁾ à l'eau chaude (ex. tisanes aromatisées, thé, café)
- . décoction ⁽²⁾ (ex. café turc, chocolat)
- . macération ⁽³⁾ de plantes (ex. quinquina)
- . fermentation de petit-lait à l'aide d'une levure (ex. khéfir)
- . coagulation (ex. lait caillé)

(1) Infusion : action de laisser tremper une substance dans un liquide afin qu'il se charge des principes qu'elle contient

(2) Décoction : action de faire bouillir une substance dans un liquide pour en extraire les principes solubles.

(3) Macération : opération qui consiste à laisser séjourner une substance dans un liquide, jusqu'à dissolution des parties solubles.

c) Modes de consommation

- . froides ou chaudes
- . sucrées ou non
- . pendant, ou en dehors des heures de repas
- . à la bouteille, au chalumeau, dans un verre, une tasse

2.2. Fonctions médicales

- Consommation ou rejet selon que le produit est jugé bénéfique ou néfaste
 - . Propriétés effectives : boissons toniques (ex. quinquina) ; boissons déconseillées aux insomniaques (ex. café)
 - . Propriétés attribuées
- Fréquence et quantité de consommation dans une visée médicale
- Recueil des recettes de boissons non alcoolisées.

3. BOISSONS ALCOOLISÉES

- Énumération des boissons alcoolisées connues, consommées, conseillées, rejetées, interdites, réservées, en fonction de l'âge, du sexe, du statut social, des événements marquants de la vie, du cycle calendaire et de celui des saisons.
- Répartition de la production de boissons alcoolisées

<ul style="list-style-type: none"> . consommation familiale . vente . échanges . dons et contre-dons 	} en totalité . partiellement (pourcentages)
--	---
- Valeur accordée, place dans l'alimentation et proportions de fabrications

<ul style="list-style-type: none"> . familiales . locales . extérieures et étrangères 	} achetées . chez un producteur . chez un commerçant
--	--

3.1. Fonctions alimentaires

a) Proportions et consommation par rapport à la consommation totale de boissons et par rapport à celle de boissons non alcoolisées.

- Fréquence et quantité de consommation selon l'âge, le sexe, la saison, la circonstance.
 - . boissons quotidiennes ou occasionnelles

b) Modes de préparation

- Fermentation
 - . vin de datte, d'orge, de raisin
 - . bières de graines, de riz, de manioc, de blé, d'orge, de sorgho
 - . cidre, hydromel, raki
- Distillation
 - . alcool de fruits (ex. prunes, cerises, raisin, poires, framboises)
 - . liqueur de graines, fruits, plantes, tubercules,
 - . analogie de la distillation avec la cuisson à la vapeur
- Cuisson
 - . vins cuits
- Recueil de recettes de boissons alcoolisées

c) Modes de consommation

- . en boissons journalières (ex. vin, bière)
- . en boisson occasionnelle (ex. alcool de fruits, vins fins)
- . incorporée à des desserts (ex. salade de fruits, pâtisserie)
- . en cuisine (adjonction à certains mets)

3.2. Fonctions médicales

- Consommation ou rejet selon que le produit est jugé bénéfique ou néfaste
 - . Propriétés effectives : alcool déconseillé aux ulcéreux
 - . Propriétés attribuées : vin dispensateur de la force
- Fréquence et quantité de consommation dans une perspective médicale

**4. FONCTIONS SOCIALES ET ÉCONOMIQUES
DES BOISSONS**

- Célébration des boissons par le chant, l'image
- Gestes rituels avant, pendant, après consommation
 - . absorption rituelle comme excitant
- Éléments de sociabilisation pour nouer, maintenir des liens familiaux ou amicaux
- Spécificité des consommations selon le sexe (ex. vin, bière, alcool pour les hommes ; boissons non alcoolisées, liqueurs douces pour les femmes)
- Valorisation, périodes de tolérance, d'abstinence, interdits (ex. boissons alcoolisées interdites pour les enfants, femmes enceintes, nourrices)

4 Le temps de l'entretien

La résistance des familles à l'interrogation et à l'attention particularisante qu'implique toute observation s'est manifestée parfois de manière aiguë, lors des premiers contacts. Il s'agissait alors de dégager la composition de la famille et les liens de parenté, de préciser quelques éléments de l'histoire de l'enfant, son premier développement, ses maladies éventuelles, son comportement habituel ou réactionnel à tel ou tel événement, etc.

Toutes les questions directes sur ces sujets, caractéristiques d'un début d'enquête, ont laissé perplexes mes interlocuteurs. Pour eux, je n'étais pas sans évoquer les figures ambiguës de l'agent de l'administration ou du sergent-recruteur de l'époque coloniale ⁽¹⁾. Mais ce n'était là que l'aspect le plus superficiel de nos relations, les stéréotypes historiques qui surgissent au premier contact avec tout Européen. L'inadéquation de ce discours et de cette approche, eu égard aux normes culturelles wolof, constituait un obstacle bien plus difficile à lever. Le seul fait de questionner suscitait dès le départ la réserve et les réticences de certains membres de la famille.

Pour les Wolof, interroger sur une personne tend à remettre en cause sa position sociale soutenue par le consensus collectif, à la particulariser aux yeux des autres. Les questions portant sur ses attributs de statut peuvent être admises et même encouragées mais dès qu'elles touchent à son individualité, à son passé, à ses qualités, elles sont éprouvées comme irrespectueuses, voire agressives. En particulier, toute parole, question ou commentaire qui énonce publiquement les qualités visibles d'une personne (et plus encore d'un jeune enfant) est censée éveiller la jalousie, le *cat* ⁽²⁾, l'attaque de sorcellerie. Interroger la mère sur le nombre de ses enfants est porteur des mêmes menaces. « Combien as-tu de bouts de bois (*bant*) ? » « Combien as-tu d'ombres (*takandeen*) ? » lui demandera-t-on ⁽³⁾.

Soulignons aussi que l'interrogation directe n'est pas le moyen traditionnellement admis pour acquérir la connaissance. Elle n'est que tolérée. Elle doit être subordonnée au temps de l'écoute et de l'observation silencieuse. Questionner, c'est inviter l'interlocuteur à faire état d'un savoir personnel alors que la connaissance est un attribut de statut. Dans une unité sociale donnée, seules certaines personnes sont habilitées à la révéler.

Mais il faut aller plus loin. Les normes culturelles ne sont pas des fictions juridiques. Questionner le père ou la mère sur l'enfant, sur son histoire, sur ses relations, c'est constituer en objet de savoir ce par rapport à quoi l'un et l'autre parents sont impliqués subjectivement. C'est encore faire intervenir implicitement des modèles d'individualité européens qui contraignent le père et la mère à occuper une position inhabituelle vis-à-vis de l'enfant. Ce sera par exemple s'adresser à la mère ou au père comme à quelqu'un qui peut et doit rendre compte des conduites de l'enfant et qui est à même de réajuster son comportement envers lui en fonction d'une interrogation sur la portée de ses actions et de ses attitudes, l'utilité de ses dons, etc. Les observations donnent à penser qu'une telle interrogation est, là plus qu'ailleurs, prise en charge et portée par le discours familial qui restitue, qualifie, énonce la valeur des conduites de chacun.

Lorsqu'un père, une mère décrivent le comportement d'un enfant en réponse à une question de l'interlocuteur, ils évoquent généralement des conduites ou des états à valeur sociale, immédiatement lisibles, qui situent l'enfant sur une échelle communément admise de sociabilité. Ils décrivent rarement des comportements spécifiques, ils ne s'interrogent pas sur ce que l'enfant éprouve : « il est calme, il ne pleure pas, il s'amuse avec ses compagnons » ; « il est agité, il est impoli, quand ça lui plaît, il pleure ».

Ces réponses, fussent-elles contrastées, constituent des descriptions assez neutres, pour ainsi dire génériques, de l'enfant. Elles pourraient toutes s'accompagner du commentaire : « c'est ainsi », « il est ainsi », « tous mes enfants ont été ainsi ». Il est difficile d'en repérer la valeur différentielle. Il faudra une longue habitude pour pouvoir saisir d'emblée toutes les nuances qui séparent, par exemple, les commentaires suivants : « il ne pleure pas beaucoup », « il est impoli, quand ça lui plaît, il pleure », « il aime s'amuser mais il pleure trop ». Les contextes dans lesquels ces propos reçoivent tout leur sens n'apparaîtront qu'après un temps d'observation et plus particulièrement à travers les commentaires que provoquera, chez la mère, telle ou telle conduite de l'enfant.

Si ces réponses en termes de sociabilité viennent assez facilement résorber l'inconfort suscité par une interrogation sur la conduite de l'enfant, les réticences apparaissent immédiatement lorsqu'on questionne sur certaines particularités de son physique et de son caractère. La plupart de ces particularités sont codées dans une série de représentations collectives qui seront analysées plus loin. Disons seulement que nombreuses sont les qualités dont l'évocation est objet d'interdits. Toute interrogation ou toute remarque sur la beauté, la santé, l'intelligence, la vivacité de l'enfant, sur sa ressemblance avec ses parents... est déplacée. Elle n'est supportée que formulée dans un langage métaphorique ou sous une forme d'inversions qui en annulent la charge agressive ⁽⁴⁾.

L'observateur parcourt dès lors une série d'étapes au fur et à mesure qu'il prend conscience de cette résistance culturelle à l'interrogation et à l'attention particularisante. Dans un premier temps, il se rend compte qu'il incite ses interlocuteurs à occuper une position que leurs modèles culturels récusent. Dans un deuxième temps, il cherche à faire taire ses propres modèles d'individualité en adoptant une attitude d'écoute et de réserve. Dans un troisième temps enfin, il s'efforce d'utiliser positivement les normes culturelles de ses interlocuteurs tout en restant attentif aux lacunes, aux détours, aux silences des dialogues et des discours.

Jacqueline RABAIN, *L'enfant du lignage*, 1979, p.30-33

(1) Parfois, c'est au second entretien que se manifestaient les résistances : on me demandait pour qui je travaillais, si j'étais payée pour cela, si je n'étais pas fatiguée de questionner. A ma 4^e visite, une mère, qui m'avait fait dès le début apparemment très bon accueil, avouait qu'elle pensait que « j'interrogeais pour revenir quand les enfants seraient grands » (c'est-à-dire pour les emmener).

(2) *Cat* : Le bout pointu de la langue qui blesse, dévitalise, amoindrit la personne. Celui qui a le *cat* (*boroom cat*) ou la mauvaise langue (*lâmmin bu aay*) agit à coups de louanges : « comme tu es belle », « tu es beaucoup d'enfants » et la personne tombe malade, perd ses enfants, etc.

(3) *Bant* : bout de bois, de caractère périsable.

(4) « Il est laid » pour « il est beau » ; « il est léger, c'est un morceau de papier » pour « il est gros, bien portant », etc.

2. L'OBSERVATION

2.1. Voir et interpréter

Les limites principales de l'entretien sont liées, comme on l'a vu, à ce qu'il n'est que la production d'un discours pour lequel on est tributaire de la bonne volonté et de la bonne foi de l'interlocuteur, de sa capacité à comprendre ce qu'on lui demande et à exprimer ce qu'il pense, de son statut social et de sa vision du monde, de sa biographie personnelle et de l'histoire de son groupe. A ces incertitudes des énoncés, l'observation oppose la matérialité des faits (événements, situations, etc.) : pour l'ethnologue, le conflit lignager auquel il assiste, le malade qu'il voit partir à l'hôpital, le devin qu'il suit dans son travail, le rituel agraire qui se déroule sous ses yeux sont bien réels. De plus, l'observation offre de cette réalité une lecture qui en restitue la globalité (on peut tout regarder, sinon tout voir) et la durée (on vit les choses dans le même temps que celui de l'enquête).

Mais l'observation aussi a ses limites puisqu'elle dépend de la capacité de l'observateur à voir et à comprendre : même si l'on écarte les cas – probablement moins rares qu'on ne le dit – où le fait observé est fortement influencé par la présence du chercheur (quand ce n'est pas uniquement pour lui qu'est faite la mise en scène !), il n'en reste pas moins que l'œil ne perçoit que ce qu'il sait regarder et que le cerveau n'identifie que ce qu'il est prêt à discerner (un proverbe bambara ne dit-il pas : l'étranger ne voit que ce qu'il connaît ?).

Le regard sélectionne ce qui lui paraît signifiant et l'interprète par rapport au sens qu'il donne à l'ensemble de la scène observée. Au cours d'une séance de sacrifice ou de possession, on peut être frappé par les aspects spectaculaires (la violence des gestes, la frénésie des danses, la splendeur des masques) et négliger des éléments apparemment plus anodins, mais essentiels à la compréhension (la disposition des objets, les paroles des acteurs, le devenir de la dépouille) : ce qui fait la qualité de la description et de l'interprétation des tambours d'affliction ndembu de Zambie étudiés par Victor Turner (1972), c'est à la fois la richesse dans le détail (jusqu'au choix des couleurs rituelles qui signifient les substances fondamentales) et la prise en compte de la totalité du social (reliant notamment l'explication des séquences rituelles aux conflits lignagers).

De même, l'esprit analyse les choses de la manière dont il a appris à le faire. Comme le note Jean-Claude Chamboredon (1971), la vision que l'on a de la délinquance des jeunes est fortement influencée par le lieu où l'on travaille. « Ces délits ou ces crimes insignes sont entièrement construits selon des catégories psychologiques et selon une étiologie « psychologisante » dont l'élément essentiel est le rôle perturbateur des conflits familiaux. En effet, en France, la criminologie a été, au cours de son développement, rattachée essentiellement à la psychologie et à la psychiatrie, et l'introduction de ces disciplines dans l'instruction et le traitement des cas de délinquance n'a fait qu'accentuer cette liaison... Au contraire, aux États-Unis, où la criminologie s'est développée comme une branche de la sociologie, la délinquance oppose moins d'obstacles aux règles de construction propres à la sociologie ». Autrement dit, pour un même phénomène, l'explication (et du même coup la solution qui en découle) est de nature psychologique d'un côté, de nature sociologique de l'autre.

Ainsi ne saisit-on une société, une institution, des pratiques, qu'à travers ce qu'on sait, ce qu'on croit, ce qu'on veut démontrer, ce à quoi on s'intéresse. C'est pourquoi il n'y a jamais d'observation neutre ou innocente. Pas plus qu'il n'y a d'ailleurs d'observation exhaustive ou complète.

5 Qu'il faut, au moins, un sujet

Quoique j'aie vécu toute cette histoire dans une certaine confusion, je puis dire aujourd'hui qu'elle s'ordonne autour de quelques situations caractéristiques dans lesquelles mes interlocuteurs m'ont mise en demeure d'avoir à occuper la position qu'ils me désignaient, me signifiant ainsi qu'ils n'avaient que faire de mon écoute parce qu'il ne leur importait pas d'être simplement compris, ou encore, pour utiliser le langage de la théorie de la communication, qu'ils n'avaient nul besoin d'un décodeur. En sorcellerie, recevoir des messages oblige à en émettre et qui soient signés : il était temps que je prenne moi-même la parole.

A titre indicatif, voici quelques exemples de la manière dont j'ai, ainsi, été prise à partie.

1) La première fois que des ensorcelés m'ont raconté leur propre histoire (et non celle d'hypothétiques «*arriérés*»), c'était parce qu'ils m'avaient identifiée comme la désenvoûteuse qui pourrait les tirer d'affaire. 2) Quelques mois plus tard, un paysan interprète ma «*faiblesse*», assume la fonction d'annonciateur de mon état d'ensorcelée et me conduit chez sa désenvoûteuse pour m'y faire «*déprendre*». 3) Pendant plus de deux ans, je sou mets les événements de ma vie personnelle à l'interprétation de cette désenvoûteuse. 4) Divers ensorcelés me demandent de les «*déprendre*». Bien qu'à ce moment-là je sache parfaitement manier le discours magique, je me sens incapable d'assumer la position de parole qui le soutient et je les conduis à ma thérapeute. 5) Enfin, cette désenvoûteuse, avec qui j'ai noué des relations complexes (je suis à la fois sa cliente, sa courtière et le garant de la vérité de sa parole dans les cures auxquelles elle me fait participer), me charge de lui amener le guérisseur qui mettra fin à ses douleurs corporelles et d'assister celui-ci dans sa tâche.

On peut dire que, dans le cas idéal où j'aurais pu choisir en connaissance de cause, l'alternative était à chaque fois la suivante : ou bien je refusais cet accollement de mon nom à une place et je me retirais du procès de parole, en signalant qu'il y avait erreur sur la personne (*je ne suis pas celle que vous croyez*) ; ou bien j'acceptais d'occuper la position qu'on me désignait, à moins que je n'en propose une autre que je serais plus en mesure d'assumer (*je ne suis pas à la place que vous croyez*). Dans le premier cas, je quittais le Bocage, où je n'avais désormais plus rien à faire ; dans le second, le procès de parole continuait, mais j'avais à m'y mettre en position du sujet de l'énonciation.

Jeanne FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts*, 1977, p. 30-31

2.2. Participation de l'observateur

On distingue habituellement, en fonction du degré d'investissement du chercheur dans le groupe qu'il étudie, plusieurs types d'observation (cette fois encore, les dénominations peuvent varier) :

- l'*observation participante* est la plus classique depuis les travaux de Bronislaw Malinowski dans les îles Trobriand ; au sens strict, il s'agit pour le chercheur de devenir familier à la société qu'il étudie afin de mieux en comprendre la vie quotidienne, les relations, les enjeux (cf. chapitre d'Annie Hubert) ; habitant une case du village ou une maison du quartier, s'impliquant dans les éléments ordinaires ou exceptionnels, parfois travaillant au sein de la communauté, ...allant plus rarement jusqu'à épouser un membre ou la religion du groupe ; ce qui pose le problème de la distanciation du sujet ;

- le *regard extérieur* correspond à une démarche idéale dans laquelle le chercheur tente d'objectiver au maximum sa relation avec les gens et les faits qu'il étudie de façon à se rendre quasiment transparent ; il assiste avec discrétion aux scènes qu'il observe (cf. chapitre d'Emmanuelle Kadya Tall) ; cependant, bien entendu, sa seule présence modifie nécessairement l'ordre des choses et ne permet jamais d'obtenir d'extériorité parfaite ; ce qui conduit à s'interroger sur les phénomènes d'interférence avec l'observation ;

- le recours aux *observateurs participants* réalise une situation assez particulière puisque le chercheur ne s'introduit pas personnellement dans le groupe qu'il étudie ; c'est une technique surtout utilisée lorsqu'il est difficile de pénétrer un milieu (pour des raisons d'âge, de sexe, d'activités illicites) ; l'un des membres du groupe joue alors le rôle d'observateur et fournit le compte-rendu détaillé des activités ; ce qui met en cause la fiabilité de l'information et qui soulève des questions d'éthique vis-à-vis des informateurs ainsi sollicités ;

- en fait, ces diverses positions sont un peu artificiellement décrites, et l'observation apparaît souvent comme une combinaison de participation et d'extériorité, d'implication personnelle du chercheur et de recours à des informateurs.

Le chercheur n'a d'ailleurs pas toujours le choix de sa technique : elle lui est en partie imposée par les circonstances et par les interlocuteurs. Ainsi, E.E. Evans-Pritchard (1980 : 15) peut-il comparer la façon dont il a vécu et travaillé dans deux sociétés africaines : « Parce que je devais être en contact tellement étroit avec les Nuer, je les connaissais plus intimement que les Azande, sur lesquels je suis pourtant capable d'écrire un rapport plus détaillé. Les Azande ne me laissaient pas vivre comme l'un d'entre eux ; les Nuer ne me permettaient pas de vivre autrement. Parmi les Azande, j'étais forcé d'habiter à l'extérieur de la communauté ; parmi les Nuer, j'étais obligé d'être un membre de la communauté. Les Azande me traitaient comme un supérieur ; les Nuer comme un égal ». La liberté de manœuvre du chercheur est ainsi réduite et la qualité de son travail tient à sa capacité à s'adapter à la situation, tout en analysant la façon dont il le fait : l'expérience de Jeanne Favret-Saada travaillant sur la sorcellerie dans le Bocage vendéen est à cet égard éclairante sur le degré d'implication parfois nécessaire et sur les limites de la distanciation de l'ethnologue (cf. encadré 5). Pourtant, même intégré au cœur des préoccupations de la société qu'il étudie, le chercheur ne peut oublier que ses intérêts divergent d'avec ceux de ses interlocuteurs, et que notamment l'usage qu'il fait du matériel obtenu (par exemple articles ou livres) n'a rien à voir avec celui de ses enquêtés (par exemple traitements ou désensorcellements).

6 Boniface ou le dernier des Alladian

Il est assez logique que ce travail se termine sur l'évocation de celui qui l'a rendu possible et, dans une certaine mesure, a infléchi son orientation. Tout a commencé avec Boniface, un soir de la fin 1965 où un chef de village me le présenta. Enquêteur presque imposé par un notable, Boniface devait inquiéter le chercheur débutant soucieux de ne pas se laisser circonvenir par le milieu qu'il étudiait ; je le pris à l'essai et ce fut le début d'une collaboration de plusieurs années – entrecoupée pour lui de périodes de chômage quand je me trouvais en France. Boniface se révéla très au fait des subtilités de sa société, doué d'une remarquable mémoire généalogique ; il avait notamment une connaissance approfondie de l'histoire et de la composition des lignages de Grand-Jacques – encore qu'il n'appartint pas à l'un des deux lignages dans lesquels se transmettait alternativement la chefferie traditionnelle : il fut, à tout le moins, le premier de nos informateurs (...).

Mais ce n'est pas en cela que résida son apport le plus original. Avec le temps nous étions devenus, je crois, amis et Boniface, sachant à quoi je m'intéressais, se risqua à quelques confidences personnelles, qui m'expliquèrent après coup certains comportements passés : d'enquêteur il devint insensiblement enquêté ; je comprenais mieux rétrospectivement, ses malheurs et ses craintes ; du coup mon enquête le rattrapait ; j'observais sa vie quotidienne d'un oeil nouveau, sans doute mieux adapté ; il faisait partie de mon « sujet ». Je n'avais pas eu besoin de Boniface pour découvrir l'importance en Basse Côte des croyances à la sorcellerie et l'influence actuelle d'une histoire religieuse mouvementée : guérisseurs et clairvoyants étaient légion ; l'ombre de Bregbo portait sur toute la lagune ; chaque décès, chaque maladie grave donnaient lieu à des interprétations sur la nature desquelles nul ne faisait véritablement mystère. Mais il faut bien dire qu'en la matière Boniface était orfèvre ; par lui je fus très facilement mis en rapport avec des spécialistes de la voyance et de la contre-sorcellerie, mis au courant des « affaires » villageoises, averti dès qu'un événement d'importance – décès, interrogation de cadavre, querelle publique, départ à Bregbo – méritait de retenir l'attention. Enfin je compris progressivement que lui-même vivait intensément le drame dont nous essayions ensemble d'identifier les acteurs et de comprendre le scénario. La plupart des maux qui l'accablaient de temps à autre au point de le rendre incapable de tout travail – violents maux de tête, douleurs d'oreilles prolongées, maux de ventre – étaient manifestement,

comme on dit, d'origine psycho-somatique ; il lui fallut construire un tombeau à ses parents pour que disparussent ses douleurs à l'oreille, faire à sa famille maternelle la promesse d'un voyage à Daloa trop longtemps différé pour que s'atténuassent ses maux de tête : à titre préventif, il refusa un héritage ; c'est avec le même soin inquiet, et le même système d'interprétation, qu'il veillait à la santé de ses enfants. Boniface vivait dans l'angoisse et ne perdait pas de vue la « partie forte » de son matrilignage, menace incessante dont il s'appliquait à conjurer les effets par une prudence exemplaire.

Notre dialogue, dès lors, devint assez étonnant. Je ne me sentais pas le droit de ruser avec Boniface, d'entrer dans son jeu sans annoncer la couleur, de lui jouer la comédie. Il admit mon incrédulité et accepta des gouttes pour ses oreilles. Lui-même faisait preuve d'un remarquable esprit critique, prompt à dénoncer la malhonnêteté des « charlatans » plus soucieux d'argent que de guérison, les conflits d'intérêt qui s'exprimaient dans les accusations de sorcellerie ; cet esprit critique pouvait d'ailleurs aller fort loin : Boniface avait une vision désabusée et quasi cynique des grandeurs de ce monde. Néanmoins, il en revenait au caractère irrécusable de l'expérience : ni ses maladies, ni ses guérisons n'avaient été des illusions ; il avait « senti » le cadavre peser sur ses épaules et le forcer à marcher ou à reculer ; il savait d'expérience qu'on ne néglige pas impunément ses parents – paternels ou maternels. De mon côté j'étais sensible à la logique du système ; je crois avoir été capable de porter sur tel ou tel décès un diagnostic vraisemblable ; l'immodestie du rapprochement est assez évidente pour qu'on l'excuse ; je crois ressentir assez profondément la vérité des propos d'Evans-Pritchard lorsque, en substance, il se dit capable de raisonner dans la logique de ceux qu'il étudie. Boniface n'était pas une institution que j'observais mais un interlocuteur. Que fût clairement défini mon point de vue sur des croyances que nous étudions ensemble mais que je ne partageais pas, c'était une question d'éthique – si l'on veut : de déontologie. Mais aussi de pratique ; je retrouvai l'alternative ancienne : observation participante ou distanciation ; par rapport aux systèmes de représentation traditionnels et à leurs déviations chrétiennes, j'étais bien à la fois dehors et dedans ; et Boniface aussi ; simplement, quand je me risquais, de l'extérieur, à pénétrer dans leur logique interne, lui, de l'intérieur, gagnait sans difficulté un point de vue extérieur et plus critique ; nos points de départ, et nos démarches, étaient inverses mais symétriques. Au sens premier, nous sympathisions. Boniface voyait venir mes objections et j'attendais ses arguments. Nous y gagnâmes certainement l'un et l'autre.

Marc AUGÉ, *Théorie des pouvoirs et idéologie*,
1975, p. 311-315

2.3. Le rôle de l'informateur

Les personnes qui apportent au chercheur les données dont il a besoin pour son enquête ont un statut très particulier en sciences sociales, et notamment en ethnologie. En effet, elles sont à la fois celles avec qui l'on parle le plus et celles dont on parle le moins : paradoxalement, alors que c'est par elles que le chercheur tient l'essentiel des informations qu'il va exploiter et publier, elles ne seront souvent qu'à peine mentionnées dans les textes qui feront la synthèse des recherches (que l'on consulte, pour s'en assurer, une revue d'ethnologie ou d'anthropologie prise au hasard : on n'y trouvera probablement que très peu d'articles donnant des précisions sur l'informateur grâce auquel a été établi un système nosographique, un schéma d'organisation sociale, un inventaire des usages alimentaires). Outre les problèmes éthiques que pose une telle attitude, ce silence sur les conditions rend dubitatif sur la qualité des données ainsi présentées.

Qui est l'informateur ? Quel statut a-t-il dans la société ? Comment a-t-il obtenu les renseignements et les connaissances qu'il confie au chercheur ? Dans quelle langue s'exprime-t-il avec les gens et sur quel ton leur parle-t-il ? Faute de se poser lui-même ces questions, le chercheur risque des déboires et faute d'indiquer ces éléments au lecteur, il risque de le tromper. On se souvient de l'exemple de Margaret Mead, accusée de s'être fiée à une information obtenue par une femme ayant passé dix jours, cinquante années auparavant, à Samoa dans un lieu d'ailleurs différent de celui où elle avait elle-même travaillé. On peut citer aussi ce commentaire de Jean Bazin qui s'étonne de quelques inconsistances dans une monographie sur les Bambara (1985 : 93) : « C'est ainsi que Louis Tauxier peut rassembler les matériaux de sa Religion bambara grâce à son interprète et son garde-cercle alors qu'il est en poste à Niafouké... au sud-ouest de Tombouctou, dans une région où les Fulbe (« Peuls ») forment, comme dit Tauxier, « la population dominante » (...). L'interprète en question est un Foutaka (« Toucouleur »), c'est-à-dire un descendant des guerriers venus conquérir Ségou en 1861 depuis le Fouta sénégalais sous la conduite d'Al-Hajj Umar. Mais comme note Tauxier, « il a vécu à Ségou jusqu'à quinze ans en plein milieu bambara » ce qui lui vaut la qualification de "métis Poullo-Bambara" ».

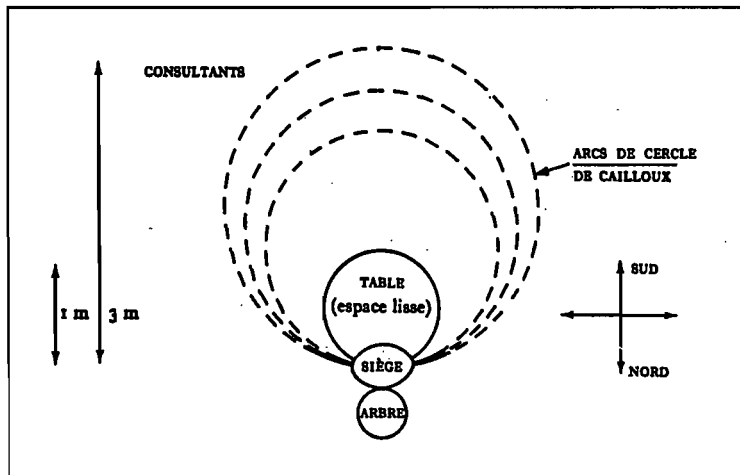
Intermédiaire entre le chercheur et la société qu'il étudie, l'informateur joue un double rôle d'interprète de la langue et de la culture. Il ne livre pas seulement une traduction des mots, mais aussi une traduction des concepts, des représentations, des pratiques. On est souvent frappé, lorsqu'on voit un ethnologue sur son terrain, du degré de dépendance qu'il a par rapport à celui ou celle qui va lui expliquer un fait, lui donner la clé d'une situation, lui faire remarquer un détail essentiel qui ne lui était pas apparu comme signifiant. Que penser ensuite du coup de gomme qui efface souvent la trace de celui ou celle qui a joué ce rôle pendant des mois ou des années ? On pourrait bien sûr citer de nombreuses exceptions à ce silence, exceptions où l'auteur essaie de préciser comment se passe la relation avec l'informateur privilégié (cf. encadré 6). Cette relation n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur l'existence même de l'informateur, successivement valorisé (par l'autorité du chercheur) et abandonné (à la fin de la recherche), souvent au centre d'enjeux directement liés à la présence de l'ethnologue et à la position ambiguë, en quelque sorte interculturelle, occupée par l'informateur lui-même, puisqu'il doit adopter un point de vue distant sur sa propre société et parler des siens à un étranger.

2.4. Le déroulement de l'observation

L'observation est probablement l'une des techniques les plus difficiles à mettre en œuvre sur le terrain : ayant tout à décrypter à la fois, le chercheur manque souvent de

7 Description d'un lieu de divination

Le lieu de divination du village, le *hale*, est généralement situé à la lisière de la brousse sous un arbre. Celui-ci est souvent un *tabakame* (*Balanites aegyptiaca*), dont l'importance symbolique ne semble pas directement en rapport avec la divination, pour autant que nous le sachions. Sous l'arbre, les résultats de la consultation précédente sont encore visibles : des centaines de pierres disposées en trois ou quatre arcs de cercle autour d'un espace lisse et d'une grosse pierre plate enfoncée dans le sol au pied de l'arbre.



La pierre plate est le siège du devin. Le tronc de l'arbre est son dossier. L'espace lisse est sa table de travail. Les arcs de cercle sont généralement orientés vers le sud, direction bénéfique pour les Moundang. Leur alignement régulier contraste avec le désordre des pierres inutilisées que le devin a laissées éparpillées tout autour du *hale*.

Les consultants prennent place à la périphérie de ce dispositif soit en face du devin, soit sur ses côtés dans l'ombre de l'arbre. Les *kindani* ordinaires ne réunissent jamais beaucoup de monde, un ou deux parents du malade, mais exceptionnellement le malade lui-même, la personne qui le soigne et éventuellement ses aides, un collègue ou un élève du *pa-kindani* qui témoigne de son impartialité et l'assiste dans ses travaux, enfin le devin lui-même. Pourtant, la consultation n'a rien de secret. Ceux qui passent par là restent un moment et écoutent les énoncés du devin. Mais, ils se lassent rapidement de ce spectacle quotidien et s'en vont qui dans la brousse, qui au bord de l'eau, qui au marché.

Alfred ADLER et András Zempléni, *Le bâton de l'aveugle*, 1972, p.50-51.

repères pour commencer. La durée dans laquelle s'inscrit l'observation permet d'aborder la société dans sa globalité. Ce n'est souvent qu'après plusieurs mois d'enquête exploratoire sur les structures sociales, les règles matrimoniales, les activités quotidiennes, les pratiques rituelles, les comportements alimentaires, etc. que l'on se met réellement à étudier le thème auquel on s'intéresse ; cependant dès cette première étape, on essaie généralement d'orienter la recherche vers l'objet d'étude.

Parmi les techniques de repérage, la *cartographie* des lieux est souvent utile, car elle permet d'une part de se situer dans un endroit inconnu et d'autre part d'étudier comment se fait l'occupation de l'espace (cf. encadré 7). Ainsi, le plan d'un village ou d'un quartier, et la localisation des gens à divers moments de la journée, permet de différencier des endroits fréquentés et des endroits évités, des lieux de passage et des lieux de séjour, dont on mettra la connaissance à profit pour l'organisation de séances d'éducation sanitaire ou la construction d'une structure de soins. De même, le plan d'un dispensaire, sur lequel on fait figurer la circulation des malades du guichet aux diverses salles d'attente, de consultation, de pansement, d'injection, de renutrition, donnera beaucoup d'indications sur la façon dont les patients peuvent vivre leur visite au poste de soins.

Toujours parmi les instruments facilitant l'approche initiale, les *inventaires* se révèlent souvent fructueux, en ce qu'ils contraignent l'esprit à un souci de systématisme et d'exhaustivité. Les ethnologues établissent ainsi des listes de plantes, en mentionnant pour chacune leurs différents usages, ou bien de rituels, en précisant pour chacun les diverses circonstances qui les rendent nécessaires (cf. encadré 8). Par rapport à des préoccupations de développement, on peut de même tenter de repérer les institutions et les personnes qui détiennent des pouvoirs dans les différents champs de la vie sociale (politique, religieux, culturel, syndical, etc.), les pratiques et outils de l'agriculture ou de l'élevage, les personnels et les fonctions des structures de santé, etc. — selon le domaine de l'intervention prévue. Certains manuels pratiques de terrain se présentent d'ailleurs sous cette forme énumérative et détaillée.

Les « trucs » indiqués ici ne sont qu'une entrée en matière, une façon de se familiariser avec un terrain, une tentative d'approcher la société dans sa globalité, mais ils ne dispensent pas du travail de mise en problématique, c'est-à-dire de la formulation d'une question à laquelle l'observation doit permettre de répondre et surtout d'une hypothèse que la recherche a pour but de confirmer ou d'infirmer. Par exemple, devant l'échec d'un programme visant à faire participer la population à des activités d'hydraulique villageoise, la question peut être : en quoi les activités proposées ne rencontrent-elles pas les logiques paysannes ? et l'hypothèse, à la lumière des premières investigations : le choix et le fonctionnement des structures participatives ne correspondent pas à l'organisation sociale et politique villageoise ; ou bien : la technologie proposée présente un degré de sophistication dépassant les compétences techniques locales...

En fait, l'observation ne se fait jamais sans une théorie, explicite ou implicite, qui va servir de grille de lecture et permettre de trier dans les faits pour leur donner sens. Ainsi, Emile Durkheim (1968) voit-il la religion comme une forme particulière de connaissance, alors que Max Weber (1964) l'aborde sous l'angle du pouvoir, le premier la considérant comme un système symbolique et le second comme un système politique. Ainsi, Claude Lévi-Strauss (1967) étudie-t-il la façon dont on se marie dans les diverses sociétés comme un ensemble de normes édictées par le groupe, cependant que Pierre Bourdieu (1980) insiste sur les stratégies matrimoniales mises en œuvre, le premier faisant du mariage un code social où la part du choix individuel est réduite par le respect des règles prescrites, le second y voyant une affaire d'intérêts où la liberté des sujets est confrontée aux calculs complexes des familles et des alliés.

8. Des maladies et de leur traitement

ANÉMIE

Bain de sel marin.

Décoction feuilles de laitue légèrement sucrée et aromatisée avec fleur d'oranger.

Infusion de mélisse 5 à 15 g. p. litre d'eau.

Infusion de menthe 10 à 15 g. p. litre d'eau.

ANGINE

Gargarisme à l'eau tiède légèrement salée avec jus de citron.

Gargarisme avec décoction sureau (15 g. fleurs) par litre.

Gargarisme avec eau de poireau. Un gros poireau coupé fin et bouilli dans quantité d'eau suffisante, pendant 1/4 d'heure.

Une poignée de feuilles de fraisier dans 1/2 d'eau. Décoction à utiliser en gargarisme tiède.

APHTES (« AFFRES ») BOUCHE

Faire bouillir petits trèfles avec sel et tenir dans la bouche le plus longtemps possible tiède.

Puis prendre une gousse orange, l'ouvrir y placer du sel fin Cérébos – en contact 10 minutes avec les affres.

Enfin prendre miel 2 cuillerées, et 1/2 citron toucher les endroits malades – et boire le reste.

Cochlearia à mâcher.

Jean BENOIST, *Les camets d'un guérisseur réunionnais*, 1980, p.41-42.

Entretien et observation ne s'opposent aucunement. Il est même inconcevable de réaliser un travail ethnologique (et peut-être également sociologique) sans cette double approche qui consiste à vérifier par l'observation des faits ce qui est dit par les informateurs et à analyser ce que l'on voit à la lumière des explications données par les acteurs. Le risque est d'ailleurs moins de négliger l'entretien que l'observation, plus longue, plus exigeante, et l'une des erreurs fréquemment commise au début est de s'en tenir exclusivement à ce que disent les gens de leurs coutumes, de leurs comportements, de leurs institutions, de leur organisation sociale, sans confronter leur discours avec l'observation directe : or c'est justement dans ces décalages entre le dire et le faire – de même qu'entre les différents points de vue – que se trouvent fréquemment les clés de la compréhension des faits sociaux.

Ces techniques constituent la base de l'ethnologie, et dans une certaine mesure de toute recherche en sciences sociales. Principalement qualitatives, elles apparaissent complémentaires des techniques quantitatives : par la connaissance du terrain qu'elles permettent, elles rendent possibles la définition de la problématique, la formulation des questions et l'interprétation des résultats ; à l'inverse, elles trouvent la vérification de leurs hypothèses, la validation de leurs questions et l'obtention de leurs résultats dans les analyses statistiques. Si elles appartiennent à la phase initiale de toute étude sur une société ou un groupe, étant principalement descriptives, elles n'en sont pas moins nécessaires dans les étapes ultérieures, où il s'agit d'expliquer et d'interpréter, de construire des variables et de rédiger des questionnaires.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER A. & ZEMPLÉN A.

1972 *Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*, Hermann, Paris.

AUGE M.

1975 *Théorie des pouvoirs et idéologie, Étude de cas en Côte d'Ivoire*, Hermann, Paris.

BAZIN J.

1985 « À chacun son Bambara », *Au cœur de l'ethnie*, J.L. Amselle et E. M'Bokolo, La Découverte, Paris, 87-126.

BENOIST J.

1980 *Les carnets d'un guérisseur réunionnais*, Fondation pour la recherche et le développement dans l'Océan Indien.

BERTAUX D.

1980 « L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses particularités », *Revue Française de Sociologie*, 69, 197-225.

BOURDIEU P.

1980 « La terre et les stratégies matrimoniales », in *Le sens pratique*, Minuit, Paris, paru dans *Annales* 1972, 4-5, 1105-1125.

CHAMBOREDON J.C.

1971 « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue Française de Sociologie*, XII, 335-377.

DURKHEIM E.

1968 *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Presses Universitaires de France, Paris.

EVANS-PRITCHARD E.E.

1980 *The Nuer. A Description of the Modes of Livelihood and Political Institutions of a Nilotic People*, Oxford University Press, New York and Oxford, 1ère édition 1940.

FASSIN D.

- 1989 « La forêt n'a plus d'arbres. Rituel de reproduction et condition des femmes en Casamance (Sénégal) », *Devenir*, 1-4, 134-137.

FAVRET-SAADA J.

- 1977 *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris.

HAMMERSLEY M. & ATKINSON P.

- 1983 *Ethnography. Principles in practise*, University of Cambridge Press, Cambridge.

LEVI-STRAUSS C.

- 1967 *Les structures élémentaires de la parenté*, Mouton, La Haye, Paris, 1ère édition 1949.

LEWIS O.

- 1963 *Les enfants de Sanchez, autobiographie d'une famille mexicaine*, Gallimard, Paris, 1ère édition américaine 1961.

RABIN J.

- 1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*, Payot, Paris.

RAYBAUT P.

- 1977 *Guide d'étude d'anthropologie de l'alimentation*, Centre Universitaire Méditerranéen, Nice, ronéot., 79 p.

SHAW C.R.

- 1930 *The Jack-Roller*, The University of Chicago Press, Chicago.

SPERBER D.

- 1982 *Le savoir des anthropologues, Trois essais*, Hermann, Paris.

TALAYESVA DON C.

- 1959 *Soleil Hopi*, Terre Humaine, Plon, Paris.

THOMAS W. & ZNANIECKI F.

- 1927 *The Polish Peasant in Europa and America*, A.A. Knopf, New York.

TURNER V.W.

- 1972 *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*, Gallimard, Paris, 1ère édition 1968.

WEBER M.

- 1964 *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris, version allemande 1947.

ANALYSER

Variables et questions

Didier FASSIN

Expliquer et interpréter : la recherche en sciences sociales fait souvent se succéder une phase *descriptive* où il s'agit d'accumuler des informations dans tous les secteurs d'activité de façon à pouvoir dresser le tableau le plus complet possible du fonctionnement de la société, et une phase *analytique*, où l'on tente à la fois de rechercher des causes aux faits observés et d'en dégager le sens. Cette démarche d'explication et d'interprétation s'appuie sur des méthodes déductives qui procèdent par démonstration théorique et surtout sur des méthodes expérimentales qui visent à vérifier une hypothèse par les données empiriques. C'est à la seconde approche qu'on s'intéresse ici, plus particulièrement à travers la présentation de deux étapes essentielles dans la recherche sociologique et anthropologique : la construction de variables et la rédaction de questionnaires.

Bien que les études ayant pour objectif d'analyser de manière compréhensive un fait social fassent appel aussi bien à des techniques qualitatives que quantitatives, c'est à ces dernières que l'on a recours dès qu'on cherche à étudier la régularité d'un phénomène : en effet, une observation unique, même parfaitement conduite, ne permet habituellement pas de généralisation, car il peut s'agir d'un cas particulier, d'une coïncidence, d'une exception ; le passage à un niveau supérieur de généralité suppose le plus souvent la confirmation dans un échantillon suffisamment important pour réduire le risque d'avoir affaire au hasard et suffisamment aléatoire pour assurer son caractère représentatif. Les illustrations données ici seront principalement extraites d'enquêtes quantitatives, mais on verra que l'approche qualitative n'en est jamais absente.

1. LES VARIABLES

1.1. Construction et validation

Avant d'entrer dans l'étude des variables, il est peut-être utile de rappeler que la réalisation d'enquêtes quantitatives suppose que l'on puisse compter des individus, des biens, des comportements, etc., c'est-à-dire que l'on transforme des données complexes (populations, richesses, pratiques) en des indicateurs simples (nombre d'habitants, possession d'un poste de radio ou de télévision, utilisation de structures sanitaires, par exemple). Cependant, même le dénombrement peut poser des problèmes, comme le montre François Pouillon (cf. encadré 1) à propos du comptage du bétail chez les Bédouins et les Peuls : constatant que les analyses qui consistent à expliquer ces difficultés par la peur du fisc ou par la crainte d'une malédiction ne suffisent pas à rendre compte des faits qu'il observe, il en vient à s'interroger sur le

1 Pourquoi les pasteurs nomades ne peuvent pas compter leur bétail

Quoi de plus *dénombrable* qu'un troupeau ? Le comptage des moutons tient bien les vertus soporifiques qui lui sont imputées de la simplicité sans surprise de l'opération. Il ne devrait plus rester qu'à demander au berger le chiffre de son troupeau. Mais il semble que ça ne soit pas si simple ; et même que l'on se heurte là à un obstacle que l'on peut qualifier d'épistémologique. Tous les observateurs des sociétés pastorales le disent : la question, si on a l'inconvenance de la poser, n'est pas de celles qui facilitent le dialogue. Connaissions-nous les raisons de cet universel mutisme ? Les analystes les plus sagaces semblent avoir été gênés par la généralité même du phénomène : ils ne pouvaient évidemment se satisfaire de quelques justifications locales, comme l'ethnologie en produit. Il y faut des raisons plus générales.

Les auteurs en proposent couramment deux, susceptibles d'une application assez large pour se faire d'ailleurs, si l'on y regarde bien, une dangereuse concurrence. La première, que l'on peut qualifier de matérialiste, suggère que, face à une question qui ressemble fort à une investigation fiscale, les pasteurs craignent, bien légitimement, quelque mauvaise retombée. En cela, ils ne se différencient pas des agriculteurs ou de n'importe quel contribuable. A ceci près cependant que leur activité ayant, à plus d'un égard, une dimension libérale, ils peuvent mieux que d'autres se soustraire aux investigations, fussent-elles purement scientifiques. N'écartons pas cette interprétation : elle fleurit une rusticité de bon aloi, bien adaptée à son objet. Mais il en existe une seconde, que l'on peut au contraire qualifier d'idéaliste, à cause de la noblesse des motivations avancées : les pasteurs éviteraient d'énoncer avec précision l'effectif de leur troupeau parce qu'ils redouteraient de s'en voir sanctionnés par quelque divinité, punis d'avoir déclaré leur un bien dont la possession est hautement précaire. Pour une explication culturelle, celle-ci a la curieuse destinée d'être invoquée à propos des systèmes de pensée les plus variés : en Afrique notamment, elle est indistinctement appliquée à des musulmans et à des animistes. Elle a au moins, semble-t-il, cette vertu de calmer assez universellement la curiosité des ethnologues et peut être tenue, à ce titre, pour une croyance ethnologique. La conséquence étant que l'on estime alors impossible toute enquête sur ce sujet : l'interdit supposé a bien été intériorisé par les observateurs.

Le propre d'un secret est d'être gardé. Il semble que tel n'ait pas été le cas ici car, malgré le mystère dont la question serait partout entourée, on observe couramment ce fait institutionnel indiscutable que des chiffres finissent toujours par être produits : les statistiques qui se publient régulièrement sous l'égide d'organismes officiels, nationaux ou internationaux, nous fournissent imperturbablement, à l'unité près, sans s'accorder les libertés de l'approximation, ces renseignements que l'on a tant de mal à obtenir de l'informateur le mieux disposé. Il est vrai que les pouvoirs ont accès à d'autres sources, à travers les services fiscaux ou vétérinaires par exemple, et aussi qu'ils ont les moyens d'engager des enquêtes recourant à des procédés techniques plus perfectionnés, comme les comptages à partir de photographies aériennes. Une discussion sérieuse et un peu personnelle avec les responsables de ces publications statistiques, qui autrement construiraient

volontiers des calculs sophistiqués sur des données aussi suspectes, conduit à faire quelques concessions sur ces évaluations *évidemment* approximatives et plutôt destinées à donner un ordre d'idées... Ce qui devrait nous conduire à nous interroger en retour sur les vertus proprement magiques conférées au chiffre par les technocrates des pays sous-développés et les organismes internationaux qui y opèrent.

Les choses pourraient en rester là si l'on admettait que ces questions n'ont pas d'importance pour les sociétés concernées. Ce n'est évidemment pas le cas : l'activité pastorale consiste quand même essentiellement à chercher à augmenter le nombre de ses animaux. On ne peut sérieusement penser que les pasteurs méconnaissent totalement l'effectif du troupeau qu'ils élèvent, même s'ils utilisent, pour l'évaluer, des subterfuges propres à conjurer le sort. Au-delà des procédés arithmétiques, le comptage à l'estime, qui se lit dans le regard du patriarche, est sans doute aussi précis que le fameux pesage que le maquignon effectue d'un coup d'oeil au moment de la vente. Le chiffre du bétail, malgré la susceptibilité des informateurs, et même à cause d'elle, n'est pas une question indifférente. Elle intéresse en tout cas les intéressés. Un ethnologue ne peut pas renoncer à pousser ses investigations dans cette direction du seul fait que l'enquête sur ce terrain paraît particulièrement difficile. Le secret entretenu désigne à lui seul un objet à élucider : comme toujours, les lois du silence risquent d'être bien plus instructives que ce que l'on cherche à cacher.

Et on est ainsi ramené au problème de fond : celui de l'appropriation. Car à qui appartient le troupeau ? A celui (ou à celle) qui le garde ? A celui (ou à celle) qui le traite ? A celui qui peut disposer de ses produits, lait ou croit, temporairement ou définitivement ? A celui qui peut décider de sa dévolution en le prêtant, le confiant ou le vendant ? Ou interdire telle ou telle de ces affectations ? A celui qui est en situation d'en hériter ? A celui qui est en position politique, économique ou militaire d'en soutirer une part ? A celui enfin qui aurait le pouvoir (le droit) de le compter ? A tous ceux-là assurément, à condition que l'on précise chaque fois sous quel rapport et à quel degré. Sans invoquer à nouveau la prétendue propriété collective, qui n'a sans doute jamais existé chez des pasteurs, on admettra qu'il y a dans le domaine de l'élevage des formes d'appropriation plurielles, circonscrites et articulées entre elles, qui redoublent les réseaux sociaux et qui ne sauraient être moins complexes que ceux-ci : d'ailleurs il n'est pas de relation, jusqu'à celle à l'hôte étrangère, qui ne soit sanctionnée par le don d'un animal. Le fait est que pour ce qui est d'avoir des animaux, on ne se retrouve généralement pas très seul.

C'est à cette logique que se heurtent les agents de l'Etat, du développement, du progrès, etc. qui cherchent à s'implanter dans le domaine de la production pastorale pour l'orienter selon leurs objectifs propres. Une telle prise de contrôle passe par une révolution juridique en partie endogène : l'appropriation *personnelle* par un membre dominant du campement de l'ensemble du troupeau géré en commun. Il faut que ce processus s'accomplisse pour que l'approche par dénombrement, autrement totalement dépourvue de sens, prenne quelque consistance.

besoin de chiffres chez les développeurs et sur les stratégies de dissimulation parmi les éleveurs, pour finir par constater que la question posée (combien avez-vous de bêtes ?) ne peut recevoir de réponse précise puisqu'elle ne prend pas en considération les réalités sociologiques de l'appropriation du bétail dans ces différents groupes nomades. C'est dire que la quantification de données plus complexes pose des problèmes encore plus délicats (Héran 1983), ainsi qu'on le verra plus loin.

La vérification d'une hypothèse fait souvent appel à la construction des variables c'est-à-dire à la traduction de concepts en éléments opératoires se prêtant au classement, qu'il s'agisse d'une mise en ordre, d'une mise en catégories ou d'une mise en chiffres : sexe, âge, niveau d'études, profession des parents, classe sociale, type de personnalité, degré d'intégration sociale, etc. Le questionnaire s'attachera ensuite à identifier le contenu des variables : opération facile lorsque le concept est simple (sexe, âge, niveau d'études, profession des parents – encore que, comme on le verra, des items apparemment simples le sont, sur le terrain, moins que prévu) et difficile lorsque le concept est complexe (catégorie sociale, type de personnalité, degré d'intégration sociale). La construction des variables comprend plusieurs étapes (Boudon 1980).

Tout d'abord, l'élaboration des *concepts* : cette phase correspond habituellement à la mise en forme de la problématique ; s'il s'agit par exemple d'analyser chez les étudiants la relation entre le milieu familial et les résultats à l'école, les deux concepts pourront être le capital social des parents et la réussite scolaire des enfants. Mais qu'entend-on par capital social ? Va-t-on privilégier la dimension économique (revenus), culturelle (scolarité), relationnelle (réseaux) ? Et de même, que signifie réussite scolaire ? Par rapport à quelle norme et sur quels critères (écart à la moyenne, redoublement, filière) va-t-on décider qu'un enfant échoue à l'école ?

Ensuite, il faut préciser les *indicateurs* dont on va se servir afin de mesurer précisément ces concepts. Pour représenter le capital économique, choisira-t-on la catégorie socio-professionnelle, le niveau des revenus, le quartier de résidence, les signes extérieurs de richesse ? Pour le capital culturel, préférera-t-on le nombre d'années d'études ou la dernière classe fréquentée, le diplôme le plus élevé ou la profession exercée, les caractéristiques du père ou de la mère ? Pour le capital relationnel, parlera-t-on du réseau de relations en termes qualitatifs ou quantitatifs, précisera-t-on à quels milieux appartiennent les personnes situées dans ces réseaux ? Pour la réussite scolaire, envisagera-t-on de prendre en compte le classement de l'enfant (et dans ce cas, la réussite consiste-t-elle à être parmi les meilleurs ou à se situer dans la moyenne), l'âge par rapport à la classe, l'existence de redoublement, le type de filière suivie, l'accès à l'enseignement supérieur, les résultats à un examen comme le baccalauréat ? C'est à toutes ces interrogations qu'il faut répondre au moment où l'on construit des variables – interrogations évidemment très liées au travail d'élaboration de l'hypothèse (plus celle-ci est précise, plus les indicateurs sont faciles à déterminer).

Enfin, il faut passer à la formulation exacte des *questions* car même à ce stade, il reste encore de nombreuses possibilités entre lesquelles on devra trancher. Si l'on s'intéresse aux signes extérieurs de richesse, de quels éléments va-t-on s'enquérir : automobile, téléviseur, résidence secondaire, deuxième véhicule, etc. ? Si l'on aborde le type de filière, que va-t-on demander : la filière suivie le plus longtemps, ou la dernière filière suivie ? En fait, le choix de la question dépend de trois éléments : sa capacité à mesurer effectivement ce qu'on cherche à mesurer (qu'est-ce qui dans une société donnée est le plus pertinent pour indiquer un signe extérieur de richesse, par exemple ?) ; sa capacité à discriminer, c'est-à-dire à diviser l'échantillon étudié en groupes de tailles pas trop différentes (en évitant, pour rester dans la même

illustration, de prendre comme signe extérieur de richesse un critère certes intéressant mais que possède seulement 1 % de la population) ; enfin, sa capacité à être posée simplement et comprise de manière univoque (ainsi, bien qu'un signe extérieur de richesse soit ce que l'on cherche à montrer pour se distinguer, la question ne peut pas être : possédez-vous des objets coûteux que vous utilisez comme signe de distinction ?...).

Ce n'est qu'au terme de ces trois étapes que les variables sont construites : cependant assez souvent, le choix des concepts ou des indicateurs n'est pas explicité, et l'on se précipite directement sur les questions ; ce type de raccourci conduit alors à des difficultés, parfois insurmontables, au moment de l'analyse des données et de la rédaction des conclusions. Il est donc essentiel de respecter autant que possible ce cheminement scientifique.

Mais comment s'assurer que la question finale correspond bien à l'interrogation initiale, que le fait de posséder un téléviseur mesure réellement la richesse économique, que le choix d'une filière indique effectivement la réussite scolaire ? Pour cela, il est nécessaire d'effectuer une *validation*, procédure complexe dans laquelle on peut distinguer deux modalités possibles. Ou bien, on dispose d'un critère absolu qui va servir en quelque sorte d'étalon : par exemple, le revenu mensuel total d'un ménage (tenant compte de toutes les ressources directes et indirectes, gains et redistributions) ; on peut alors comparer la possession d'un téléviseur avec ce revenu pour établir dans quelle mesure la première est indicative du second (étant beaucoup plus simple à identifier, elle permettrait ainsi d'éviter de nombreuses questions et vérifications qu'imposerait le calcul du revenu). Ou bien, on ne dispose pas de référence incontestable : par exemple, la réussite scolaire (car beaucoup de facteurs de nature différente peuvent en être témoins) ; dans ce cas, il va falloir comparer entre eux les différents critères choisis, de façon à étudier leur degré de corrélation et surtout la cohérence de leur liaison (c'est ainsi qu'un facteur qui ne varie pas dans le même sens que les autres peut être considéré comme non valide). La première procédure correspond à une validation externe, le second à une validation interne.

Pour fixer plus concrètement les choses, on prendra un exemple extrait d'une recherche (Fassin 1987) dont il est question dans un chapitre précédent sur la différenciation sociale de l'accès aux soins, menée dans la banlieue de Dakar.

1.2. Expérience urbaine

L'un des points abordés concernait les rapports entre l'urbanisation et la santé, ou plus précisément entre les conditions de vie en ville et le recours aux structures sanitaires. Mais quelle analyse sociologique peut-on mettre derrière « urbanisation » et « conditions de vie en ville » ? Y a-t-il une homogénéité conceptuelle de la citadinité, ou bien cette idée recouvre-t-elle des concepts différents ? À partir d'observations ethnographiques et de lectures diverses, trois thèmes distincts apparaissent significatifs : l'ancienneté en ville, l'intégration urbaine et l'attachement villageois.

En fait, l'*ancienneté en ville* relève de deux éléments : le nombre d'années qu'on y a passées et l'âge auquel on s'y est installé ; on peut en effet estimer que la durée et la précocité de la « citadinisation » sont deux phénomènes dissociables (conceptuellement et pratiquement). Par *intégration urbaine*, il s'agit de parler de l'insertion dans les réseaux de sociabilité et de communication de la ville : comment est-on en mesure d'utiliser l'espace urbain dans sa vie quotidienne ? Enfin par *attachement villageois*, on entend les relations sociales que continue d'entretenir le citadin avec son milieu d'origine : en quoi est-il encore lié à la société rurale où ses

parents ont vécu ? Trois concepts auxquels on va tenter de faire correspondre indicateurs et questions (cf. encadré 2). Pour la définition des concepts et la formulation des questions, c'est la connaissance du terrain qui avait permis de déterminer les éléments paraissant pertinents. Cependant, il fallait vérifier qu'ils mesuraient bien ce qu'on voulait qu'ils mesurent – c'est-à-dire procéder à une validation.

Mais comment valider des indicateurs aussi complexes et aussi difficilement définissables que l'intégration urbaine ou l'attachement villageois ? Comment s'assurer qu'appartenir à une association de quartier signifie bien une meilleure intégration urbaine et que ne pas parler sa langue maternelle indique bien un attachement villageois moins profond ? Evidemment, on n'a pas ici de critère absolu : si les années passées en ville ou l'âge à l'arrivée en milieu urbain paraissent des indicateurs objectifs *a priori* fiables (encore que les années passées en ville n'aient pas la même signification si elles l'ont été de manière ininterrompue ou si elles correspondent à des séjours répétés et que l'âge à l'arrivée en milieu urbain puisse être celui de la première venue ou celui de l'installation définitive, ce qui diffère parfois de plusieurs années surtout pour les hommes), en revanche on ne peut en dire autant des indicateurs utilisés pour l'intégration urbaine et l'attachement villageois.

La validation a donc consisté à observer dans l'analyse statistique si les trois éléments constitutifs des indicateurs synthétiques variaient dans le même sens lorsqu'on les corrélait avec les diverses mesures de l'accès aux soins (vaccination, consultation, accouchement). Avec l'intégration urbaine, c'était le cas, mais non avec l'attachement villageois pour lequel l'une des questions donnait des réponses variant en sens inverse des deux autres : l'appartenance à une association d'originaires était corrélée positivement avec l'accès aux soins, alors que la connaissance de la langue maternelle et le retour récent au village lui étaient associés négativement, tout comme l'attachement villageois ; en fait, on peut penser que l'appartenance à une association d'originaires, comportement typiquement de citadins, traduit plus l'intégration urbaine (de la même façon que n'importe quel phénomène associatif) que l'attachement villageois (qu'il manifeste sans doute aussi, mais plus comme un sentiment exprimé par un habitant des villes). Ainsi, le produit de l'analyse anthropologique (choix et construction des indicateurs) est-il toujours intéressant à confronter à une procédure de validation (étude du sens des corrélations) : le calcul statistique apporte en effet ici un correctif à l'étude des relations ville-village, en montrant ce que signifie réellement faire partie d'une association d'originaires.

1.3. Stratification économique

Dans les pays industrialisés, l'analyse du niveau économique fait appel à différents concepts dont les plus habituels sont les catégories professionnelles et surtout les classes sociales qui permettent d'intégrer des dimensions plus diverses que le simple niveau de revenus. Dans les pays en développement, en revanche, les tentatives de classification en catégories professionnelles telles que le Bureau International du Travail les utilise parfois, ou bien en classes sociales comme l'a fait Mahjemout Diop pour l'Afrique de l'Ouest (1971-1972), se montrent bien peu opératoires et il faut faire intervenir d'autres concepts comme ceux de redistribution et d'ostentation (cf. chapitre de Claude Raynaud).

Dans l'économie africaine, par exemple, la catégorie professionnelle est d'autant moins pertinente que la majorité des travailleurs appartiennent au secteur dit informel qui s'accommode mal de ce type de classification : peut-on mettre dans la même catégorie « commerçant » le vendeur ambulant de cigarettes, l'épicier de

2. Indicateurs permettant d'apprécier la citoyenneté

Ancienneté en ville :

1. Depuis combien d'années êtes-vous installé à Dakar ?
2. Quel âge aviez-vous lorsque vous vous y êtes installé ?
3. Vos parents y habitent-ils actuellement ?

Intégration urbaine :

1. Parlez-vous le wolof (langue véhiculaire) ?
2. Connaissez-vous le nom du délégué de votre quartier ?
3. Appartenez-vous à une association de votre quartier ?

Attachement villageois :

1. Parlez-vous la langue de vos parents (langue ethnique) ?
2. Quand êtes-vous retourné dans votre village pour la dernière fois ?
3. Appartenez-vous à une association d'originaires de votre village ?

Didier Fassin, « Pauvreté, urbanisation et santé », *Psychopathologie Africaine*, 21 : 2, 155-176.

quartier et le négociant faisant de l'import-export avec des pays du monde entier ? De même, la classe sociale, telle que définie dans la littérature marxiste, permet mal de rendre compte de situations faisant intervenir le secteur capitaliste et le secteur non capitaliste, le libéralisme économique et le clientélisme politique, le système des castes et l'exploitation dans le mode de production domestique : les ouvriers sont-ils encore un prolétariat quand ils sont parmi les rares à bénéficier de revenus réguliers et d'une protection sociale, quand ils sont considérés comme plutôt privilégiés, et quand eux-mêmes ne semblent pas manifester de réelle conscience de classe ? Quant à la mesure du revenu mensuel d'un ménage réalisée dans certaines enquêtes, elle paraît procéder d'une méconnaissance du fonctionnement économique et d'une vision naïve de la société africaine : comment chiffrer et totaliser l'ensemble des sommes reçues et données, quand il s'agit de circulation à la fois quotidienne et irrégulière, impliquant de l'argent autant que des biens non marchands et des services non quantifiables, et surtout se développant dans un système complexe d'échanges à la fois matériels et symboliques ? La lecture du roman de Sembene Ousmane, intitulé *Le mandat* (1966) est à cet égard révélatrice, puisqu'on y voit le héros engagé dans un jeu complexe de prêts, d'emprunts et de dons, à l'annonce d'un mandat qui n'arrivera jamais.

Malgré ces difficultés, il est parfois nécessaire d'avoir des indicateurs de niveau économique lorsqu'on réalise une enquête sur la consommation des ménages, ou l'accès aux soins, ou encore lorsqu'on recense une population dans une perspective d'intervention dans le domaine social. Comment donc mesurer le degré de pauvreté ou de richesse ? Puisque la catégorie professionnelle, la classe sociale, les revenus ne paraissent pas pertinents, il faut avoir recours à des variables donnant des images indirectes et partielles, mais éventuellement complémentaires, du niveau économique.

C'est ce qui a été fait dans l'enquête déjà évoquée. Trois questions étaient posées : le chef du ménage est-il salarié ? êtes-vous propriétaire de la maison ? possédez-vous un salon ? *Le salaire du chef de ménage* indique à la fois un revenu régulier (quelque soit son niveau) et une protection sociale (notamment vis-à-vis de risque de maladie) ; cependant, si un salarié est en moyenne plus riche qu'un non salarié, un riche commerçant ou marchand peut avoir un revenu dix, cent ou mille fois supérieur à celui d'un ouvrier ou d'un employé ; de plus, dans le contexte de crise des pays africains, la régularité des ressources est sans cesse menacée par le risque de licenciement économique ; enfin lorsqu'il s'agit de fonctionnaires, l'avantage du salaire disparaît lorsque l'Etat est en faillite puisqu'il ne paie plus son personnel et que le système de soins n'en accepte plus les prises en charge. *Le statut foncier* est également censé indiquer la richesse, puisque l'on considère qu'être propriétaire correspond à une situation meilleure qu'être locataire ; cette règle, vérifiée statistiquement, est pourtant sujette à caution dans l'analyse fine et le cas particulier ; en effet, les jeunes cadres préfèrent généralement être locataires dans des zones résidentielles correspondant mieux à leur statut social, alors que les chefs de ménage pauvres cherchent souvent à devenir propriétaires, même dans des quartiers non viabilisés et peu salubres, donc moins coûteux, afin d'assurer un patrimoine pour leurs enfants. Enfin, la *possession d'un salon* (c'est-à-dire d'une pièce meublée d'un salon et d'un fauteuil, décorée de façon ostentatoire et servant à recevoir) est un signe extérieur de richesse dans la société dakaroise et mesure par conséquent à la fois l'existence de moyens financiers pour l'acquérir et le désir d'en offrir la démonstration aux autres ; mais il s'agit bien sûr d'un élément très lié à un système de valeurs (et notamment de représentation de la richesse) qui n'est pas partagé par tous ; ainsi, les familles peul traduisent-elles plutôt leur pouvoir économique en cheptel (troupeaux dans l'intérieur du pays), alors que les ménages soninké transforment leurs ressources en biens immobiliers (construction de maisons à étages) ; le salon n'est ainsi qu'un révélateur de l'adhésion à une culture dominante (qu'on pourrait

3. Inégalités des sexes et formes d'exploitation

La femme, malgré sa fonction irremplaçable dans la reproduction, n'intervient jamais comme vecteur de l'organisation sociale. Elle disparaît derrière l'homme : son père, son frère ou son époux. Cette condition de la femme n'est pas naturelle. Elle résulte de circonstances historiques changeantes, toujours liées à ses fonctions de reproductrice.

Dans les hordes de chasseurs, où dominent les problèmes d'appartenance et d'accouplement, peu préoccupées des nécessités de la reproduction à long terme, les femmes sont plus recherchées comme compagnes que comme reproductrices. On y pratique peu l'enlèvement. Les guerres semblent rares et, quand elles adviennent, elles n'ont généralement pas la femme comme objet. Les unions sont précaires. Beaucoup d'observateurs s'accordent pour reconnaître que les femmes jouent un rôle influent, tout le temps que l'exemple de leurs voisins agriculteurs ne modifie pas leur mode de vie.

Lorsque, dans les sociétés agricoles, les femmes sont convoitées pour leurs qualités de reproductrices, elles sont davantage menacées. Quelles que soient leur constitution physique ou leur capacité à se défendre, elles sont plus vulnérables parce qu'objets permanents d'agressions d'hommes *ligués* pour les ravir. Leur préservation, leur maintien dans leur groupe d'origine – qui devient une des préoccupations majeures – réclament l'intervention organisée de tous ses membres et plus particulièrement de ceux sur qui ne pèsent pas les mêmes menaces d'enlèvement, c'est-à-dire les hommes. Ceux-ci en viennent ainsi à exercer leur *protection* sur elles, puis leur *domination*. Ainsi, vis-à-vis tant des hommes de leur groupe qui les protègent que de ceux des autres groupes qui les raptent pour les protéger à leur tour, les femmes se trouvent rejetées dans une situation de dépendance, qui prélude à leur soumission séculaire. Dans les sociétés où l'échange matrimonial demeure associé à la guerre et au rapt, la femme infériorisée par sa vulnérabilité sociale, est mise au travail sous la protection masculine. En revanche, le système gynécolocal qui y domine donne à la femme l'avantage de résider en permanence dans le groupe, donc d'en être l'élément le plus stable *par lequel passent nécessairement toutes les dévolutions de biens (éventuellement de patrimoines)* auxquels on associe parfois le terroir.

Lorsque la société domestique parvient à régenter pacifiquement la reproduction par le mouvement ordonné des femmes pubères, celles-ci ne sont plus certes, au même titre, des protégées. Elles héritent cependant d'un passé d'aliénation qui les prédispose à une soumission toujours nécessaire pour se prêter aux alliances et aux exils qu'implique leur condition et surtout pour renoncer à l'établissement d'une filiation avec leur progéniture. Par le fait que, mariée, elle vit parmi ses affins, ses rapports de filiation sont toujours subordonnés à ses rapports de conjugalité. Vouloir qu'il en soit autrement, c'est trahir, et l'épouse est toujours suspecte de trahison. Sa condition toutefois n'est pas nécessairement aggravée à tous égards, dans la mesure où sa production matérielle y étant moins déterminante que ses capacités de

reproduction (que l'on soumet mais que l'on vénère en même temps), une sphère d'autonomie liée à sa fonction de mère lui est préservée.

La notion de femme recouvre ainsi, dans la société domestique, des fonctions précises mais variables avec l'âge. Le rôle social de la femme commence à la puberté, avec l'apparition de ses capacités potentielles de reproductrice. Mais cette qualité de fait lui est institutionnellement déniée : seul l'homme possède la capacité de reproduire le lien social. La filiation ne s'opère qu'à travers lui. La femme pubère est donc contrôlée, soumise, orientée vers les alliances définies par les obligations de sa communauté, de manière que la procréation s'accomplisse dans le cadre des rapports de filiation masculine.

Mariée, c'est-à-dire potentiellement féconde, sa condition est subordonnée aux règles de dévolution de sa progéniture. Ménopausée et aïeule, en revanche, elle est délivrée de ces contraintes, elle s'épanouit socialement, elle acquiert une autorité qui lui était refusée en tant qu'épouse et mère. Veuve et incapable de procréer, sa condition se rapproche de celle de l'homme auquel elle peut être éventuellement substituée lorsque, faute d'un « frère » ou d'un « père » dans le lignage, il faut établir par son truchement un lien de filiation patrilinéaire afin de renouer des relations parentales autrement définitivement rompues : c'est lorsqu'elle a perdu ses capacités physiologiques de reproduction qu'elle est susceptible d'en acquérir les capacités sociales.

La subordination de la femme la rend susceptible de deux formes d'exploitation : exploitation de son travail, dans la mesure où son produit remis à l'époux qui en assume la gestion ou la transmission à l'aîné, ne lui revient pas intégralement ; exploitation de ses capacités procréatrices, surtout, puisque la filiation, c'est-à-dire les droits sur la progéniture, s'établit toujours entre les hommes. L'exploitation directe de la femme dans la communauté domestique est souvent tempérée par le fait qu'il lui est accordé de cultiver un lopin ou un jardin dont tout ou partie du produit lui revient. Mais le degré d'exploitation de la femme ne se mesure pas seulement au temps de travail qu'elle fournit sans contrepartie à la communauté, il se mesure aussi à la force de travail qu'elle récupère sur sa progéniture, c'est-à-dire au temps que ses enfants lui consacreront pour subvenir à ses besoins. Il advient dans les sociétés domestiques que la femme bénéficie d'une partie du travail agricole de ses fils non mariés, que son influence dépende du nombre de ses enfants et de leur situation. Mais, dépossédée en droit de sa progéniture, les rapports qu'elle entretient avec ses enfants n'ont pas un caractère compulsif comme ceux qui les lient au père. Délaisée par eux, elle n'a pas de recours ; sans enfants, elle ne peut, comme l'homme adopter une descendance. Stérile, elle prend, sur ses vieux jours, les traits d'une sorcière. Décédée, ses funérailles sont souvent imperceptibles, car la femme ne meurt pas, elle disparaît, sauf exceptions, sans accéder au rang d'ancêtre.

Claude MEILLASSOUX, *Femmes, greniers et capitaux*, 1982, p. 116-119.

dire urbaine et que les citoyens sénégalais déclarent wolof) qui se réalise dans la capitalisation et l'ostentation plutôt que dans la redistribution.

Ces insuffisances ont conduit à proposer un indicateur synthétique : pour chacune des trois variables, la valeur 0 correspond à la situation la plus défavorable et la valeur 1 à l'autre éventualité, et l'indicateur synthétique est la somme des trois valeurs ; ainsi, un salarié qui est locataire et possède un salon est-il codé : $1 + 0 + 1 = 2$. La construction de cet indicateur synthétique n'est réalisable que dès lors que les trois variables qui le composent sont cohérentes, c'est-à-dire varient dans le même sens. Ce dont on a pu s'assurer, d'une part, en comparant chaque variable avec l'impression notée par l'enquêteur à la fin de l'entretien, d'autre part, en corrélant chacune avec des variables dépendantes telles que la couverture vaccinale, qui était apparue très liée aux caractéristiques économiques (on peut dans les deux cas parler de validation interne dans la mesure où l'on ne dispose pas de référence absolue, l'impression de l'enquêteur n'ayant bien entendu qu'une valeur relative). L'intérêt de l'indicateur synthétique se vérifie ensuite sur la capacité à rendre compte plus finement de la réalité économique.

D'autres travaux ont utilisé d'autres variables : ce sont en particulier la nature du bâti, le quartier de résidence, la possession d'un véhicule, l'existence d'appareils électroménagers, la qualité du plat familial, etc. En fait, chaque situation locale est particulière et justifie l'invention de critères spécifiques : ainsi, dans la banlieue de Dakar, la possession d'une automobile est-elle trop rare pour être intéressante et la possession d'une bicyclette n'a-t-elle guère de signification car toutes les rues sont en sable ; de même, l'existence d'appareils électroménagers et en particulier de réfrigérateurs ne concerne-t-elle que les quartiers électrifiés, ce qui lui retire sa valeur indicative d'un niveau de vie. Tous ces indicateurs concernent le niveau économique du ménage. Cependant, les situations à l'intérieur des ménages sont loin d'être homogènes et le mode de production domestique et donc les formes d'exploitation et d'inégalités au sein de la famille ont fait l'objet de travaux anthropologiques (cf. encadré 3).

Ce long développement méthodologique montre ainsi les difficultés techniques de la construction de variables. Aussi bien dans le choix des concepts que dans la définition des indicateurs et la formulation des questions, le travail anthropologique, c'est-à-dire à la fois la démarche théorique et la connaissance empirique constitue un préalable nécessaire.

2. QUESTIONS

2.1. Typologie des questions

On distingue les types de questions selon plusieurs critères :

- *ouverture/fermeture* : une question ouverte est formulée de telle sorte qu'elle implique une très grande variété de réponses possibles (par exemple : quels symptômes avez-vous présenté au cours des quinze derniers jours ? que pensez-vous de l'accueil au dispensaire ? pour quelle raison êtes-vous venu vous installer en ville ?) ; une question fermée suppose que toutes les réponses possibles sont d'avance prévues, y compris « autre réponse » et « je ne sais pas » (par exemple : parmi les symptômes suivants, lesquels avez-vous présenté au cours des quinze derniers jours... (suit une liste) ? l'accueil au dispensaire vous paraît-il... (série de qualificatifs) ? êtes-vous venu vous installer en ville à cause de... (énumération de raisons possibles) ?) ;

4 Un questionnaire pour questionneurs

Cher questionneur,

Vous êtes sans doute conscient que le nombre de questionnaires envoyés croît rapidement, alors que la longueur des journées de travail est, au mieux, demeurée constante. Afin de résoudre le problème posé par ce phénomène, je considère nécessaire de restreindre mes réponses aux seuls questionnaires des questionneurs qui auront d'abord montré leur bonne foi en répondant au questionnaire suivant :

1. Combien de questionnaires distribuez-vous annuellement ? ☐
2. Combien de questionnaires recevez-vous annuellement ? ☐
3. A quelle fraction des questionnaires reçus donnez-vous une réponse ? ☐
4. A quelle fraction des questionnaires distribuez-vous une réponse ? ☐
5. Pensez-vous que le rapport entre les fractions 3 et 4 devrait être :
☐ supérieur à 1 ☐ inférieur à 1 ☐ d'une autre valeur ? (préciser)
6. Quelle partie de votre temps (ou de vos efforts) consacrez-vous à :
 - a. établir des questionnaires ☐
 - b. répondre à des questionnaires ☐
 - c. étudier les réponses de vos propres questionnaires ☐
 - d. étudier les réponses aux questionnaires des autres ☐
 - e. tirer des conclusions de vos questionnaires ☐
 - f. d'autres activités ☐

(a + b + c + d + e + f devrait atteindre 100, dans le cas contraire, expliquez pourquoi)
7. Considérez-vous le rapport (a + b + c + d + e)/f comme :
 - a. trop petit ☐
 - b. trop large ☐
 - c. autre réponse (une seule réponse) ☐
8. Vous arrive-t-il de distribuer des questionnaires exclusivement à des personnes dont vous savez qu'elles distribuent des questionnaires ? _____
9. Attendez-vous des réponses aux questionnaires de la part de personnes qui elles-mêmes distribuent des questionnaires sur les questionnaires ? _____
10. Considérez-vous qu'il serait intéressant de distribuer un questionnaire concernant les réponses aux questionnaires à ces personnes qui reçoivent des questionnaires sur la distribution des questionnaires ?
 oui ☐ non ☐ autre réponse ☐
 (cochez une seule réponse)

Les réponses à ce questionnaire doivent être signées. Cependant, comme vous le constatez peut-être, elles ne pourront pas servir à des études statistiques.

Samuel DEVONS, « A questionnaire for questionners », *Public Opinion Quarterly*, 1978, 39, 255-256, in C. NACHMIAS et D. NACHMIAS, *Research Methods in the Social Science*, p. 187-188.

les questions ouvertes laissent plus de liberté pour s'exprimer, mais sont plus difficiles à exploiter ensuite que les questions fermées ; les secondes sont plus adaptées à des interrogations nécessitant des réponses simples dont on peut établir la liste, alors que les premières correspondent à des interrogations dont on sait mal par avance l'étendue et la diversité des réponses.

— *fait/opinion* : cette distinction est essentielle ; une question factuelle concerne un événement, une situation, une pratique effective, c'est-à-dire des faits éventuellement vérifiables (par exemple : pour qui avez-vous voté lors des dernières élections législatives ? combien de frères et sœurs avez-vous ? jusqu'à quel âge êtes-vous allé à l'école ?) ; une question d'opinion cherche à déterminer les préférences, les préjugés, les conceptions (par exemple : pour qui pensez-vous voter lors des prochaines élections législatives ? combien d'enfants souhaiteriez-vous avoir ? croyez-vous qu'une scolarisation plus longue permet d'accéder à un meilleur métier ?) ; les questions factuelles représentent la réalité telle que veut et peut la dire l'enquêté, alors que les questions d'opinion renseignent sur les sentiments et les idées qu'il déclare avoir.

Au-delà de cette double caractérisation des questions, certains points doivent être soulignés sur les questionnaires en général. Le premier concerne la lourdeur de la procédure : si l'on considère les questionnaires pour lesquels une étude plus fine par entretiens aurait probablement suffi à analyser le problème, ceux dont la formulation imprécise n'en permet pas une analyse fiable, et ceux qui ne sont jamais exploités, on se rend compte que la charge de travail pour les enquêteurs, la perte de temps pour les enquêtés, et le coût financier pour la société sont loin d'être toujours justifiés ; un auteur anglo-saxon, pour tenter de sensibiliser les responsables d'instituts de sondage à ces problèmes, a imaginé un questionnaire humoristique destiné aux questionneurs (cf. encadré 4). Le second point concerne le caractère artificiel de toute situation d'interview, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de questionnaires, avec leur ordonnancement et leur formulation d'interrogations qui correspondent plus aux schémas de pensée de l'auteur du questionnaire qu'à ceux des enquêtés ; on peut de même se demander si tous les interviewés entendent la même chose derrière les mêmes mots et dans quelle mesure les questions posées leur permettent effectivement d'évoquer et de dire les faits ou les opinions sur lesquels on les interroge ; bien souvent, la confrontation du questionnaire et de l'observation révèle des écarts et des discordances significatives (cf. encadré 5). De ces divers éléments, on apportera plus loin quelques illustrations.

Passer d'une question en français à une formulation dans une langue vernaculaire n'implique pas seulement une traduction des mots, c'est aussi une traduction de modes de pensée (Yannopoulos et Martin 1978). Certes, on insiste toujours sur la nécessité d'interroger les gens dans leur langue, et donc de vérifier avant l'adéquation du libellé : par exemple, dans une enquête épidémiologique sur la prévalence des handicaps physiques, on avait dû s'assurer qu'il existait bien dans chacune des langues de l'échantillon de population un terme pour exprimer cette notion. Mais c'est en fait tout le système cognitif qui est en jeu dans les questions posées. Ainsi peut-on lire des formules telles que, dans une étude sur les associations urbaines : le fait d'être associé a-t-il changé quelque chose dans notre vie ?, ou dans une recherche sur les personnes âgées : à quel groupe de décideurs de votre communauté pensez-vous appartenir ?, qui font appel à des modes d'analyse totalement étrangers aux sociétés africaines où se déroulaient ces enquêtes.

5 Interrogation sur l'interrogation

Pas plus qu'il n'est d'enregistrement parfaitement neutre, il n'est de question neutre. Le sociologue qui ne soumet pas ses propres interrogations à l'interrogation sociologique ne saurait faire une analyse sociologique vraiment neutre des réponses qu'elles suscitent. Soit une question aussi univoque en apparence que : « avez-vous travaillé aujourd'hui ? ». L'analyse statistique montre qu'elle suscite des réponses différentes de la part de paysans kabyles ou de paysans du sud-algérien qui, s'ils se référaient à une définition « objective » du travail, c'est-à-dire à la définition qu'une économie moderne tend à inculquer aux agents économiques, devraient fournir des réponses semblables. C'est à condition qu'il s'interroge sur le sens de sa propre question, au lieu de conclure précipitamment à l'absurdité ou à la mauvaise foi des réponses, que le sociologue a quelques chances de découvrir que la définition du travail qui est engagée dans sa question est inégalement éloignée de celle que les deux catégories de sujets engagent dans leurs réponses. On voit comment une question qui n'est pas transparente pour celui qui la pose peut obnubiler l'objet qu'elle construit inévitablement, même si elle n'a pas été expressément faite pour le construire. Etant donné que l'on peut demander n'importe quoi à n'importe qui et que n'importe qui a presque toujours assez de bonne volonté pour répondre au moins n'importe quoi à n'importe quelle question, même la plus irréaliste, le questionneur qui, faute d'une théorie du questionnaire, ne se pose pas la question de la signification spécifique de ses questions, risque de trouver trop aisément une garantie du réalisme de ses questions dans la réalité des réponses qu'elles reçoivent : interroger des sous-prolétaires de pays sous-développés sur leur aptitude à se projeter dans leurs héros de cinéma préférés, quand ce n'est pas sur leur rapport à la lecture de la presse, c'est s'exposer bien évidemment à recueillir un *flatus vocis* qui n'a pas d'autre signification que celle que lui confère le sociologue en le traitant comme un discours signifiant. Toutes les fois que le sociologue est inconscient de la problématique qu'il engage dans ses questions, il s'interdit de comprendre celle que les sujets engagent dans leurs réponses : les conditions sont alors remplies pour que

passse inaperçue la bévue qui conduit à décrire en termes d'absence des réalités masquées par l'instrument même de l'observation et par l'intention, socialement conditionnée, de l'utilisateur de l'instrument.

Le questionnaire le plus fermé ne garantit pas nécessairement l'univocité des réponses du seul fait qu'il soumet tous les sujets à des questions formellement identiques. Supposer que la même question a le même sens pour des sujets sociaux séparés par les différences de culture associées aux appartenances de classe, c'est ignorer que les différents langages ne diffèrent pas seulement par l'étendue de leur lexique ou leur degré d'abstraction mais aussi par les thématiques et les problématiques qu'ils véhiculent.

Contre la définition restrictive des techniques de collecte des données qui conduit à conférer au questionnaire un privilège indiscuté et à ne voir que des substituts approximatifs de la technique royale dans des méthodes pourtant aussi codifiées et aussi éprouvées que celles de la recherche ethnographique (avec ses techniques spécifiques, description morphologique, technologie, cartographie, lexicologie, biographie, généalogie, etc.), il faut en effet restituer à l'observation méthodique et systématique son primat épistémologique. Loin de constituer la forme la plus neutre et la plus contrôlée de l'établissement des données, le questionnaire suppose tout un ensemble d'exclusions, qui ne sont pas toutes choisies, et qui sont d'autant plus pernicieuses qu'elles restent plus inconscientes : pour savoir établir un questionnaire et savoir que faire des faits qu'il produit, il faut savoir ce que fait le questionnaire, c'est-à-dire, entre autres choses, ce qu'il ne peut pas faire. Sans parler des questions que les normes sociales réglant la situation d'enquête interdisent de poser, sans parler des questions que le sociologue omet de poser lorsqu'il accepte une définition sociale de la sociologie qui n'est que le décalque de l'image publique de la sociologie comme referendum, les questions les plus objectives, celles qui portent sur les conduites, ne recueillent jamais que le résultat d'une observation effectuée par le sujet sur ses propres conduites.

P. BOURDIEU, J.C. PASSERON,
Le métier de sociologue, 1968, p. 62-65.

2.2. Composition des ménages

Première étape de la plupart des questionnaires, le dénombrement ou l'identification des personnes présente des difficultés généralement sous-estimées. On pense qu'il suffit de demander : combien de personnes vivent sous votre toit ? ou bien : quelles sont les personnes que vous considérez comme vos parents ? pour obtenir l'information correspondante. En fait, l'étude de la composition d'un ménage (ou de tout autre unité démographique) nécessite que certaines questions aient d'abord reçu une réponse.

Qu'est-ce qu'un ménage ? « Le ménage est un groupe de personnes, en principe apparentées, partageant un même toit et un même repas. Mais le ménage n'est pas l'unité résidentielle : à juste titre, les enquêteurs n'hésitent pas à scinder une concession concrète, spatialement déterminée, en résidentiel homogène. Le concept en œuvre n'est donc pas exactement la concession, c'est le ménage, notion qu'il ne faut pas trop chercher à définir au risque de verser dans des problèmes de définition dont la solution sera arbitraire (...). En anthropologie, on parlera davantage d'unité domestique ou d'unité résidentielle », écrit Marc-Eric Gruénais à propos d'une enquête au Congo (1984 : 14). Prenons un exemple chez les Mossi du Burkina Faso (illustration empruntée au même auteur). Soit une concession, c'est-à-dire un espace commun limité par une clôture, qui comprend cinq maisons : dans la première, un homme ; dans la seconde, sa première épouse et ses deux enfants ; dans la troisième, sa seconde épouse et son enfant ; dans la quatrième, le frère cadet de l'homme ; dans la cinquième, son épouse et ses trois enfants ; à l'extérieur de la concession, les frères plus jeunes des deux hommes vivent dans une case à part. Si l'on choisit le critère résidentiel, deux possibilités : « sous le même toit » implique cinq ménages à l'intérieur de l'enceinte et un au dehors ; « dans la même concession » signifie seulement cinq maisons et exclut la case des jeunes. Si l'on considère le critère du repas pris ensemble, on a trois ménages : l'aîné avec ses épouses et enfants ; le cadet avec son épouse et ses enfants ; et les jeunes. Si l'on prend en compte l'autorité, l'ensemble des six maisons ne constitue plus qu'un ménage unique sous la tutelle de l'aîné, y compris les jeunes. On voit bien la difficulté. Peut-être le critère de l'autorité est-il le meilleur, en ce qu'il est plus pertinent socialement. Quoi qu'il en soit, le chercheur doit trancher (ce n'est pas à l'enquêteur de le faire une fois sur le terrain).

Qui fait donc partie du ménage ? On a donc une définition générale du type : « l'ensemble des personnes vivant sous un même toit, partageant les mêmes repas et dépendant de la même autorité », avec en cas d'incohérence entre les trois critères, prééminence du dernier (l'autorité). Le problème pour autant n'est pas complètement résolu. En effet, la circulation des personnes amène à considérer non pas une, mais trois catégories dans le ménage : les résidents présents (les plus facilement identifiables) ; les résidents absents (ce qui nécessite qu'on précise pendant combien de temps un absent peut être encore considéré comme résident) ; les visiteurs (ce qui implique également qu'on décide à partir de quand ils deviennent résidents) ; on peut ainsi avoir un ménage composé de 10 résidents présents, de 5 résidents absents et de 2 visiteurs (théoriquement, les 5 et 2 sont considérés respectivement comme visiteurs et résidents absents dans d'autres ménages). De même, certaines catégories de personnes posent des problèmes parfois difficiles : les « étrangers » qui mangent avec le reste du ménage, mais ne passent pas la nuit ; les « locataires » qui dorment sous le même toit mais ne mangent pas avec les autres ; les « domestiques » qui peuvent vivre totalement avec leur maître ou ne passer que les journées ; dans tous ces cas, on aura intérêt à choisir un critère tel que l'autorité du chef de ménage (dans ce cas, seul le domestique dépendant, à la fois pour ses ressources, son gîte et son plat, pourra être considéré comme faisant partie du ménage, au même titre d'ailleurs que le captif).

Comment note-t-on les membres du ménage ? Si les choses paraissent simples pour une famille nucléaire composée des parents et des enfants, elles deviennent rapidement compliquées dans les familles étendues, véritables lignages segmentés, où les règles d'alliance et les pratiques de polygamie rendent les études délicates. On notera donc par exemple : 1. CM (chef de ménage) ; 2. Ep1 (sa première épouse) ; 3. Fils 1 x 2 ; 4. Fille 1 x 2 ; 5. Ep2 (sa seconde épouse) ; 6. Fille 1 x 5 ; 7. Fils 1 (d'une autre mère que 2 ou 5) ; 8. Fille 5 (d'un autre père que 1) ; 9. Domestique (résident) ; 10. Ami (visiteur). On trouvera ci-joint un exemple de questionnaire démographique tiré d'une enquête DGRS - ORSTOM au Congo (cf. encadré 6) : on remarquera notamment les questions de vérification, de 31 à 35.

Pour en terminer avec les questionnaires sur les ménages, on peut signaler certaines erreurs fréquentes (non dans les enquêtes démographiques, mais dans les enquêtes sanitaires). La première est de demander à quelqu'un de dire combien de personnes vivent avec lui (ou dans son foyer), ce qui suppose à la fois que soit résolu par l'enquêteur le problème de la définition du ménage et qu'en ait déjà été dénombré par lui l'effectif : en fait, une étude plus fine montre que même les mères « se trompent » lorsqu'elles déclarent le nombre de leurs enfants (l'énumération de chacun d'eux révèle très souvent des écarts avec le chiffre donné au départ) ; que ce soit pour un ménage, une progéniture, ou une fratrie, il est toujours nécessaire de faire citer une par une les personnes, pour ne pas en oublier. La seconde consiste à utiliser des catégories de parenté n'ayant pas le même usage dans la langue de l'enquêteur et celle de l'enquêté, par exemple « frères et sœurs » : en effet, le système de désignation dans la parenté classificatoire fait que le plus souvent les enfants des frères et sœurs du père et de la mère sont appelés « frères » ou « sœurs », de même que ceux de même père ou de même mère seulement ; il faudra donc préciser les liens de parenté, et si possible poser les questions dans la langue de l'enquêté afin d'éviter les distorsions de la traduction.

2.3. L'accès aux soins

Une préoccupation importante des responsables sanitaires est de rendre meilleure l'accessibilité à la fois physique, financière, culturelle, humaine, aux structures de soins. Les chercheurs, en sciences sociales comme en santé publique, sont donc souvent sollicités pour mettre sur pied des enquêtes d'accès aux soins. Ce qu'on cherche à savoir pourrait à peu près se résumer à l'interrogation suivante : où et comment se soignent les gens lorsqu'ils sont malades ? Malgré sa simplicité apparente, cette question pose des problèmes difficiles de formulation qui renvoient de manière plus générale à l'ensemble des difficultés techniques du questionnaire.

L'interrogation peut se faire de diverses façons : (1) Que faites-vous lorsque vous êtes malade ? (2) Où consultez-vous lorsque vous êtes malade ? (3) La dernière fois que vous avez été malade, où avez-vous été consulter ? (5) Où préférez-vous être soigné lorsque vous êtes malade ? (6) Êtes-vous déjà allé au dispensaire ? (7) Trouvez-vous que la médecine moderne soit meilleure que la médecine africaine ? (8) Quelles sont les maladies que vous soignez chez le guérisseur ? (9) Quelles sont les maladies que vous soignez au dispensaire ? (d'autres formulations sont imaginables).

On peut ici distinguer plusieurs de types de questions, présentant chacune des limites spécifiques :

- fait/opinion : les questions 3, 4, 6 concernent des événements qui se sont produits, les questions 5, 7 relèvent de sentiments ; les deux types de réponses correspondantes peuvent ne pas coïncider (on peut déclarer une préférence pour la

médecine libérale, mais consulter au dispensaire, faute de moyens par exemple) ; si l'on s'intéresse à l'accès réel, et non aux souhaits, impressions, désir des gens, on préférera les questions factuelles ;

— général/particulier : les questions 1 et 2 sont d'ordre général (« habituellement » est sous-entendu), les questions 3 et 4 se réfèrent à des événements particuliers (« la dernière fois que ») ; là encore, les deux types de réponses peuvent différer (on peut dire qu'on consulte habituellement au dispensaire, et, lors de la dernière maladie, être allé chez un guérisseur ou s'être soigné seul, en raison d'une interprétation ou d'une conjoncture particulières) ; si l'on cherche à savoir ce que font réellement les gens, on choisira de s'intéresser aux faits précis.

On peut également tenter de différencier les formulations en fonction du contenu et des implicites :

— *Qu'avez-vous fait ? / Où avez-vous consulté ?* : la question 3 comprend en principe tous les comportements possibles, alors que la question 4 ne renseigne que sur le recours à des professionnels de santé (la pratique rituelle, la pharmacopée traditionnelle, l'automédication sont incluses dans le premier cas, mais pas dans le second) ; par conséquent, la question 3 donnera le niveau de recours aux soins (par exemple : à l'occasion de leur dernière maladie, 62 % des personnes interrogées déclarent avoir consulté un médecin ou un infirmier), alors que la question 4 indiquera la différenciation dans le recours (par exemple : 27 % signalent une consultation dans un hôpital, mais il y a bien sûr toujours 100 % de consultation au total puisqu'on demande : où avez-vous consulté ?).

— *Que faites-vous lorsque vous êtes malade ? / Quelles sont les maladies que vous soignez chez le guérisseur ? (ou au dispensaire ?)* : la question 1 explore les comportements de soins en général (avec le problème que soulève la définition, pour un individu, de ce que c'est qu'être malade), alors que les questions 8 et 9 sous-entendent, dans le premier cas qu'on va chez le guérisseur, et dans le second qu'on va au dispensaire (on évite ainsi la dissimulation ou l'oubli de certains recours, ce qui vaut surtout pour la médecine traditionnelle).

— *La dernière fois que vous avez été malade... ? / Votre enfant a-t-il déjà eu la diarrhée... ?* : la question 4 se réfère à la maladie en général (dont la diarrhée peut ne pas faire partie dans les représentations locales du normal et du pathologique) alors que la question 10 place la personne devant une maladie particulière (ce qui homogénéise les réponses) ; dans certains cas, on réalise même de véritables scénarios, en plaçant la personne devant une description précise de la maladie dans des termes populaires (votre enfant a de la fièvre, se plaint de vomissements et de maux de tête : que faites-vous ?).

Les différences de libellé des questions expliquent pour une large part les écarts rencontrés entre les réponses dans diverses enquêtes : ainsi, dans une même région rurale du Kenya, a-t-on retrouvé dans deux études menées à quelques années d'intervalle, 0,2 et 50 % de recours aux médecines traditionnelles...

Cependant, quelles que soient les formulations, quel que soit en particulier le degré d'objectivation (question factuelle plutôt que d'opinion) et de précision (interrogation sur un fait particulier plutôt que sur un fait général), il n'en reste pas moins que tout questionnaire met l'enquêté dans une situation artificielle où il peut avoir du mal à exprimer la réalité de ses conduites, à la fois parce qu'il peut craindre de les révéler, parce qu'il ne s'est jamais posé les problèmes en ces termes, parce qu'il essaie de dire ce qu'il croit que l'enquêteur veut qu'il dise, etc. : d'une manière générale, la réponse a d'autant plus de chances d'être faussée que la pratique sur laquelle porte l'interrogatoire est illicite, abstraite ou déconsidérée ; c'est ainsi que le recours aux guérisseurs peut paraître difficile à aborder dans ces conditions

6 Questionnaire et ménages

Demander qui réside habituellement dans le ménage et qui, de plus, a dormi dans un des bâtiments du ménage la nuit dernière : visiteurs

RESIDENTS Présents (RP)=1 col. 7
Absents (RA)=2 situation
VISITEURS (V)=3 de résidence

N° 23	Nom Prénoms 24	S 25	Parenté p.r. à CM 26	Age ou d. de N.27	Sit. matri.28	Sit. rés. S9	Activité 30
<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code d'activité :

agri 1, pêche 2, artisanat 3
commerce/transport 4
salarié public 5, privé 6

à suivre 1 ☐

terminé 2 ☐

31. M'avez-vous bien cité toutes les personnes
qui habitent ici ?

non ☐ oui ☐

↓
lister les personnes manquantes sur QR 2

32. Quelles sont les autres personnes qui habitent
habituellement ici et qui sont absentes en ce
moment ?

lister les personnes citées sur QR 2

33. Quelles sont les personnes qui ont passé la
dernière nuit ici et qui n'habitent pas habi-
tuellement ici ?

lister les personnes citées sur QR 2

34. Y a-t-il des personnes qui ne font pas partie de
la maison et qui envoient de l'argent ?

non ☐ 0

↓ oui ☐ 1

si oui, envoie-t-elle ☐ 2
régulièrement ?

Quelle est cette personne ? (parenté p.r. à CM)

.....

35. En dehors des personnes du QR2, y a-t-il d'autres
personnes qui mangent régulièrement (pratiquement
tous les jours) avec vous ?

non ☐ 0

oui ☐ 1

nombre de personnes.....

Quelles sont ces personnes ? (parenté p.r. à CM)

1ère personne.....

2ème personne.....

3ème personne.....

(si plus de 3 personnes, mentionner les plus proches)
(pour amis, collègues, etc., chiffrer 0099 à
"1ère personne").

1

2

3 6

7

8

9 12

13 16

17 20

d'enquête. De plus, la multiplicité des déterminations d'une action, mais aussi la complexité des comportements, rendent la chronologie difficile à saisir, c'est-à-dire l'histoire réelle de la maladie que seuls peuvent rendre l'entretien libre ou l'observation patiente.

Tout au long de cette présentation des diverses procédures d'enquête, on a eu recours à des techniques qualitatives aussi bien que quantitatives (essentiellement qualitatives dans le premier chapitre, principalement quantitatives dans le second). Ce faisant, on a essayé de ne pas opposer ou hiérarchiser ces deux types d'approche mais de montrer leur complémentarité. En effet, selon une idée commune assez répandue, les techniques quantitatives seraient plus « objectives », plus « fiables », plus « scientifiques » que les techniques qualitatives – les agences de développement en particulier, lorsqu'elles font appel à des anthropologues ou des sociologues, considèrent que l'investigation doit nécessairement comporter une partie de quantification : « donnez-nous des chiffres » (ce à quoi se prêtent d'ailleurs parfois les chercheurs pour « faire plus sérieux »). Face à cette tentation quantitativiste, on peut opposer deux arguments : d'une part, certains faits ne sont pas analysables simplement et nécessitent une approche résolument qualitative pour notamment intégrer les notions de temporalité, de causalité, de complexité (par exemple, un phénomène de mobilité sociale, un réseau de solidarité, une interprétation de la maladie, un itinéraire de soins ne peuvent être compris à travers des réponses à un questionnaire) ; d'autre part, certaines enquêtes permettant l'obtention de données chiffrées ne fabriquent qu'une image superficielle, et même fausse, des choses (des questionnaires de fécondité en Afrique Noire de type CAP – connaissances, attitudes, pratiques – sont ainsi parfois des traductions à peine adaptées de questionnaires posés en Amérique du Nord et apparaissent bien loin des réalités des femmes africaines).

En fait, aux différents moments de la recherche, les procédures qualitatives et quantitatives se répondent – les premières permettant la première découverte du terrain et l'interprétation ultime des résultats, les secondes apportant la mesure des phénomènes et la vérification des hypothèses –, de même qu'aux temps successifs de l'étude, les approches descriptives et analytiques se complètent – l'une fournissant les éléments de la problématique élaborée par l'autre. De quelque importance que puisse être la discussion sur les techniques, elle doit ainsi être subordonnée aux exigences de la méthode, c'est-à-dire de la démarche des sciences sociales.

BIBLIOGRAPHIE

BOUDON R.

1980 *Les méthodes en sociologie*, « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, Paris, 1ère édition 1969.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.C. & PASSERON J.C.

1968 *Le métier de sociologue*, Mouton, Paris – La Haye - New York.

FASSIN D.

1987 « Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar », *Psychopathologie Africaine*, 21, 2 : 155-176.

GRUENAI S M.E., LACOMBE M.E., BOUNGOU G. & GUILLAUME A.

1985 « Une enquête à l'orée de la pluridisciplinarité », AMIRA n° 46, Paris, ronéot.

HERAN F.

1983 « L'assise statistique de la sociologie », *Économie et statistique*, Numéro spécial : « Sociologie et statistique », 23-35.

MEILLASSOUX C.

1975 *Femmes, greniers et capitaux*, François Maspéro, Paris.

NACHMIAS C. & NACHMIAS D.

1982 *Research Methods in the Social Science*, Edward Arnold, Londres.

POUILLON F.

1988 « Cens et puissance, ou Pourquoi les pasteurs nomades ne peuvent pas compter leur bétail », *Cahiers d'Études Africaines*, 28, 177-205.

SEMBENE O.

1966 *Le Mandat*, Présence Africaine, Paris.

WINTER G.

1984 « Deux méthodes d'investigation irréductibles mais complémentaires », *Cahiers ORSTOM*, Série Sciences Humaines, 20, 17-24.

YANNOPOULOS T. & MARTIN D.

1978 « De la question au dialogue... À propos des enquêtes en Afrique Noire », *Cahiers d'Études Africaines*, 18, 421-442.

COMPRENDRE. LES MOTS DU MALADE

Yannick JAFFRÉ

Lire des ouvrages concernant les populations auprès desquelles et avec lesquelles nous travaillons n'est pas la même chose qu'être impliqué dans un ensemble de relations sociales, professionnelles ou même familiales. La méconnaissance de soi et les illusions entretenues sur l'autre souvent déterminent des dialogues hésitants et engendrent des relations d'incompréhension et/ou de rejet. Dans le meilleur des cas, « l'étudiant en ... » se tourne alors vers le livre afin de mieux comprendre ceux dont il a la charge ; mais ceci ne va pas non plus sans poser quelques problèmes. Les livres parlent des populations, mais les populations parlent entre elles, parlent d'elles-mêmes, parlent des autres, disent ce qu'elles ne font pas et font aussi ce qu'elles ne disent pas : « (...) par-delà les structures normatives, prenant appui sur des représentations collectives et constituant la sphère la plus statique et la plus cohérente de l'organisation villageoise, on peut distinguer certaines configurations ordonnées de relations inter-individuelles, fondées pour leur part sur le choix mutuel et qui, tout en tenant compte dans une large mesure des normes théoriques, introduisent des éléments nouveaux, créent un mouvement dynamique. » (Raynaud 1972 : 2).

Par-delà la complexité de l'articulation des divers niveaux d'analyse (celui des normes sociales, des pratiques réelles, des discours les légitimant et/ou les dissimulant, des sentiments éprouvés par les divers groupes sociaux lorsqu'ils mettent en œuvre leurs options etc.), une des difficultés majeures nous semble provenir de la différence des points de vue entre le chercheur élaborant un savoir sur un objet social et le praticien ayant à répondre à une demande en souhaitant induire volontairement un changement parmi une population.

Cette différence de position est à l'origine de bien des incompréhensions entre les praticiens du développement et les chercheurs en sciences sociales : comprendre et décrire une situation nécessite d'accumuler des données, d'organiser des connaissances afin d'en proposer une présentation rationnelle. Entendre une demande consiste à reprendre avec chaque interlocuteur, tel un commentaire infini, les signifiants culturels et psychologiques à l'origine de sa demande ou de ses pratiques.

Articuler anthropologie et médecine (mais cela serait aussi vrai dans le cadre de l'agriculture ou de l'élevage) revient alors pour les sciences sociales non seulement à fournir un savoir supplémentaire au soignant, mais aussi, à lui permettre d'interroger le discours scientifique à l'origine de sa pratique ; à l'aider à concilier obligations techniques et identités sociales.

Il ne s'agit pas ici de psychologie – nous n'écoutons pas dans la parole la vérité qui à son insu pourrait se dire – (Raimbault 1973, Raimbault et Zygouris 1976, Valabrega 1962), mais d'une sociologie dans la médecine, différente des descriptions et analyses proposées par la sociologie de la médecine (Herzlich 1970 : 7). Le discours des

patients témoigne de choix et/ou d'obligations régis par des logiques autres que celles du discours scientifique.

Nous nous situons ici du point de vue du développement et espérons lui fournir des « outils » simples afin qu'il puisse mieux comprendre ceux qui s'adressent à lui. Aborder une société peut se faire à partir de trois techniques principales : écouter comment les gens parlent, comment ils nomment leurs corps, leur environnement ou tout autre domaine dans lesquels ils exercent leurs activités ; observer comment les populations agissent, quelles sont leurs pratiques affectives ; comprendre les logiques sociales à l'origine de ces représentations et pratiques.

Idéalement, l'approche d'une société « autre » ne peut se faire que sur le mode d'une réciproque interrogation. « En commençant une recherche dans une culture autre que la sienne propre, le chercheur arrive avec un problème précis, qui est déjà structuré par la culture à laquelle il appartient, c'est l'étiq̃ue imposée. Cette étiq̃ue de la culture du chercheur permet de faire un premier cadrage et d'entreprendre une investigation totalement émiq̃ue en utilisant des instruments (...). Ensuite le chercheur établit des comparaisons entre son étiq̃ue à lui et l'émiq̃ue de la culture qu'il étudie, et il en dérive une étiq̃ue qui a valeur pour les deux cultures. » (Bibeau 1981 : 109) Ainsi, par exemple, dans le domaine de la santé, le chercheur pourra comparer sa première approche du domaine « traditionnel » des soins avec les termes utilisés par les populations pour désigner les recours thérapeutiques dont elles disposent :

Domaine technique étudié (catégories émiq̃ues)	Milieu populaire bambara (catégories étiq̃ues)
« Médecins traditionnels » ou « tradipraticiens » ou recours	<i>farafin furakéra</i> (soignant africain) <i>farafin dogotoro</i> (médecin africain) <i>mori</i> (marabout) <i>filelikéla</i> (devin) <i>numu</i> (forgeron) <i>kolotugubaga</i> (rebouteux) etc.

Nous appliquerons ces propositions sur le domaine de la santé humaine à partir d'une enquête menée en 1987 dans un hôpital provincial du Burkina Faso. L'ensemble du travail que nous présentons dans ce texte peut être élaboré simplement par un soignant, ou un responsable de projet, sans grand surcroît de travail. Il nous a semblé nécessaire que le lecteur ait accès au « discours brut » tel qu'il a été recueilli et tel qu'un praticien peut l'entendre, s'il le souhaite, au cours d'une visite, consultation ou discussion. Un bref commentaire nous permettra d'en souligner l'importance, puis nous essaierons d'en tirer quelques méthodes d'approche.

1. ÉCOUTER LES MALADES

1.1. Le corps et la personne

B.B., 70 ans, cultivateur, ethnie dagara :

Au début de ma maladie, mes jambes chauffaient comme du feu. Tout mon corps était comme du feu. La maladie a commencé par les jambes, puis est montée jusqu'à ma poitrine, mon dos aussi me fait très mal.

A.T., 26 ans, sans profession, ethnie maure :

Auparavant je souffrais de la poitrine. Mon sang ne circulait pas bien dans mon corps car j'étais trop grosse. Vers la fin, la toux est venue se greffer à tout cela.

Interroger un malade, suivre une démarche diagnostique nécessite de savoir comment celui-ci nomme son corps. Le plus simple en ce domaine est de réunir quelques personnes, locutrices d'une ou de plusieurs de langues entendues dans la consultation ou parlées dans la région et de disséquer un animal (chèvre ou mouton) afin de recueillir l'ensemble du vocabulaire anatomique nécessaire à une bonne compréhension des plaintes des patients. Un guide d'enquête sera souvent fort utile (Bouquisaux et Thomas 1976).

Au cours de ce travail, les enquêteurs pourront aborder les conceptions populaires du fonctionnement du corps. Des questions du type : « Quel est le rôle du sang ? » « Quel est le rôle du cœur, des poumons ? » leur permettront de comprendre la physiologie imaginaire souvent à l'origine des traitements populaires : saignées, produits émétiques, lavements, régimes alimentaires.

Lors de ces discussions, si la situation et la qualité des participants le permettent, il est possible et fort utile d'aborder les distinctions établies entre mort et vivant. En distinguant l'éphémère du transmissible, le périssable de l'historique, les populations pourront exprimer leur conception de la personne (colloque CNRS 1971) et spécifier les statuts sociaux des morts et des vivants (Bonnet 1988). Les questions peuvent être ainsi formulées : « Qu'est-ce qui distingue un vivant d'un mort ? » « Fait-on les mêmes funérailles pour un enfant, un adulte, une femme enceinte ? »

1.2. La maladie et les symptômes

A.S., 37 ans, éleveur, ethnie peul :

C'est au moment où la toux s'est surajoutée à cette chaleur que j'ai compris qu'elle évoluait vers la gravité. Je rejettais des crachats abondants et épais.

Les symptômes, ici liés à la notion de corps chaud (Coppo 1986, Bonnet 1986), indiquant pour le malade son passage du normal au pathologique sont différents des signes cliniques décrits par le discours médical.

Il est important que le médecin connaisse ces « symptômes d'appel » (Negrel et Jaffré 1985) signifiant pour les populations l'entrée dans la maladie puisqu'ils seront à l'origine de leur demande de soins.

Définis par l'articulation d'un seuil culturel acceptable de douleur et d'un ensemble symbolique de signification, leur connaissance est indispensable pour quiconque souhaite entreprendre une campagne de dépistage actif et/ou accélérer la venue des patients dans des structures de soins adéquates.

Le travail peut être mené lors des consultations ou lors des enquêtes.

* Lors des consultations :

Ceci présente l'avantage de permettre le recueil des termes utilisés pour désigner les divers états morbides lors de l'événement maladie. Il ne s'agit pas alors de propos théoriques sur les pathologies mais de l'expression présente d'une plainte. Le soignant peut se constituer un lexique en notant le nom utilisé par le patient pour désigner sa maladie, les symptômes exprimés lui correspondant, et, s'il le souhaite, les signes cliniques recouvrant en partie ou totalité cette désignation populaire :

Terme utilisé par le patient	Symptômes ressentis et exprimés par le patient	Signes cliniques identifiés par le soignant	Peut évoquer la maladie

* Lors des enquêtes :

Recueillir les terminologies populaires servant à désigner les maladies peut se faire simplement en interrogeant divers groupes sociaux (hommes, femmes, « vieux », jeunes, etc.) sur les pathologies les affectant : « De quelles maladies souffrez-vous le plus au village ? », en distinguant maladies des hommes, des femmes, des enfants ; puis en identifiant chacun des termes recueillis par la liste des symptômes qu'ils subsument :

Termes populaires	Symptômes ressentis	Peut évoquer dans la nosographie biomédicale

Bien évidemment, il ne s'agit pas d'espérer faire correspondre de manière univoque, les terminologies « locales » et la nosographie biomédicale ; « le même mot envoie un message différent selon qu'il est employé par le moderne ou par le traditionnel, tout en donnant une illusion d'identité » (Benoist 1989). Par contre, en définissant chaque terme médical populaire par une liste de symptômes, il est possible de préciser le domaine des pathologies ressenties et de mieux comprendre les manifestations morbides indiquant pour les populations leur passage du normal au pathologique (présence de sang, ictère, vomissement, etc.) et déterminant leur itinéraire de soins.

1.3. Les causes de la maladie

- A.O., 30 ans, blanchisseur, ethnie mossi :
C'est le travail de blanchisseur que je faisais. La chaleur de ce travail peut causer la maladie, car ça chauffe les côtes.
- T.D., 28 ans, cultivateur, ethnie samo :
Certains aliments peuvent donner la tuberculose, comme le lait frais bouilli avec des saletés.

Les étiologies proposées par les soignants sont différentes de celles imputées par les malades en référence aux actes de leur vie quotidienne et déterminent des itinéraires de soins où d'autres causalités pourront être proposées :

S.M., 33 ans, peintre, ethnie mossi :

Un jour j'ai commencé à tousser, puis j'étais courbatu, j'avais froid, j'avais chaud. On est allé cueillir des feuilles. J'ai fait une fumigation avec, j'ai transpiré. En ce moment, on disait que c'était le « jokajo » (terme recouvrant un ensemble de pathologies : ictère, fièvre, paludisme) ; la toux s'est ajoutée, j'avais mal à la poitrine, je n'arrivais pas à me coucher (...). A cause de cela, on est allé chercher une poudre noire avec laquelle je devais faire des fumigations. Je l'ai fait également, mais ça s'aggravait encore. Certains ont fini par dire que c'était le « kooko » (hémorroïde, prolapsus rectal) (...) que j'avais des saletés dans le ventre (...). Mes vomissements étaient jaunes, mes urines également, j'avais des vertiges, c'est pourquoi on soignait aussi le « jokajo- gwé ». Une autre fois, un Monsieur m'a dit que c'était une « toux de femme ». Il m'a donné une poudre à mettre avec des « traitements africains ». Comme je ne guérissais pas, quelqu'un m'a dit qu'à Bobo Dioulasso, il y avait un docteur qui pouvait me soigner. Je ne voulais pas continuer à souffrir. Je suis venu ici, il y a du mieux, je respire bien, je ne me fatigue pas, j'ai de l'appétit.

La douleur est « pragmatique » et guide la démarche du malade dans sa recherche de soulagement ; mais entre ce début des troubles et leur résolution, s'intercale, pour une durée plus ou moins longue, un ensemble de pratiques liées à des interprétations fondées sur l'identification des symptômes les plus visibles.

Sans aborder les difficiles questions liées aux systèmes cognitifs et symboliques permettant de donner sens au malheur et à la maladie (Zempléni 1986) nous soulignerons quelques points essentiels.

Pour le soignant, il importe de recueillir les multiples dénominations de la maladie de son patient puisque ce sont elles qui influent sur son itinéraire thérapeutique, mais aussi parce qu'il pourra en les utilisant élaborer des campagnes préventives.

Les malades utilisent conjointement et complémentirement les divers recours thérapeutiques qui leur sont offerts : « Faute de mieux, on peut aller à l'hôpital pour un traitement symptomatique et retourner au village pour le traitement étiologique. C'est du reste le mode de partage africain le plus courant entre les recours à la médecine traditionnelle et la médecine occidentale ou cosmopolite » (Zempléni 1986). Si « l'anthropologue de la santé » peut constater et étudier ce phénomène, le soignant sera souvent confronté au problème de l'aggravation des pathologies liée au long détour thérapeutique entrepris par son patient. La réponse adéquate à une telle question ne sera sans doute pas dans une bien illusoire « intégration des guérisseurs traditionnels dans les systèmes nationaux de soins », mais plutôt dans une amélioration de l'écoute de la demande médicale, psychologue et sociale du malade.

Ici encore, quelques questions simples, du type : « D'après vous quelles sont les causes de votre maladie ? », « Quels traitements avez-vous déjà entrepris ? », et l'élaboration d'une carte descriptive des différents recours thérapeutiques utilisés, en précisant leurs domaines de compétences (guérisseur utilisant des produits naturels, rebouteux, spécialiste des « causes sociales », vendeur de comprimés, consultation privée des personnels de santé...) doit permettre au soignant de mieux comprendre la position de sa consultation ou de son projet dans un ensemble social global et ainsi d'en améliorer le fonctionnement.

1.4. Les traitements et le médicament

S.K., 50 ans, cultivateur, ethnie diola :

Si l'on est malade, on doit chercher les médicaments pour se soigner. Le médicament que l'on doit accepter, c'est celui qui convient à son corps. Qu'il soit traditionnel ou moderne, l'essentiel c'est qu'il améliore la santé.

Vendeuse clandestine de médicaments :

Il arrive que les médicaments ne conviennent pas à certaines personnes parce que nous n'avons pas le même sang. Nous n'avons pas le même sang parce qu'il y a des médicaments qui sont inefficaces pour la maladie de certaines personnes.

La définition de l'efficacité du médicament en fonction du corps du malade et non de sa pathologie permet aux populations d'utiliser sur un même mode les divers recours et réseaux de vente des médicaments (Fassin 1985-1986).

4. ÉCOUTER LES POPULATIONS

Nous ne prendrons ici que quelques exemples afin de montrer comment la méthode d'approche précédemment présentée pour les individus peut être appliquée à des collectivités.

Ainsi que le médecin pour le corps, le technicien agricole peut se constituer, par simple interrogation des paysans avec lesquels il travaille un lexique des taxinomies agricoles locales. Nous prenons ici un exemple dans la société bambara.

NOMS BAMBARA	CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES
<i>danga</i>	Sol beige, sablo-limoneux, battant en saison des pluies, très dur en saison sèche, très faible cohésion, forte affinité pour l'eau.
<i>seno</i>	Formation dunaire très sablonneuse.
<i>dangabilen</i>	Sol rouge, limono-sableux à limono-argileux, généralement friable en surface, provenant de l'érosion de <i>danga</i> ; peut se couvrir d'un gravillon ferrugineux dans les zones très érodées.
<i>dangafin</i>	Sol beige, noirâtre, analogue au <i>danga</i> , mais plus riche en limon et en matières organiques.
<i>jan</i>	Sol brun, argilo-limoneux, très compact avec fentes de retrait fréquentes.
<i>janpèrèn</i>	Sol <i>jan</i> très argileux, largement crevassé.
<i>mumusi</i>	Sol noir, très argileux, à structure friable comprenant de nombreux modules calcaires et largement crevassé, forte cohésion des agrégats colloïdaux : faible affinité pour l'eau.
<i>buwa</i>	Sol gris ardoisé, limoneux, compact, pouvant être crevassé ; fond de mare.
<i>buwabilen</i>	Sol <i>buwa</i> à nombreuses taches ocres ferrugineuses, généralement fond de mare ou de marigot.
<i>buwafin</i>	Sol noir, limono-argileux, généralement friable en surface, riche en humus, non crevassé.

(MAGASA 1978)

S'il n'est pas au courant de ces taxinomies, comment un agronome peut-il dialoguer avec les populations ?

Les mêmes questions peuvent se poser à propos des terroirs : « Il convient donc de distinguer entre le territoire d'une chefferie coutumière (*soolem*) et le (ou les) territoire(s) d'une maîtrise de la terre (*tenpeelen*) inclus dans le premier (...). Cette superposition des droits s'exerçant sur un même espace : droit sur la terre sacrée (*tenpeelen*), droit collectif ancestral (*yaab-ramb-ziig-soogo*), propriété familiale du terrain (*ziig-soogo*) (...), crée sur le terrain une situation toujours complexe, car avec le temps toutes ces formes de propriétés sont devenues légitimes sans qu'aucune hiérarchie soit bien établie entre ces différentes légitimités » (Bouju 1989).

Il ne servirait à rien de multiplier les exemples, qu'il nous suffise seulement de souligner qu'aucune approche compréhensive d'un groupe humain ne peut se faire sans que ne soit explicité son rôle de classement des divers objets sociaux sur lesquels s'exerce l'activité du technicien ou de développeur. Ceci n'est pas qu'affaire d'efficacité, mais aussi respect des différences que celles-ci relèvent de « l'inter » ou de « l'intra-culturel ».

Proposer un savoir sur l'autre est une étape nécessaire de la recherche, tenir compte des paroles et choix des populations serait une orientation des politiques de développement. Le chercheur ou le praticien proposent un point de vue structuré, organisé par la culture ou le domaine technico-scientifique auxquels ils appartiennent. La difficulté en ce domaine, provient du fait que « dans les conflits entre personnes ou groupes inégalement situés dans la société, ce ne sont pas les points de vue qui sont en jeu mais la question même du point de vue. Les dirigeants n'imposent pas leur point de vue : ils nient de fait l'existence même de la question du point de vue, en cherchant à imposer leur point de vue comme point de vue des choses elles-mêmes » (Darré 1985).

Comprendre et tenir compte des choix des populations n'est pas qu'affaire de « bonne volonté » ou de « bon cœur ». Cela exige quelques concepts permettant d'appréhender de manière positive et pertinente notamment les écarts entre les objectifs explicites des projets et les effets réels constatés (Boiral et al. 1985).

De même que la contribution de l'anthropologie de la santé ne consiste pas seulement à produire des connaissances sur la maladie, de même l'apport de l'anthropologie du développement ne peut se limiter à fournir un savoir sur des groupes sociaux : dans les deux cas, il s'agit aussi de permettre aux malades et aux populations d'être mieux entendus. Ainsi que le soulignait Emmanuel Levinas : « L'Autre est la question dont je ne suis pas la réponse ».*

* Je remercie le Docteur F. Simonet, M. Sanon Hassan et M. Sanou Gilbert de leur aide pour l'enquête en milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT J.
1989 « Médecine traditionnelle et médecine moderne en République Populaire du Bénin », *Bulletin d'Écologie humaine*, Université d'Aix - Marseille III.
- BIBEAU G.
1981 « Préalables à une épidémiologie de la dépression », *Psychopathologie Africaine*, XVII.
- BOIRAL P., LANTERI J.F., OLIVIER DE SARDAN J.P.
1985 *Paysans, experts et chercheurs en Afrique Noire. Sciences Sociales et développement rural*, Karthala et Ciface, Paris.
- BONNET D.
1986 *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, ORSTOM, Ouagadougou.
1988 *Corps biologique, corps social*, ORSTOM, Paris.
- BOUJU J.
1989 « Logiques populaires et compétences paysannes », Séminaire sur les savoirs populaires, Bobo Dioulasso du 11 au 16 Décembre 1989.
- BOUQUIAUX ET THOMAS DIR.
1976 *Enquête et description des langues à traduction orale* (3 tomes), SELAF, Paris.
- COPPO P., CHIBA CORNALE, AG. YOUSSEF
1986 « Anatomo-physiopathologie de l'appareil digestif dans la médecine populaire des Touaregs », *Bulletin d'ethnomédecine*, n° 36.
- DARRE J.P.
1985 *La parole et la technique*, L'Harmattan, Paris.
- FASSIN D.
1985 « Du clandestin à l'officieux – Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 98, XXV-2.
1986 « La vente illicite des médicaments au Sénégal », *Politique Africaine*, 23.
- HERZLICH C.
1970 *Médecine, Maladie et Société*, Mouton, Paris - La Haye.
- NEGREL, JAFFRE Y.
1985 *Guide villageois de santé oculaire*, IOTA-OCCGE, Mali.
- OLIVIER DE SARDAN J.P.
1984 *Les sociétés Songhay - Zarma*, Karthala, Paris.
- MAGASA A.
1978 *Papa commandant a jeté un grand filet devant nous*, Texte à l'appui, Maspéro, Paris.
- RAIMBAULT G.
1973 *Médecins d'enfants*, Seuil, Paris.
- RAIMBAULT G. ET ZYGOURIS R.
1976 *Corps de souffrance, corps de savoir*, L'Âge d'Homme, Genève.
- RAYNAUT C.
1972 *Structure normative et relations électives. Etudes d'une communauté villageoise Haoussa*, Mouton, Paris-La Haye.
- VALABREGA J.P.
1962 *La relation thérapeutique malade et médecin*, Flammarion, Paris.
- ZEMPLINI A.
1986 La « maladie et ses causes », *L'Ethnographie*, numéro spécial : 96-97.

Troisième Partie

PRATIQUES DE RECHERCHE

Problèmes sociaux

Inégalités économiques et solidarités sociales

Pratiques économiques et structures sociales

Le travail des enfants

La condition des femmes

Itinéraires thérapeutiques

L'interprétation du malheur et de la maladie

Les églises comme recours thérapeutique

La relation entre médecins et malades

Le malade et sa famille

Rencontres

Anthropologie et santé publique

Ethnologie et nutrition

Sociologie et hygiène

INÉGALITÉS ÉCONOMIQUES ET SOLIDARITÉS SOCIALES

Exemples haoussa au Niger

Claude RAYNAUT

Le phénomène du sous-développement possède un caractère global. Il affecte l'économie de pays entiers et, à ce titre, peut s'appréhender à travers des critères macro-économiques comme le Produit Intérieur Brut, le revenu moyen par habitant ou le taux de couverture des besoins alimentaires : autant d'indicateurs qui permettent de caractériser dans son ensemble la situation économique d'une nation. C'est grâce à eux, notamment, que l'on reconnaît les pays qui souffrent d'une position particulièrement critique – ceux d'Afrique sahélo-soudanienne par exemple, où les sécheresses et les disettes se succèdent depuis plus de quinze ans. Dans leur cas, la pauvreté s'impose sous sa forme la plus implacable et semble s'étendre à tous, sans distinction ou presque. Certes, là comme partout, une poignée de privilégiés parvient à s'enrichir en tirant avantage d'une position de pouvoir, d'un monopole économique ou d'un niveau d'éducation supérieur à la moyenne. Mais c'est dans un dénuement quasi général que la masse de la population demeure plongée.

Ce constat global, aussi pertinent soit-il, ne doit pas inciter à adopter une image trop uniformisée de la réalité. Souvent, les stratégies de développement considèrent les populations auxquelles elles s'adressent comme une somme indifférenciée d'individus, tous confrontés à des problèmes identiques, tous soumis aux mêmes besoins essentiels. Dans le domaine agricole, cette attitude a conduit au règne du « paquet technologique standard », c'est-à-dire à la vulgarisation uniforme de quelques recettes techniques ayant démontré leur efficacité en stations agronomiques. En matière de santé publique, c'est fréquemment la même approche qui inspire les programmes extensifs de lutte contre les grandes endémies aussi bien que les actions d'éducation sanitaire.

Force est de constater que la plupart des grands projets de développement ne sont pas parvenus à améliorer durablement la situation à laquelle ils avaient voulu s'attaquer. Les raisons de cet insuccès sont nombreuses. L'une d'entre elles, et non des moindres, réside dans l'inadaptation d'une démarche uniformisatrice face à la multiplicité, à l'hétérogénéité des besoins et des demandes auxquels il faut apporter une réponse. Reconnaître la complexité, prendre en compte la diversité sont devenus aujourd'hui les maîtres mots de ceux qui réfléchissent à ce que pourrait être une nouvelle stratégie de développement. Il est de plus en plus évident que, même dans une situation de pauvreté générale, les contraintes ne s'exercent pas partout de façon identique. Cette diversité a de multiples origines : écologiques, démographiques, historiques, économiques, culturelles. C'est ce qui rend le problème si difficile, non seulement à résoudre mais, tout simplement, à poser. A la limite, chaque micro-région, chaque village, chaque famille constitue un cas particulier. S'il n'est pas possible de répondre de façon spécifique à chacun d'eux, on doit, en revanche,

s'efforcer d'identifier les grands axes de différenciation qui sont à l'œuvre, les clivages majeurs qui se dessinent, afin de disposer d'instruments pertinents de compréhension de la réalité.

Parmi ces multiples facteurs de diversité, il en est un qui mérite une attention particulière car il n'est pas seulement l'expression de spécificités locales imputables à la géographie, à l'économie ou aux traditions culturelles, mais il représente un phénomène historique de grande ampleur qui traduit une mutation en profondeur de la logique de fonctionnement des sociétés traditionnelles ⁽¹⁾. Il s'agit de l'émergence de disparités sociales et économiques fondées sur un accès inégal aux biens de consommation et aux facteurs de production. Ces inégalités font que, même lorsque la pauvreté constitue la toile de fond commune d'une situation collective, tous les acteurs en cause n'y sont pas exposés au même degré, tous ne disposent pas d'atouts semblables pour y faire face.

La crise des sociétés sahélo-soudaniennes fournit un exemple particulièrement éclairant à cet égard. Certes, elle se manifeste par des déséquilibres globaux d'ordre climatique, écologique et économique (Raynaut 1987), mais les conséquences n'en sont pas identiques pour tous ceux qu'elle frappe. Tandis que certains perdent pied et se trouvent entraînés dans un cycle d'appauvrissement difficilement réversible, d'autres, au contraire, parviennent à prendre le dessus et, parfois, à tirer avantage des quelques possibilités d'amélioration qui s'offrent à eux. Quant à la majorité, elle parvient tant bien que mal à survivre, restant à la merci de tout événement – sécheresse, maladie, effondrement des prix agricoles – qui la fera sombrer. En réalité, comme dans toutes les grandes périodes de mutation technologique, la crise actuelle du Sahel est l'occasion d'une profonde recomposition sociale qui conduit à une redistribution des rôles sociaux et économiques. Nous allons voir plus loin qu'elle joue en quelque sorte le rôle de crible : frappant durement les plus vulnérables, favorisant les plus forts. Faute de le comprendre, on risque de passer à côté d'une des dimensions essentielles du phénomène et de proposer des remèdes qui ne feront qu'accroître le fossé qui se creuse entre les catégories sociales.

Mais l'existence d'inégalités n'est pas réservée aux sociétés rurales. L'urbanisation, qui est le corollaire de la crise du monde paysan, favorise l'émergence d'une petite bourgeoisie citadine, tandis qu'un flux massif de migrants vient grossir sans cesse la masse des sans travail. Plus encore que la campagne, la ville est un lieu où se creusent des écarts criants de niveau de vie. Ces disparités ont une autre origine que celles rencontrées en milieu rural, elles prennent d'autres formes mais elles débouchent sur des situations de misère tout aussi préoccupantes.

C'est seulement en prenant conscience de la diversité et de la spécificité des situations auxquelles elle doit répondre qu'une action de développement pourra proposer des solutions adaptées à la réalité des besoins existants. Une démarche systématique d'analyse est nécessaire car ces besoins ne se traduisent pas toujours par une demande explicite. Le problème est alors de savoir comment prendre la mesure de ces différenciations : comment en identifier les mécanismes, en évaluer les conséquences ? C'est ce que nous allons essayer de montrer ici en nous appuyant sur quelques exemples concrets pris au Niger, dans la région de Maradi, parmi une population d'agriculteurs haoussa puis chez des citadins, composés pour une large part de ruraux immigrés.

(1) On emploiera ici, par commodité, le terme « traditionnel » pour qualifier les sociétés encore profondément imprégnées par les valeurs culturelles de la période pré-coloniale. Il est clair que ces « traditions » ont été fortement remaniées et ré-interprétées depuis le début du siècle.

1. LES BASES DE L'INÉGALITÉ DANS LA SOCIÉTÉ HAOUSSA

Avant de décrire les formes contemporaines de l'inégalité, il convient de rappeler dans quel contexte historique et culturel celles-ci s'inscrivent car il faut se garder de projeter nos propres schémas de représentation sur les faits observés dans une société autre que la nôtre. Des phénomènes qui peuvent paraître identiques si l'on se contente de les décrire de façon superficielle sont susceptibles de recevoir des significations et de remplir des fonctions différentes selon le cadre culturel dans lequel ils prennent place.

Ainsi, les disparités de statut, de pouvoir, de condition d'accès aux richesses ne constituent pas, en elles-mêmes, un fait nouveau au sein de la société haoussa. Bien au contraire, le principe hiérarchique qui est à l'œuvre dans pratiquement toutes ses institutions traditionnelles (Raynaud 1973 a) a longtemps servi de base à des mécanismes d'accumulation de biens et de facteurs de production. Mais cette forme d'inégalité était, par sa nature même, profondément différente de celle que l'on voit émerger aujourd'hui. C'est pourquoi il est indispensable d'en présenter les fondements avant d'analyser la réalité contemporaine.

C'est dans la structure politique traditionnelle – la chefferie – que s'incarnait de la façon la plus évidente l'ordre hiérarchique générateur de disparités économiques. Depuis des siècles, la civilisation haoussa – qui regroupe aujourd'hui plus de 20 millions de personnes réparties essentiellement au nord du Nigéria et au Niger – s'organise en grands états centralisés, qui se subdivisent eux-mêmes en principautés vassales, en chefferies locales, en villages. Selon une organisation proche à certains égards du système féodal, l'allégeance d'une personne ou d'une communauté vis-à-vis d'un supérieur se manifestait jadis en cas de guerre et, dans certains cas, par l'accomplissement de corvées. Au bas de l'échelle, se trouvaient les hommes du commun – c'est-à-dire les « pauvres » en haoussa –, puis les esclaves – dépouillés même de la maîtrise de leur force de travail.

Contrairement à ce que l'on connaissait au sein des structures féodales européennes ou à ce qui existe, aujourd'hui encore, dans d'autres sociétés africaines – chez les Soninké par exemple – la prééminence politique ne s'accompagnait pas, en pays haoussa, d'un contrôle direct sur la terre : le droit de cultiver appartenait à celui qui avait défriché le sol. En revanche, des flux de travail, de denrées agricoles, de produits artisanaux mais aussi d'impôts payés en monnaie de coquillage parcouraient la pyramide politique du bas vers le haut, permettant au chef de se distinguer par la taille de ses greniers, par l'abondance de ses magasins, par l'ampleur de son troupeau. Ces privilèges économiques, loin de chercher à se masquer, se faisaient ostensibles, désignant publiquement le lieu du pouvoir et de la richesse. Mais, par ce fait même, ils appelaient une contrepartie : ils créaient un devoir de protection et d'aide de la part du supérieur vis-à-vis de ses subordonnés. Cela est si vrai que, jusqu'à aujourd'hui, un chef traditionnel est moralement tenu de porter secours à ceux qui relèvent de son autorité et, lors des récentes disettes, nombreux sont ceux qui ont épuisé leurs réserves en distribuant des vivres aux nécessiteux.

Mais l'obligation de partage, de redistribution au moins partielle des richesses accumulées s'inscrivant dans un rapport de dépendance/protection, ne se limite pas au cadre institutionnel de la chefferie. Elle s'applique largement au domaine des relations privées entre les individus. Ainsi, tout riche commerçant, tout notable s'appuie-t-il sur un réseau de dépendants qui se mettent à son service, contribuent à l'établissement de sa fortune mais bénéficient en retour de sa protection et de sa générosité (Grégoire

1986). Le même principe de dissymétrie s'étend jusqu'aux rapports entre simples particuliers : aussi modeste soit son statut, chacun s'efforce en effet d'avoir au moins un protégé (*bara*), tout en jouissant lui-même de la protection d'un patron (*uban oida*).

Les structures de parenté fonctionnent elles-aussi sur un modèle analogue. Le fils, le frère cadet, l'épouse se soumettent à l'autorité du chef de famille et participent à la production des biens que celui-ci va gérer. En contrepartie, tous attendent que ces richesses soient employées pour assurer la subsistance matérielle du groupe familial, pour faire face à ses obligations cérémonielles, pour participer aux échanges nécessaires à la réalisation des mariages. Au-delà de la cellule domestique de production, des mécanismes d'accumulation des biens fonctionnent également à l'échelle du lignage ou segment de lignage. C'est notamment le cas pour certaines cérémonies qui permettent à un cultivateur d'acquérir le titre de « maître des cultures » après avoir rassemblé, avec l'aide de son réseau de parenté, de grandes quantités de mil et de nombreuses richesses qu'il distribue ensuite de façon ostentatoire (Nicolas 1975). Même si, dans ce cas, l'accumulation ne s'inscrit pas directement dans un rapport de réciprocité, le prestige acquis par le nouveau « maître des cultures » crée pour celui-ci des devoirs à l'égard des membres de sa famille qui l'ont aidé à réunir les biens qu'il a dilapidés.

Ces différentes pratiques renvoient toutes à une conception commune de l'usage des richesses. Celle-ci valorise non pas l'idée d'une jouissance privée mais celle d'une redistribution qui témoigne de la prospérité du donneur. En fin de compte, à quoi sert d'être riche si ce n'est pas pour le faire savoir ? Les biens possédés sont les éléments d'un langage : ils doivent servir à parler : ils doivent circuler, c'est-à-dire être donnés, être partagés. Pour certaines sociétés, l'émergence d'inégalités est intolérable. Des mécanismes institutionnels – comme l'alternance des classes d'âge au pouvoir par exemple – assurent que ni l'autorité ni les biens de valeur ne puissent être durablement monopolisés par un petit nombre. Dans le système social haoussa, la concentration de richesses entre les mains d'une personne fait l'objet d'autres formes de régulation. Elle est légitime et ne provoque pas de tensions : nul antagonisme entre le riche et le pauvre mais, au contraire, le fondement d'un rapport de complémentarité. Le riche est, en quelque sorte l'arbre dont on recherche l'ombre : le pauvre est un protégé potentiel dont l'allégeance témoigne de la fortune de celui à qui elle s'adresse. Chacun a, en quelque sorte, besoin de l'autre.

Ces conceptions traditionnelles reposent sur une logique économique pour laquelle la vraie richesse réside au bout du compte dans la capitalisation des liens sociaux. Au sein d'un tel système, l'inégalité est constitutive de l'ordre social : elle sert de support à des flux de biens et de services qui permettent à la fois aux institutions de se perpétuer et aux plus faibles de survivre. Cette logique a aidé les institutions haoussa à se reproduire pendant des siècles mais elle a constitué aussi une des bases de son système de sécurité – les réserves des riches représentant une forme de stockage de longue durée mobilisable en période de crise. Elle est loin d'être périmée aujourd'hui et continue à imprégner les esprits et les comportements comme nous le verrons plus loin. Cependant, elle entre désormais en contradiction, avec une autre forme de rationalité économique : celle de l'échange marchand. Les biens, le travail, la terre deviennent des marchandises qui, grâce à la monnaie, peuvent être transmises indépendamment de toute relation sociale ou institutionnelle entre partenaires et sans créer entre eux de lien personnel – contrairement au don qui « oblige » celui qui le reçoit. Partant de là, des formes nouvelles d'inégalités se mettent en place qui n'ont plus rien de commun avec celles que nous venons de décrire et dont les conséquences sont tout autres – aussi bien au niveau individuel que du point de vue collectif. Nous allons en décrire quelques-unes en nous appuyant sur un certain nombre d'exemples de terrain.

2. L'ACCUMULATION INTERNE A LA SOCIÉTÉ PAYSANNE

Pour comprendre les profondes transformations que vit actuellement le monde paysan haoussa nigérien, il faut tenir compte tout à la fois de l'évolution du fonctionnement matériel des systèmes productifs et des nouveaux rapports sociaux qui se mettent simultanément en place autour des activités agricoles. Pour cela, il faut effectuer un bref retour en arrière afin de mesurer le chemin parcouru.

2.1. De la maîtrise des hommes au contrôle des choses

Jusque dans les années cinquante, l'agriculture locale était marquée par une abondance d'espace cultivable qui rendait inutile l'exercice d'un contrôle privatif sur la terre. En fin de compte, un champ ouvert dans la brousse comptait moins par ses qualités intrinsèques que comme le lieu temporaire où pouvait s'exercer la force de travail. Cette primauté du travail sur le foncier trouvait son expression dans le droit coutumier : toute terre laissée inexploitée durant une période assez longue pour que la trace du travail s'y effaçât retournait à la brousse et retombait dans le domaine public. Chacun pouvait, à son tour, la défricher et la cultiver.

En l'absence d'appropriation du sol, il existait toutefois des formes de contrôle social sur son usage. Elles s'exerçaient à deux niveaux :

– *L'univers religieux*, tout d'abord. La brousse était considérée, en effet, comme le domaine de divinités chasseresses dont l'alliance était nécessaire pour qui désirait l'exploiter. Pour cette raison, le défrichement s'entourait de tout un rituel qui en faisait une opération beaucoup plus importante par sa signification religieuse et symbolique que par son déroulement proprement technique (Nicolas 1975). L'alliance avec les puissances de la brousse était complétée par une alliance similaire avec les divinités des cultures – sans l'accord desquelles toute pratique culturale serait demeurée infructueuse.

Ces rapports avec le monde du sacré ne s'établissaient pas sur une base individuelle mais ils réclamaient l'intercession de représentants des groupes familiaux concernés : chefs de lignage dans certains cas, chef de maisonnée dans d'autres. En première analyse, cette nécessaire médiation religieuse peut être interprétée comme l'outil d'un contrôle collectif sur l'accès à la terre. Mais si l'on approfondit la réflexion, on y décèle plutôt la manifestation d'une autorité exercée sur les hommes. En effet, lorsque le sacrificateur réglait, par ses actes rituels, les rapports entre son groupe familial et les divinités maîtresses du sol, son rôle était avant tout d'ouvrir et de délimiter un champ d'exercice au sein duquel les pratiques culturelles pussent être à la fois légitimes sur le plan sacré et efficaces sur le plan matériel. Hors de son intervention et de l'espace rituel ainsi tracé, l'exercice du travail agricole demeurait profanatoire, par conséquent inefficace et dangereux. Nul ne pouvait donc espérer tirer profit de son propre travail sans l'intercession de ce médiateur. A travers les croyances et les pratiques religieuses touchant en apparence l'usage de la terre, c'était bien la maîtrise collective de la force de travail qui était en jeu.

– *La structure politique*. Elle constituait le second niveau de contrôle de l'usage du sol. En effet, ce n'est qu'avec l'accord de l'instance politique traditionnelle compétente que l'on pouvait mettre en culture une nouvelle terre ; chef de village dans le cas d'un nouveau venu s'installant dans une agglomération déjà existante ; chef de territoire, pour celui qui voulait fonder un nouveau village. Mais ici encore, l'autorité

exercée sur la terre n'avait rien de commun avec une appropriation privative. En pays haoussa, le chef de territoire, considéré comme « époux de la terre » était le garant de sa fécondité et c'est à ce titre que s'exerçait son pouvoir sur un espace donné. Solliciter son accord revenait, avant tout, à reconnaître son autorité, de sorte que la maîtrise du sol était, ici aussi, l'expression d'un pouvoir sur les hommes.

Si l'on replace le rapport à la terre dans le contexte plus général du fonctionnement de la société paysanne haoussa – comme d'ailleurs d'un grand nombre de sociétés agricoles sahélo-soudaniennes – on peut résumer la situation en disant que l'appropriation du sol – qu'elle soit individuelle ou collective – ne constituait pas, jusqu'à une période récente, une condition nécessaire à la reproduction matérielle et sociale des groupes humains. L'enjeu essentiel se situait, bien plutôt, sur le plan de la maîtrise des hommes. Cette maîtrise s'exerçait à travers de multiples rapports sociaux : lignagers, matrimoniaux, politiques. L'esclavage en a constitué, pendant longtemps, la forme la plus évidente et la plus brutale. Le contrôle sur la terre, quant à lui, qu'il prit appui sur les représentations religieuses ou sur l'autorité politique, n'intervenait, en fin de compte, que comme un moyen de renforcer celui qui était exercé sur les hommes.

Ces remarques s'appliquent à une situation qui a prévalu tant que l'espace n'a pas constitué un facteur limitant. Aujourd'hui, les données du problème sont radicalement nouvelles et l'on assiste, depuis quelques décennies, à un renversement de la place respective du facteur terre et du facteur travail dans le fonctionnement des systèmes de production agricoles en pays haoussa. Plusieurs phénomènes se sont conjugués pour concourir à cette évolution : la raréfaction des terres, l'affaiblissement des structures sociales anciennes, le développement des rapports marchands (Raynaud 1988). Il en découle une situation totalement nouvelle que l'on peut schématiser ainsi :

- L'accès à la terre devient un enjeu majeur pour l'agriculture.
- Les formes anciennes de contrôle social de son usage ne sont plus opérantes.
- Les rapports marchands s'appliquent dorénavant à la terre aussi bien qu'au travail.

Dans ce nouveau contexte, l'inégalité foncière devient une composante essentielle des disparités qui partagent désormais la société paysanne. Des investigations approfondies le montrent sans ambiguïté (Raynaud 1976, Raynaud et coll. 1988). Nous allons en rappeler ici les conclusions. Dans chaque village, une minorité d'agriculteurs contrôle la majeure partie des meilleures terres. Tandis que certaines exploitations possèdent moins d'un hectare, d'autres en comptent plus de trente ; l'éventail des superficies disponibles par actif familial s'étend de moins d'un hectare à plus de six. On peut s'interroger au sujet des bases sociales sur lesquelles s'est constituée cette accumulation foncière, mais une analyse fine montre qu'il est difficile de s'en tenir à quelques explications simples. En effet, elle ne traduit pas un monopole sur la terre qu'exercerait une aristocratie foncière. Rien ne confirme non plus que le statut d'ainé apporte, au sein d'une famille, des avantages fonciers significatifs. En fait, bien des privilèges actuels résultent de « rentes de situation » trouvant leur origine dans le nombre de bras dont disposait la famille à la génération précédente – lors du défrichement des dernières réserves de brousse – puis dans le degré de morcellement subi par le patrimoine foncier à l'occasion des partages d'héritage. La part du hasard est, ici, non négligeable. Aujourd'hui, aucun espace nouveau ne peut plus être mis en culture, si bien que l'accumulation de la terre n'est possible qu'à travers une redistribution interne à la communauté villageoise. Des stratégies délibérées de concentration de la terre commencent, dès lors, à se faire jour par le biais des achats de terres ainsi que par la manipulation de rapports sociaux (développement de la transmission matrilineaire, récupération des terres de parents ayant quitté le village).

Dans une situation générale où, en première analyse, tout le monde semble également exposé aux contraintes d'un milieu particulièrement rude, on constate en réalité l'existence de fortes inégalités. Celles-ci reposent au départ sur l'accès à la terre, mais elles se développent ensuite grâce à l'accumulation des autres facteurs de production – les outils, la force de travail – qui sont des marchandises et qui s'obtiennent contre de l'argent. L'accès à la monnaie, par le biais de transactions marchandes, constitue en effet le second axe du processus de différenciation économique qui est actuellement à l'œuvre.

Une typologie des exploitations agricoles reposant à la fois sur la maîtrise foncière et sur le contrôle des facteurs techniques permet d'identifier quatre grands types de situation (Raynaut et coll. 1988) que l'on résumera ainsi :

- *De grandes exploitations intensives*, bénéficiant d'une superficie supérieure à dix hectares : utilisant l'engrais et les équipements attelés ; faisant appel à de la main-d'œuvre salariée. Elles parviennent à l'équilibre vivrier chaque année, même lorsque la pluviométrie est insuffisante et que les autres agriculteurs ont une production déficitaire. C'est généralement l'existence de sources de revenu non agricoles (commerce, artisanat) qui a permis d'améliorer les techniques et de tirer parti d'une situation foncière favorable.

- *De petites exploitations intensives*, dont la superficie est inférieure à dix hectares, qui essaient de s'équiper en matériel moderne grâce à des revenus extérieurs mais qui, faute de terre, n'obtiennent pas des résultats suffisants pour s'assurer un équilibre alimentaire régulier. Elles compensent le déficit par des achats de vivres.

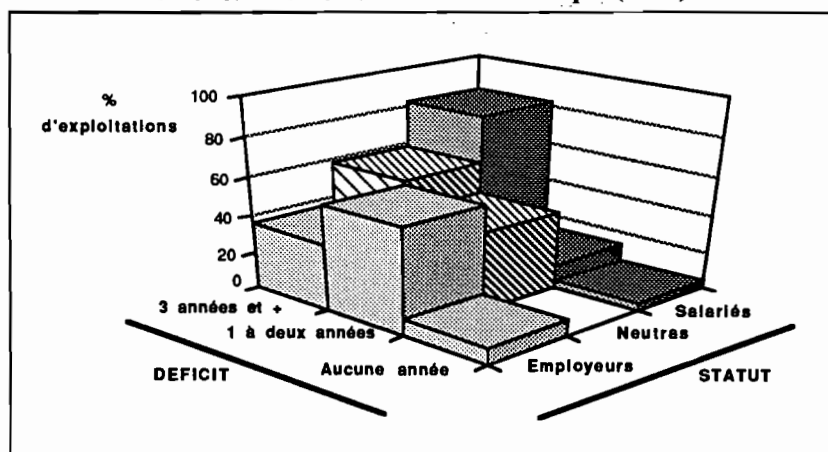
- *Des exploitations extensives*, pour lesquelles l'accès à la terre ne représente pas une contrainte mais qui n'ont pu s'équiper, faute de revenus non agricoles. Leur bilan vivrier est régulièrement déficitaire. Certaines d'entre elles voient leurs membres s'employer comme salariés. Elles sont parfois contraintes de vendre leurs terres pour survivre.

- *Des exploitations exportatrices de main-d'œuvre*, qui n'ont que très peu de terres et ne peuvent améliorer leur productivité. Elles sont en déficit vivrier chronique et doivent vendre leur force de travail pour acheter des aliments.

2.2. De la concentration foncière à l'inégalité économique

Le graphique ci-après illustre, à travers l'exemple d'un village, cette stratification économique et ses conséquences en terme de conditions de vie. Le lien entre l'insécurité alimentaire et le statut de salarié apparaît avec évidence. Se met manifestement en place, non pas une classe de paysans sans terres comme dans d'autres régions d'Afrique ou en Amérique Latine, mais une catégorie d'agriculteurs qui ne peuvent plus subsister sur leurs propres champs et qui fournissent la main-d'œuvre d'appoint dans laquelle puisent les exploitations les plus favorisées. Certes, ces dernières ne sont pas totalement à l'abri d'un déficit vivrier – notamment celles qui n'ont pas suffisamment de terre – mais il faut tenir compte ici du fait que la pluviométrie de 1984 a été particulièrement catastrophique et que, cette année-là, très peu d'agriculteurs – même les plus favorisés – ont été en mesure de subvenir à leurs besoins grâce à leur production.

**Nombre d'années de déficit vivrier
en fonction du statut socio-économique (1984) ⁽²⁾**



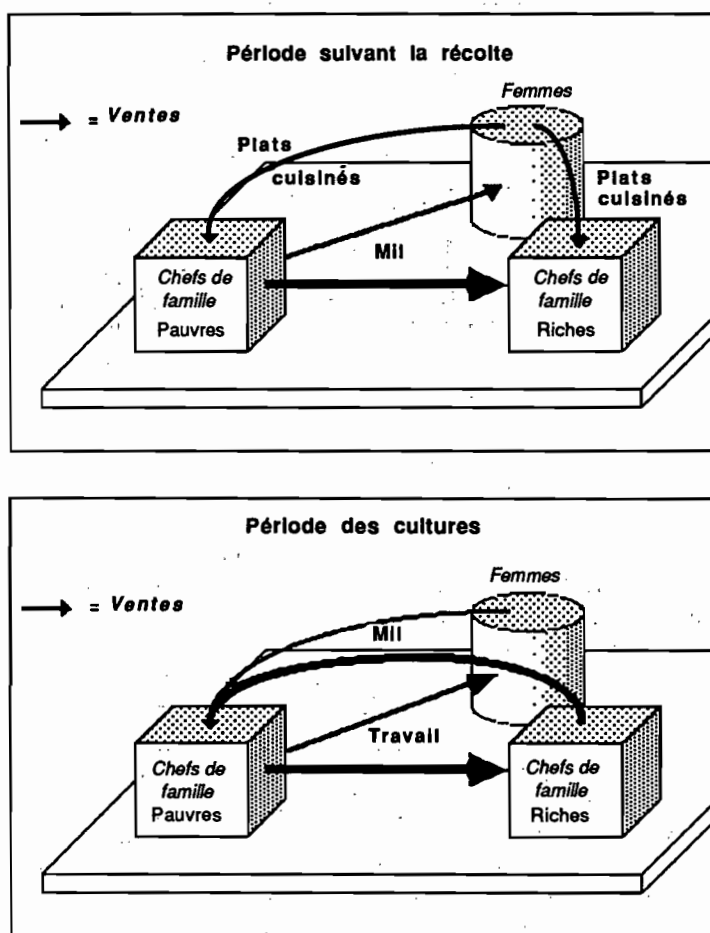
source : Raynaud et coll. 1988

Les inégalités qui se creusent aujourd'hui au sein des communautés paysannes de Maradi et celles qui fournissaient à la société traditionnelle haoussa un de ses principes d'organisation, sont radicalement différentes. Désormais, loin de s'inscrire dans un système de rapports sociaux fondés sur la réciprocité et la redistribution, les modalités de contrôle de la richesse – et des moyens de la produire – engendrent des mécanismes inégalitaires cumulatifs : les plus démunis sont contraints, pour survivre, de s'appauvrir encore davantage au profit des plus riches. On peut saisir concrètement cette dynamique inégalitaire grâce aux résultats fournis par une monographie villageoise fine (Raynaud 1973 b). Malgré l'ancienneté de ces observations et bien que le poids de la pression fiscale – écrasant à l'époque – se soit quelque peu allégé depuis 1975, les mêmes mécanismes fondamentaux demeurent à l'œuvre aujourd'hui. Ils reposent essentiellement sur les échanges marchands entre denrées vivrières et travail et s'organisent selon un modèle qu'illustrent les deux figures présentées ci-après.

L'enchaînement dans le temps est le suivant. Après la récolte, les agriculteurs les plus pauvres – ceux dont la situation correspond grosso modo aux deux derniers cas de la typologie esquissée plus haut – sont contraints de vendre une partie de leur production de mil afin de faire face aux multiples dépenses qui s'accumulent à cette période de l'année (impôts, obligations familiales, achats de vêtements). Ce ne sont pas des excédents de production qu'ils commercialisent car les quantités qu'ils ont récoltées sur leurs champs ne couvrent même pas leurs besoins alimentaires. Ces ventes compromettent donc encore davantage l'équilibre vivrier du groupe domestique dont ils ont la charge. Pendant les longs mois de saison sèche, les adultes de la famille vont devoir s'efforcer de compenser ce déficit en achetant au jour le jour des plats préparés auprès des femmes du village – selon une pratique très courante en pays haoussa (Raynaud 1978). L'argent nécessaire à ces achats vient de menus travaux, de commerces occasionnels ainsi que des multiples dons qui parcourent la communauté villageoise et impriment à la monnaie une circulation incessante (Raynaud 1977).

(2) Le déficit représente le nombre de fois, où au cours des 10 années écoulées, l'exploitant interrogé n'a pas récolté suffisamment pour couvrir les besoins de sa famille. Le statut socio-économique, quant à lui, se définit en fonction de la position actuelle vis-à-vis du salariat : les « neutres » étant les exploitants qui n'emploient pas de main-d'œuvre mais ne louent pas davantage leurs bras.

Les mécanismes d'échange inégalitaire à l'échelle villageoise



source : Raynaud 1973 b.

La saison des cultures venue, chaque groupe familial se replie sur lui-même, les femmes cessent de préparer de la nourriture destinée à la vente et les chefs de famille doivent prendre entièrement en charge l'alimentation des leurs. Ceux dont les greniers sont vides s'engagent alors comme salariés agricoles – se faisant souvent payer directement en céréales ; leurs employeurs sont fréquemment ceux-là même à qui ils avaient été contraints de vendre une partie de leur récolte quelques mois auparavant. Le temps ainsi consacré au travail salarié est loin d'être négligeable : dans l'exemple étudié, il représentait en moyenne 22 journées par chef de famille – toutes concentrées durant la période des sarclages. C'est environ un tiers du temps qu'ils auraient pu consacrer à leur propre exploitation durant ce moment crucial du cycle agricole que ces agriculteurs passent sur le champ des autres. Ces absences se répercutent bien entendu sur leurs propres résultats de production, de sorte qu'ils se trouvent entraînés dans un mouvement cumulatif d'appauvrissement dont il leur est très difficile de sortir. En dernière extrémité, un grand nombre d'entre eux sont réduits à mettre en gage ou même à vendre les parcelles qu'ils ne peuvent plus cultiver. Les acquéreurs qui se présentent sont toujours les mêmes : ceux à qui ils ont vendu précédemment leur mil et leur travail.

Un tel système est, dans son fondement même, générateur d'inégalités économiques. A la faveur des transferts de mil, de travail et de terres, deux catégories sociales extrêmes se constituent. Contrairement à la logique de réciprocité qui animait les hiérarchies anciennes, celle qui sous-tend les relations entre ces deux catégories est de l'ordre de la concurrence : les plus favorisés tirant avantage des difficultés éprouvées par les plus démunis et s'emparant progressivement de leur mil, de leur force de travail puis de leurs terres. Le passage d'une logique à l'autre est parfaitement illustré par l'exemple de ce chef de famille qui, après avoir partagé ses terres avec ses fils adultes et en avoir conservé la part la plus importante, engage ensuite ceux-ci comme salariés agricoles (Raynaut 1973 a).

L'évolution qui bouleverse actuellement la société paysanne, dans la région de Maradi mais aussi dans la majorité du Niger, ne ressemble en rien aux transformations qu'elle a connues par le passé : la raréfaction de l'espace, le bouleversement des structures sociales anciennes et le développement des rapports marchands jettent les bases d'une réalité nouvelle où le contrôle social des hommes passe au second plan d'une stratégie économique dominée désormais par la recherche de la maîtrise foncière, l'accumulation du capital technique et la participation active aux échanges commerciaux. Est en voie d'émergence, à travers l'ensemble de ces processus, une classe d'agriculteurs qui, sans être toujours vraiment riches, sont du moins en mesure de surmonter la crise actuelle et de tirer avantage de la faillite de tous ceux qui engagent la lutte dans une position trop défavorable pour pouvoir la terminer autrement qu'en ville ou à l'étranger.

2.3. L'alternative du développement

Cet exemple, tiré de la réalité haoussa nigérienne, pose un problème qui concerne aussi un grand nombre de sociétés sahélo-soudaniennes. Les situations de dénuement et de détresse physique que l'on y observe – et qui trouvent leur expression ultime dans l'afflux de réfugiés autour des villes ou dans des camps – ne sont pas simplement le fruit accidentel de sécheresses répétées. Elles témoignent de l'existence de processus de changement internes aux communautés rurales et à leurs systèmes de production. Ce sont les bases matérielles, économiques et sociales selon lesquelles s'organise actuellement l'agriculture – et l'on pourrait sans doute dire la même chose du pastoralisme (Bourgeot 1982) – qui sont génératrices d'appauvrissement et en fin de compte d'exclusion pour toute une frange de la population. Dans ces conditions, les interventions de développement ne peuvent plus se contenter, comme elles le font trop souvent, de raisonner à partir de situations « moyennes » qui ne sont en fin de compte que des abstractions privées de sens ; elles ne peuvent continuer à s'adresser aux communautés paysannes comme s'il s'agissait d'entités homogènes et à proposer des améliorations techniques qui demeurent le plus souvent hors de portée du plus grand nombre. Il leur faut prendre conscience des effets sociaux que peuvent avoir les choix techniques et économiques sur lesquels repose une stratégie de développement et dont l'influence peut être déterminante si ce n'est sur le sens de la mutation que nous avons brièvement décrite ici, au moins sur son rythme et son ampleur. Schématiquement résumés, les termes de l'alternative sont les suivants :

– Favoriser la résolution des problèmes vivriers de la masse de la population rurale et limiter par contre-coup les mouvements d'exode en promouvant en priorité la vulgarisation de thèmes simples, accessibles au plus grand nombre et en mettant l'accent sur la recherche de la sécurité plus que sur celle de la productivité maximum – avec ce que cela implique dans le domaine de la gestion sociale du produit (stockage). L'une des conséquences de cette stratégie pourrait être une progression

limitée de la commercialisation des produits agricoles en dehors des villages avec, notamment, des effets négatifs sur l'approvisionnement vivrier des villes.

– Soutenir la constitution d'une classe de paysans pratiquant une agriculture à productivité relativement élevée, capable de dégager des surplus. Cela impliquerait que l'on s'appuie sur les catégories déjà les plus favorisées et que l'on accepte l'accélération des mécanismes inégalitaires déjà à l'œuvre. Sachant que, dans ce cas, les surplus s'orienteront de préférence vers les circuits commerciaux les plus rémunérateurs, on peut prévoir qu'ils ne profiteront guère aux agriculteurs qui n'auront pas pu suivre le rythme des améliorations techniques. En cas de succès d'une telle politique, l'approvisionnement des villes serait sans doute mieux assuré, ainsi que la constitution de surplus exportables. Cela signifierait, en revanche, que les problèmes vivriers d'une part importante de la population rurale demeureraient non résolus. Il faudrait s'attendre alors, à une accélération notable du flux des migrants vers les villes.

Il s'agit là, bien entendu, des deux termes les plus extrêmes d'une alternative. Dans la pratique, seules les solutions intermédiaires seront applicables. Toutefois, ces deux options contradictoires s'imposeront au planificateur. Les ignorer, passer sous silence le rôle fondamental des mécanismes inégalitaires dans l'évolution actuelle de la société paysanne reviendrait à dissimuler le coût humain des décisions techniques et économiques et à se retrouver, à terme, devant des problèmes auxquels il faudrait répondre par des mesures d'urgence – comme l'aide alimentaire et sanitaire par exemple.

3. LA STRATIFICATION ÉCONOMIQUE EN MILIEU URBAIN

La ville constitue, en fin de compte, l'exutoire des campagnes en crise. C'est vers elle que se dirigent les perdants du vaste processus de sélection analysé plus haut. Ces derniers trouvent-ils au terme de leur voyage un environnement social et économique moins menaçant ? Quelle place tient le phénomène de l'inégalité dans la société urbaine ? Comment peut-on l'appréhender ? Quelles sont ses conséquences au plan individuel ? Telles sont quelques unes des questions qui viennent dans le prolongement des observations conduites en milieu rural. Les résultats d'une recherche conduite récemment à Maradi, ville qui se situe au cœur de la région sur laquelle ont porté les études dont nous venons de rendre compte, y apportent l'amorce d'une réponse. Examinons en ici quelques résultats.

La croissance rapide qu'a connue Maradi depuis le milieu des années soixante témoigne de l'importance des flux migratoires originaires des zones rurales durant cette période. Sa population dépassait à peine 20.000 habitants il y a 25 ans, elle en compte aujourd'hui 100.000. Aussi rapide soit le rythme de cette augmentation (environ 8% par an), il faut cependant ramener les choses à leur juste proportion : en 1984, on estime le solde migratoire positif à environ 3.500 personnes, ce qui est peu de chose comparé aux 1.200.000 habitants du département (Herry 1989). Mais il ne faut pas perdre de vue que Maradi voit aussi une part de sa population partir chaque année et que, par conséquent, le nombre réel de nouveaux arrivants est sensiblement supérieur au solde migratoire final. D'autre part, les principaux flux de déplacement – de courte et de longue durée – sont orientés vers le Nigéria voisin, gigantesque pays dont l'attraction économique demeure très forte, en dépit des difficultés qu'il traverse. Le mouvement d'exode rural est donc réel, alimenté essentiellement par le

départ de ceux qui ne peuvent plus subvenir à leurs besoins dans leur village. Si Maradi, n'en accueille qu'une partie – comment pourrait-il en être autrement avec les perspectives d'emploi réduites qu'elle offre – cela suffit à générer une augmentation très rapide de sa population, avec toutes les conséquences qui en découlent : en particulier, l'apparition de formes de différenciation sociale et économique spécifiques au milieu urbain.

3.1. Les instruments de mesure de l'inégalité urbaine

La façon dont elles se manifestent et les outils que l'on peut utiliser pour les mettre en évidence n'ont rien de commun avec ce que l'on constate en milieu rural. Elles ne reposent en effet que très partiellement sur une accumulation des moyens de production. Maradi est avant tout une ville administrative et commerçante. On n'y rencontre pratiquement pas d'activités industrielles et l'artisanat moderne se limite à un petit nombre d'activités – fabrication de mobilier, réparation de matériel électroménager et mécanique – pour lesquelles la concentration du capital demeure modeste et la demande de main-d'œuvre, peu importante (Grégoire 1986). Aujourd'hui, l'essentiel de l'apport extérieur de richesse – ce qui permet à l'économie urbaine de tourner – vient de trafics plus ou moins licites avec le Nigéria voisin et du maigre appoint d'un secteur salarié squelettique (environ 12% des adultes, parmi lesquels les employés permanents représentent moins de 5%). Les habitants de Maradi vivent en grande majorité, de la redistribution de l'argent et des biens introduits en ville par ces deux principaux canaux. C'est le règne des commerces de tous types (de la boutique au petit étal des rues), des services de différentes sortes (du mécanicien automobile au barbier ambulant), mais aussi des multiples formes de dons et d'aides qui suivent les chemins de la solidarité familiale ou qui obéissent au devoir d'aumône à l'égard des plus démunis.

Comment apprécier l'inégalité économique dans ce contexte, sans s'engager dans une enquête de revenu aussi lourde dans sa mise en œuvre qu'aléatoire dans ses résultats ? S'appuyer sur une typologie des activités conduit vite à une impasse. En dehors de quelques catégories aisément repérables – riches négociants, artisans qui utilisent un équipement coûteux, salariés permanents ou, au contraire, mendiants, petits vendeurs à l'étalage, tâcherons le plus souvent au chômage – comment classer selon une échelle de ressources fiable, la multitude de professions que l'on rencontre en ville ? La méthode la plus accessible consiste en fin de compte à observer les niveaux de vie au sens classique du terme, c'est-à-dire l'ensemble des biens et des services que permet d'acquérir le revenu d'une personne ou d'un groupe. Pour cela, l'étude conduite à Maradi s'est appuyée sur un certain nombre de signes extérieurs susceptibles de traduire les ressources pécuniaires d'un ménage. En l'absence d'une mesure des flux monétaires eux-mêmes, ce sont les traces matérielles durables de leur existence qui ont été relevées : nature de l'habitat, possession de biens manufacturés (véhicules, appareils ménagers). Pour distinguer les cas de dénuement les plus extrêmes, il a été fait appel en outre à un critère complémentaire : l'achat de nourriture toute préparée en dehors de la cellule domestique. Comme en milieu rural, le commerce des plats cuisinés est, en effet, actif à Maradi et il fournit un recours appréciable pour tous ceux qui n'ont pas les moyens d'acheter des céréales à l'avance – chose rendue nécessaire par la longueur des opérations de préparation du mil.

La combinaison de ces différents paramètres a servi à établir un indice synthétique d'évaluation du train de vie des ménages étudiés, puis de les classer en quatre grandes catégories (Raynaut 1986).

a) La première (27% de la population) regroupe des ménages qui vivent dans des conditions très précaires. Une partie d'entre eux réside dans de simples paillotes ; les autres, dans des constructions de pisé très rudimentaires et dépourvues de tout équipement. Dans les trois quarts des cas, ces familles ne sont pas en mesure de préparer régulièrement leurs repas à la maison et survivent au jour le jour grâce à des dons de nourriture ou à des petits achats d'aliments tout préparés.

b) Dans la seconde strate (34% de la population), tous les ménages disposent d'habitations de pisé traditionnelles mais ils se distinguent surtout du groupe précédent par le fait qu'ils sont en mesure de préparer quotidiennement la nourriture à domicile, ce qui dénote une certaine régularité des revenus (même modestes).

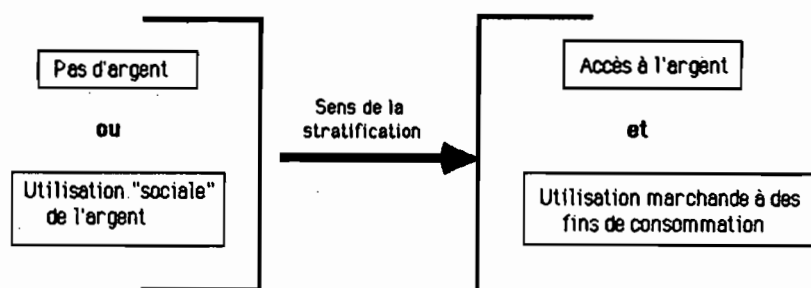
c) Le troisième niveau socio-économique (30% de la population) se caractérise par une modernisation assez générale de l'habitat (60% des ménages habitant des constructions crépies de ciment ou couvertes de tôles), par la fréquence des vélos ou des vélomoteurs (un ménage sur deux) et par l'apparition de quelques téléviseurs).

d) Dans la strate supérieure, enfin (9% de la population), on compte un véhicule à moteur dans presque chaque ménage – parmi lesquels, 60 % d'automobiles. Par ailleurs, 70% des familles possèdent un réfrigérateur, toujours accompagné d'un téléviseur. Cette catégorie de population est, de toute évidence, largement engagée dans une pratique de consommation des biens manufacturés. L'habitat se modernise lui aussi, puisque 43% de ces ménages résident dans des constructions de ciment.

3.2. Signification et limites de la stratification

Aussi sommaire soit cette typologie, elle permet de saisir l'ampleur des écarts qui se creusent en ville. Elle montre bien l'émergence d'une petite bourgeoisie qui est la seule à tirer pleinement parti des avantages matériels qu'offre le monde urbain. Elle souligne aussi l'existence d'une large frange d'exclus, souvent réduits à des conditions de vie plus précaires et plus rudimentaires que celles qui existent dans les villages.

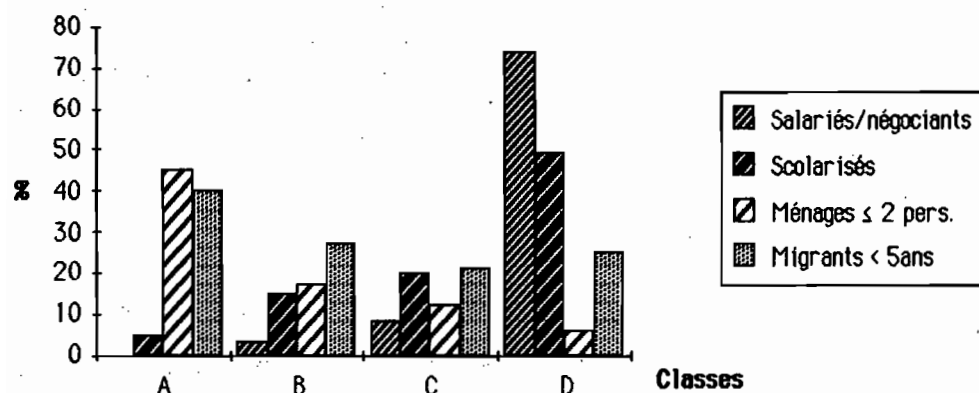
Au-delà de ce constat très général, il convient de s'interroger sur la pertinence de l'instrument de mesure qui a permis de dessiner une telle représentation de la société urbaine. L'hypothèse non formulée sur laquelle repose son élaboration est que l'acquisition de biens de consommation durables, l'amélioration ou l'embellissement du cadre matériel de vie, suit la progression du revenu. Cette hypothèse est acceptable dans nos sociétés marchandes, dont l'économie repose pour l'essentiel sur des pratiques de consommation. Elle n'est pas transposable telle quelle dans le contexte culturel haoussa qui, nous l'avons vu plus haut, véhicule d'autres conceptions de la richesse et de son usage – conceptions qui font une large part à l'échange non marchand, à la redistribution, à la prodigalité. Autant d'utilisations de la richesse qui ne laissent pas de traces matérielles et que l'indicateur utilisé à Maradi n'est pas en mesure de mesurer. Ce qu'il enregistre, en fin de compte, ce n'est pas l'opulence ou la pauvreté en elles-mêmes mais une gradation dans le rapport à l'économie marchande et dans le maniement de la monnaie. L'échelle socio-économique à laquelle on aboutit combine donc un gradient des ressources pécuniaires et une évolution des rapports à l'argent. On peut la schématiser de la façon suivante :



C'est donc sous cet angle spécifique que l'instrument d'observation utilisé permet de hiérarchiser la population urbaine. Ce constat ne touche pas seulement à un point de méthode : il exprime la nature même des disparités qui se constituent en ville et le fait qu'elles ne reposent que très accessoirement sur l'accès inégal aux moyens de production. Nous avons vu qu'on pouvait aborder le problème de l'inégalité en milieu rural sans poser la question de l'utilisation de la richesse – même si, par ailleurs, celle-ci demeure pour une large part conforme aux modèles anciens : importance des dons, de l'ostentation, des usages sociaux (Nicolas 1975, Raynaud 1973 a). Ce à quoi on est confronté, c'est à une transformation structurelle des rapports de production qui menace la survie – la reproduction sociale et matérielle – de certaines catégories d'agriculteurs. Dans une ville comme Maradi, rien de tel ; rien de semblable à la terre, au travail, aux outils, qui soit un enjeu disputé dont la maîtrise conditionne la survie des citoyens. L'économie maradienne fonctionne comme un vaste réseau de circulation des biens et de l'argent, et seules, en fin de compte, les ressources que les uns et les autres en tirent témoignent des disparités qui se creusent entre eux. D'où l'intérêt qu'offre l'observation des trains de vie, à défaut de connaître les revenus.

La typologie qu'on en obtient n'est pas entièrement satisfaisante, mais elle permet de classer les citoyens sans partir d'un *a priori* quant à la hiérarchie de leurs activités. Est-elle pertinente par rapport à d'autres critères d'analyse de la réalité et les catégories ainsi identifiées reflètent-elles quelque chose des clivages sociaux auxquels le mouvement d'urbanisation donne naissance ? Il semble bien que oui. On constate en effet, que les quatre grandes strates de niveau de vie correspondent à des populations qui se différencient par bien d'autres points de vue. La figure suivante est très explicite à cet égard.

Caractéristiques socio-économiques
des classes de train de vie



Ainsi, 75% des chefs de ménage de la catégorie supérieure sont soit des salariés – souvent dans l'administration – soit de riches négociants engagés dans le commerce transfrontalier. Près de 50% d'entre eux ont reçu une formation scolaire. Ils représentent la petite bourgeoisie urbaine en cours de formation qui détient l'essentiel du pouvoir politique, économique et culturel.

Dans les deux strates intermédiaires, on rencontre encore quelques salariés, mais cette couche de la population citadine vit avant tout du commerce de détail, de l'artisanat ou de la pratique de l'un des multiples services que l'existence en ville rend nécessaires (coiffure, couture, etc.). Par le canal de ces différentes activités, une partie de l'argent acquis par les membres de la catégorie précédente circule et alimente les ressources de ces classes intermédiaires.

Chez les plus pauvres, on ne compte évidemment aucun salarié et les chefs de ménage scolarisés y sont l'exception. Beaucoup ne survivent que grâce à un commerce de tout petit détail (vente de cola, de thé etc.), par un travail à la tâche précaire ou encore par la mendicité.

Si l'on prend des critères de nature moins strictement économique, la différence entre les strates se confirme. La plus défavorisée s'identifie nettement : 40% des chefs de ménage sont des immigrants récents (moins de 5 ans) tandis que les trois quart d'entre eux sont nés hors de Maradi. Un grand nombre vivent seuls ou en compagnie d'une seule personne, conjoint ou enfant – trait auquel on reconnaît la frange de population d'origine rurale qui est venue chercher refuge en ville (Herry 1989).

3.3. Inégalités et mécanismes redistributifs

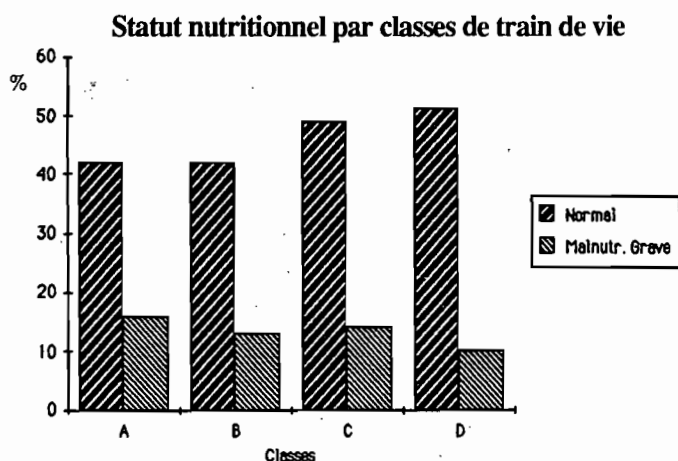
Aussi sommaire et formelle soit-elle, cette analyse montre bien la façon dont se stratifie aujourd'hui la population d'une ville comme Maradi. Ces disparités ont une double origine : des stratégies de contrôle exercées sur la circulation des biens et de l'argent ; des démarches de pouvoir reposant notamment sur la valorisation d'une formation scolaire et l'accession à l'appareil bureaucratique.

Point important à noter, les formes d'inégalité qui partagent la population urbaine n'entrent pas en contradiction avec les représentations de la richesse en vigueur au sein de la culture haoussa traditionnelle. Elles ne sont pas porteuses de concurrence et d'exclusion, mais permettent au contraire à la logique de la redistribution de s'exercer. Cette logique s'applique d'autant mieux à Maradi que l'Islam y pèse d'un poids idéologique de plus en plus lourd – à l'image du rôle qu'il joue dans les grandes métropoles du nord du Nigéria – et que le devoir d'aumône vient renforcer vigoureusement les pratiques clientélistes. Dans ces conditions, les relations entre les différentes catégories socio-économiques ne sont nullement d'ordre antagoniste mais s'inscrivent dans le système de dépendance/ protection que nous avons décrit plus haut. Par de multiples canaux – commerce, services, dons rituels, aide familiale, aumône – les biens et l'argent circulent de main en main et font tourner l'économie de la ville. Certes, tous n'en profitent pas au même degré. Les uns se trouvent à la périphérie du réseau et n'obtiennent que des miettes ; d'autres sont au centre et profitent du maximum d'avantages. C'est de cela que témoignent les inégalités de train de vie que nous avons décrites. Rares sont, cependant, ceux qui se trouvent complètement exclus et rejetés.

Cette économie de redistribution est à l'œuvre dans de multiples domaines et à différentes échelles. C'est d'elle que procède pour une large part tout le secteur des activités que l'on qualifie souvent d'informelles. En vendant quelques menues marchandises, en rendant de petits services, en louant leurs bras, les plus démunis

s'efforcent de trouver les quelques pièces de monnaie qui leur permettront de se nourrir au jour le jour. D'autre part, ceux qui ont la chance de compter en ville des amis, des parents ou un protecteur peuvent trouver chez eux une aide précieuse en cas de crise. Enfin, les solidarités de proximité ne sont pas un vain mot ; il existe entre foyers voisins – surtout quand ils résident dans le même enclos – des échanges réguliers de nourriture préparée. La tradition veut en effet que les femmes s'envoient mutuellement des parts du plat qu'elles ont préparé pour leur famille. La réciprocité préside normalement à ces dons et contre-dons toutefois, lorsqu'une des échangistes traverse une période difficile et ne peut rendre autant qu'elle a reçu, les envois ne s'interrompent pas.

Ces mécanismes de redistribution ont pour effet, si ce n'est de réduire les inégalités dans leur fondement, du moins d'en atténuer les conséquences les plus marquantes. Ceci apparaît bien lorsqu'on prend l'état de santé des jeunes enfants – et plus particulièrement leur statut nutritionnel – comme indicateur synthétique des conditions de vie du foyer auquel ils appartiennent. L'enquête épidémiologique conduite à Maradi en articulation avec les recherches socio-économiques montre en effet que le statut nutritionnel des enfants de 0 à 4 ans ne varie pas de façon significative d'une strate de train de vie à l'autre – en dépit des différences accusées qui existent entre elles (Raynaut 1986). Ces données sont rappelées dans la figure suivante :



Cette relative homogénéité traduit deux choses. Tout d'abord l'efficacité des mécanismes communautaires qui épargnent aux plus pauvres de sombrer dans l'état de famine auquel les aurait condamnés leur dénuement s'ils étaient restés livrés à eux-mêmes (3). Elle traduit également les médiocres performances de la petite bourgeoisie urbaine : 50% de ses enfants seulement présentent un statut nutritionnel normal. Il faut rapprocher ce constat du fait que les pratiques alimentaires demeurent très homogènes chez l'ensemble des citadins et que le régime des jeunes enfants s'améliore peu – en termes de diversification notamment – lorsque le revenu de leurs parents augmente.

Que conclure de ces observations – confirmées par des données touchant d'autres aspects de l'état de santé des enfants (Raynaut 1986) ? Rien de définitif, bien entendu, car il faudrait aussi disposer d'informations sur les adultes et les adolescents – peut-être plus sensibles aux écarts de statut économique que ne le sont les jeunes enfants, pour qui la mère joue souvent le rôle de médiateur vis-à-vis des contraintes de l'environnement. Ce qui ressort toutefois du décalage existant entre disparités

économiques et disparités de santé, c'est que l'inégalité est un phénomène plus complexe que ne le suggère une analyse trop superficielle. On peut, en effet, émettre l'hypothèse qu'il existe une différenciation des conditions de vie qui ne se définit pas selon le degré de maîtrise des biens marchands, mais plutôt en fonction du niveau d'intégration dans les réseaux sociaux existant en ville. Cette différenciation, cette autre échelle des inégalités, serait susceptible de trouver sa projection dans la santé corporelle des individus. En parfaite cohérence avec les valeurs profondes de la société haoussa, la capitalisation des liens sociaux – ce que les Haoussa nomment la « fortune en hommes » – se révélerait alors une stratégie payante. Les données sanitaires recueillies à Maradi ne permettent pas de confirmer cette hypothèse avec certitude. Elles fournissent néanmoins quelques résultats qui suggèrent la validité de cette piste. En particulier, le fait que les jeunes enfants dont les mères participent activement à des réseaux d'échange de nourriture ont en moyenne un statut nutritionnel meilleur que ceux dont les mères en restent à l'écart (Raynaut 1986).

Dans le contexte social et culturel de Maradi – mais sans doute, aussi, dans celui de bien d'autres villes africaines où les formes de vie communautaires demeurent vivantes (Gibbal 1974) – la véritable misère commence avec l'isolement social. C'est là que se situe le seuil à partir duquel la reproduction matérielle des individus risque de ne plus pouvoir être assurée.

Face à un tel constat, que conclure en termes de développement ? Rien d'aussi net que ce que nous avait suggéré l'analyse des inégalités qui divisent et réorganisent le monde rural. La situation est ici beaucoup plus floue, plus insaisissable. Certes, l'inégalité économique constitue un des traits marquants du monde urbain et l'on en rencontre partout des témoignages flagrants : l'opulence d'une maison de riche contrastant sans nuances avec la pauvreté de la paillote qui la jouxte ; la voiture rutilante du commerçant faisant paraître encore plus misérable le mendiant qui s'en approche. L'image est fortement contrastée, mais elle dissimule une réalité quotidienne beaucoup moins tranchée. Autant il est possible, dans les campagnes, d'identifier l'existence d'une frange de la population paysanne qui se voit peu à peu condamnée par les mutations du système de production agricole, autant, dans le cas de Maradi, le fonctionnement de la société urbaine semble, jusqu'à présent, exempt de concurrences majeures génératrices d'exclusion. Ce que suggère, en fin de compte, l'analyse de cette ville à travers le prisme des faits de santé – autrement dit de l'expression biologique des conditions de vie – c'est que les écarts entre catégories sociales ne sont pas toujours aussi profonds qu'il pourrait y paraître si l'on s'en tenait à leurs manifestations extérieures. La pauvreté de certains est extrême, bien sûr, mais la ville offre aux plus démunis des occasions de ressources qui, aussi précaires et modestes soient elles, sont bien supérieures à celles que connaissent les catégories les plus défavorisées du monde rural. Même si, pour beaucoup, c'est au prix d'une poursuite de tous les instants après quelques pièces de monnaie, les voies d'accès à la nourriture sont incontestablement plus ouvertes en ville qu'elles ne le sont à la campagne. Inversement, les avantages matériels évidents dont jouissent les plus riches, ne vont pas toujours de pair avec une modification des pratiques d'hygiène. Il est significatif, à cet égard, que la modernisation de l'habitat – la présence d'eau courante, des pièces plus spacieuses – ne s'accompagne pas d'une amélioration significative de l'état de santé des enfants (Raynaut 1987 a). Les modes de pensée, les perceptions du corps, de la maladie et de ses causes n'évoluent que lentement avec l'élévation du niveau de vie : d'une famille pauvre à un ménage aisé, les habitudes alimentaires fondamentales ne varient guère, pas plus que ne changent les comportements éducatifs et les pratiques de maternage. Cette grande homogénéité culturelle constitue certainement un facteur important de nivellement des conditions de vie – telles, du moins qu'elles sont susceptibles de se traduire en termes sanitaires.

Une approche de santé publique ne peut pas ignorer la réalité que nous venons de décrire. Elle doit au contraire s'efforcer d'apporter une réponse adaptée aux différentes catégories de la population urbaine au lieu de raisonner en fonction de solutions passe-partout.

Pour les plus démunis, par exemple, le problème prioritaire est celui de l'intégration dans les réseaux sociaux urbains. Sans pouvoir se substituer aux aides officielles – qui demeurent indispensables, surtout pour les vagues récentes de populations réfugiées – les solidarités sociales « spontanées » sont vivaces et efficaces. La vraie misère, nous l'avons dit, réside dans l'isolement. Il faut donc s'attacher à faciliter l'insertion des nouveaux venus dans la ville, au lieu de les repousser comme trop souvent à sa périphérie – regroupés en camps où ils sont plus aisément contrôlables administrativement et politiquement. Il faut aussi, et ceci d'une manière plus générale, s'appuyer davantage sur les forces communautaires qui sont à l'œuvre : la santé est un problème qui, pour une large part, peut être pris en charge en dehors du dispensaire, encore faut-il que l'on donne aux réseaux sociaux existants les moyens pour le faire.

Ceci conduit au second axe majeur d'une approche de sanitaire : l'éducation. Le cas de Maradi montre bien comment l'amélioration des ressources et du cadre matériel de vie n'a finalement qu'un impact modeste sur l'état de santé des enfants. Beaucoup reste à faire pour changer les pratiques quotidiennes en matière d'alimentation et d'hygiène. Ici, le statut économique intervient peu et le besoin en ce domaine est pratiquement le même pour tous.

*

La situation que nous venons de décrire ici est, à bien des égards, différente de celle que l'on peut observer dans d'autres cités africaines et, *a fortiori*, dans les grandes villes du Tiers Monde, latino-américain par exemple, où les disparités économiques s'inscrivent dans un contexte d'exploitation économique et de violence sociale. L'inégalité est un des traits majeurs des sociétés du Tiers Monde en mutation. Cela ne signifie pas qu'elle ait partout le même sens ni qu'elle conduise partout aux mêmes conséquences.

Le contexte culturel intervient de façon déterminante pour donner un sens aux disparités matérielles, en tempérer les conséquences ou au contraire les aggraver. Ainsi, par sa manière de penser les rapports entre les hommes, d'assigner une fonction sociale à la richesse, la société haoussa nigérienne a su trouver jusqu'à présent les ressources qui lui permettent de gérer les inégalités économiques et d'en limiter les effets déstabilisateurs. Cela est évidemment aussi vrai à la campagne qu'en ville – la différence entre les deux situations tenant non pas à la façon dont l'inégalité est socialement vécue, mais dans la nature des mécanismes marchands qui sont à l'œuvre dans un cas et dans l'autre : accumulation des facteurs de production dans un cas ; création de plus value par l'échange, dans l'autre. Cette influence modératrice de la culture ambiante est loin de s'exercer dans toutes les situations sociales et politiques que l'on peut rencontrer en Afrique et dans le monde. Bien souvent, au contraire, on voit les stratégies de domination se saisir de la vulnérabilité des plus faibles, pour accroître sans limite les privilèges des plus forts. On débouche alors sur des situations de crise ouverte dont une ville comme Maradi n'est pas encore le théâtre. Les valeurs propres de la culture haoussa y sont pour beaucoup, mais sauront-elles résister à une évolution en profondeur du système de production ? L'exemple de Kano – grande ville haoussa du Nigéria – est là pour montrer quelles peuvent être dans un contexte

culturel identique, les conséquences de l'industrialisation sur l'apparition d'un prolétariat et l'émergence d'un antagonisme riche/pauvre (Lubeck 1988).

Pour être pertinente et pouvoir déboucher sur une pratique, l'analyse des inégalités doit se garder du simplisme. Aussi inacceptables soient-elles, celles-ci voient le jour au sein d'un système social, culturel et économique dont il faut tenir compte. Non pas pour les légitimer, mais pour se donner les moyens d'y répondre de manière adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

BOURGEOIS A.

- 1982 « Production pastorale et pénétration capitaliste, anthropologie ou sociologie », *Tiers-Monde*, 90 : 345-366.

GIBBAL J.M.

- 1974 *Citadins et villageois dans la ville africaine, l'exemple d'Abidjan*, Presses Universitaires de Grenoble, Maspéro.

GREGOIRE E.

- 1986 « Les Alhazai de Maradi. Histoire d'un groupe de riches marchands sahéliens », *Travaux et documents* 187, ORSTOM.

HERRY CL.

- 1989 « Rapport d'études démographiques sur la ville de Maradi. Programme Croissance urbaine et santé dans la ville de Maradi. », *GRID*, Université de Bordeaux II.

LUBECK P.M.

- 1988 « Islam and Urban Labour in Northern Nigeria », *African Studies Series* 52, Cambridge University Press.

NICOLAS G.

- 1975 « Dynamique sociale et appréhension du Monde au sein d'une société haoussa », *Travaux et Mémoires de l'Institut d'Ethnologie*, Paris.

RAYNAUT CL.

- 1973 a) *Structures normatives et relations électives. Étude d'une communauté villageoise haoussa*, Mouton, Paris/La Haye.
b) « La circulation marchande des céréales et les mécanismes d'inégalité économique », *Cahiers du CERE*, Université de Bordeaux II 1-41.
1976 « Transformation du système de production agricole et facteurs d'inégalité économique », *Canadian Journal of African Studies*, Toronto, 279-306.
1977 « Circulation monétaire et évolution des structures économiques chez les Haoussa du Niger », *Africa*, Londres, 47 (2 : 160-170).
1978 « Aspects socio-économiques de la préparation et de la circulation de la nourriture en pays haoussa », *Cahiers d'Études Africaines*, Paris, 68 (XVII-4 : 569-597).
1986 « Disparités économiques et inégalités devant la santé », *Colloque Croissance urbaine et Santé*, ORSTOM, Dakar, 28 p.
1987 a) « Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger », *Politique Africaine*, Karthala, Paris, 28 : 43-52.
b) « L'agriculture nigérienne et la crise du Sahel », *Politique Africaine*, Karthala, Paris, 28 : 97-107.
1988 « Aspects of the Problem of Land Concentration in Niger », in *Land and Society in Contemporary Africa*, Downs and Reyna eds., University Press of New England, 221-242.

RAYNAUT CL. et coll.

- 1988 « Le développement de la région au village : analyser et comprendre la diversité », *GRID*, Université de Bordeaux II, Bordeaux.

PRATIQUES ÉCONOMIQUES ET STRUCTURES SOCIALES

Exemples dogon au Burkina Faso

Jacky BOUJU

Il y a une quinzaine d'années, l'anthropologie économique a connu un effet de mode intellectuelle sur lequel nous ne reviendrons pas ici. Dans ses développements d'inspiration marxiste, elle a puissamment contribué à la remise en cause de la tradition ethnologique française en mettant l'accent sur une approche dynamique et dialectique des faits sociaux qui faisait une large place à l'histoire. Cependant, le débat théorique qu'elle avait initié s'est progressivement éteint de lui-même de par le caractère trop globalisant et théorique de sa problématique qui ne laissait guère de place à l'étude ethnographique rigoureuse des pratiques et des stratégies économiques locales. Il est clair aujourd'hui que l'anthropologie économique ne constitue pas une discipline autonome des sciences sociales, tout au plus constitue-t-elle un domaine particulier, au même titre que l'anthropologie religieuse ou politique, ou l'ethnologie des sociétés contemporaines. En effet, dans le monde rural et particulièrement en Afrique, l'économie, en tant que secteur spécialisé et distinct des autres secteurs sociaux, politiques ou religieux, n'existe pas. Par contre, il n'y a pas de relation sociale ni d'institution politique ou religieuse qui n'exige, à un moment ou à un autre de ces pratiques, le transfert de biens ou de services. Il convient donc d'aborder l'économie rurale comme le procès d'approvisionnement matériel de la société à un niveau donné de son organisation, par exemple ici le village, en fonction des logiques culturelles, sociales ou symboliques qui lui sont propres et qui lui confère leur rationalité. L'économie doit donc être comprise comme un procès socio-culturel de production, de répartition et de consommation des biens et des services nécessaires à la reproduction de la société. C'est l'étude de ce procès qui est l'objet de l'anthropologie économique.

1. GENÈSE DE LA RECHERCHE

La recherche qui fait l'objet de la présente analyse s'est déroulée dans le monde rural dogon du plateau de Bandiagara au Mali, du mois d'août 1979 au mois d'août 1980. Elle fut décidée à partir du constat d'une situation de blocage dans l'interprétation des données quantitatives recueillies au cours d'une vaste enquête socio-économique menée par l'Université américaine de Purdue West Lafayette (Indiana) dans plusieurs pays de l'Afrique de l'ouest. Les cadres scientifiques du Department of Agricultural Economics de cette Université avaient mis en place, en collaboration avec l'Institut d'Economie Rurale de Bamako et l'Opération Mil Mopti, et ceci depuis quelques années, des questionnaires socio-économiques extensifs à plusieurs régions rurales du Mali. Ces questionnaires, précodés pour un traitement informatique ultérieur, portaient sur les exploitations agricoles et recensaient les

techniques agricoles, les cultures pratiquées, les activités non agricoles et mesuraient les temps de travail par activité, les quantités récoltées, les budgets des ménages etc., l'objectif étant de recueillir une série d'indicateurs quantifiés permettant de décrire les caractéristiques de l'économie rurale et en particulier celle des Dogon qui nous concerne ici.

Cette série d'enquêtes a rapidement buté sur un certain nombre de problèmes qui peuvent tous être ramenés à un seul : celui de la méconnaissance du milieu socio-culturel où elle se déroulait. Cette méconnaissance qui provenait de la non prise en considération des réalités sociales rurales avait pour corollaire l'inadéquation totale des concepts et catégories socio-économiques utilisés pour rendre compte des pratiques économiques des Dogon.

Les responsables américains du projet décidèrent donc d'engager des ethnologues français, naturellement francophones et notablement moins chers que leurs homologues américains à niveau de diplôme équivalent qui, tout en terminant les enquêtes quantitatives en cours, mèneraient une recherche plus fondamentale sur les « decision making process ». Cette recherche devait permettre d'identifier les logiques paysannes et les niveaux de décision mis en œuvre dans les stratégies agricoles au niveau micro-local. Dans l'esprit des agents promoteurs du projet, cette approche qualitative décidée *in extremis* (ce qui est de très mauvaise méthode !) avait pour finalité de donner un sens aux données quantitatives déjà recueillies et de sauver ainsi ce qui pouvait encore l'être des multiples enquêtes menées les années précédentes. C'est ainsi que l'étude du monde rural dogon me fut confiée en 1979 pour une durée d'un an.

Les rapports entre le chercheur et les agents du projet ne furent pas simples. Les cadres américains attendaient des réponses claires et rapides aux questions posées dans les termes de référence du projet tandis que l'ethnologue ne cessait d'expliquer que les réponses à ces questions résulteraient d'une agrégation rigoureuse des observations effectuées avec les résultats des entretiens recueillis sur une longue période; d'une interprétation des données par la mise en relation explicative des faits sociaux et économiques selon leur interdétermination réciproque, la co-variation des différents facteurs et l'établissement de régularités tendanciellles. En bref, une étude sérieuse demande beaucoup de temps et les projets de développement sont très avares de ce temps qui leur coûte cher.

Le dialogue est donc souvent difficile et tient essentiellement au fait que les praticiens du développement, s'ils définissent plus ou moins clairement leurs objectifs de connaissance, n'ont qu'une faible idée des méthodes qu'il faut suivre et du temps qu'il faut consacrer, compte tenu des difficultés de tous ordres liées au travail de terrain, pour aboutir à ce savoir. Le préjugé le plus commun de leur part, en la matière, étant qu'il suffit de poser des questions aux paysans pour qu'ils y répondent en disant la vérité. Quant à l'ethnologue, trop conscient de l'inextricabilité des faits sociaux pertinents – qu'il faut toujours construire car ils ne sont jamais « donnés » dans la réalité –, il éprouve souvent les plus grandes difficultés à adapter sa problématique à des objectifs précis et finalisés portant sur des champs prédéterminés de l'espace social dans un temps d'étude limité à l'avance.

L'objectif et la problématique de la recherche étant définis, il restait à déterminer un terrain d'enquête. C'est ainsi que nous avons choisi le village de Sibi-sibi, choix déterminé autant par des contraintes externes, tenant aux distances à parcourir, au temps limité et aux moyens disponibles, que par l'impression charmante que ce terroir m'avait laissée à l'occasion d'une visite de repérage du site.

2. LE TERRAIN

La méthode ethnographique exige une présence continue du chercheur sur le terrain mais la vie quotidienne au village n'est pas sans poser mille petits problèmes matériels et quelques grands problèmes existentiels que chacun résout à sa manière selon sa personnalité et son expérience. Cette exigence du terrain se justifie par l'observation participante qui est l'approche caractéristique de cette méthode et qui implique une communication à double sens entre le chercheur et le milieu paysan qui l'accueille. Mais celle-ci ne se met en place que très lentement car dans les premiers temps du séjour, c'est le chercheur lui-même qui est l'objet d'une observation intense, méfiance rurale oblige, de la part des villageois. Quoi qu'il en soit, le chercheur, du fait de sa situation d'étranger au monde rural, est gentiment crédité par les villageois d'une certaine marginalité de comportement. Cette marginalité reconnue et acceptée comme signe évident de sa différence culturelle se conjugue assez bien, selon notre expérience, avec l'exigence méthodologique de distanciation par rapport à l'objet d'étude. Néanmoins, l'interaction journalière, faite de menus services rendus par le chercheur : fourniture de soins urgents, évacuation sanitaire ou simple transport des gens au marché de Bandiagara, réduit, à la longue, la coupure culturelle à une simple distance sociale. En effet, après un certain temps de séjour et l'implication solidaire dans les affaires du village, les villageois appellent le chercheur « notre blanc » ou « notre étranger » au cours de leurs conversations quotidiennes. Cette appellation renvoie à une position sociale affectée d'un rôle reconnu : celui d'étranger de passage chez son « logeur ». Et ce rôle facilite grandement les relations entre l'observateur participant et le groupe observé.

Une autre exigence méthodologique est d'étudier la langue de la population au sein de laquelle on est appelé à travailler durablement. La maîtrise, même imparfaite, de la langue vernaculaire demande du temps. Cependant, outre le fait que cet apprentissage contribue à réduire encore la distance sociale existant entre le chercheur et les villageois, il est très rentable scientifiquement dans les situations d'enquête qualitatives où le champ sémantique des notions est de première importance pour appréhender les systèmes de représentation qui s'expriment à travers elles.

Si l'on veut aboutir à une description valable scientifiquement et utilisable pratiquement, il faut accumuler une quantité importante d'observations et d'enregistrements autant particuliers que généraux. Le séjour de longue durée sur le terrain est donc aussi une exigence méthodologique puisqu'il existe un rapport direct entre cette durée et le nombre et la qualité des données recueillies. En effet, le risque est grand, si les données recueillies sont insuffisantes, de passer à côté d'indicateurs importants, de multiplier les erreurs relatives, de mal évaluer les causalités et donc de découvrir de faux problèmes alors que les logiques véritablement à l'œuvre n'auront pas été repérées.

3. LES PROCÉDURES TECHNIQUES

Après avoir rigoureusement élaboré sa problématique et construit son objet d'étude, l'ethnologue confectionne un guide d'enquêtes qui constituera, en quelque sorte, son programme d'étude sur le terrain. Ce guide, qui n'est pas un questionnaire, est organisé, de façon plus ou moins détaillée, en catégories de sujets à aborder au cours de l'enquête. Le chercheur y détermine les échantillons de populations qui seront observés pour chaque thème d'étude ainsi que les indicateurs de dimension des

faits économiques et sociaux qui ont été retenus dans la problématique de recherche. Simultanément, il choisit les techniques d'enquête qu'il va mobiliser pour recueillir et mesurer les différents indicateurs en prévoyant l'intensité et la durée de leur utilisation. Il faut bien voir ici que ces choix ne sont pas entièrement libres, beaucoup sont déterminés par les contraintes du calendrier d'exécution et celles des moyens matériels et financiers mis à disposition.

Avant de présenter le guide d'enquête que nous avons utilisé pour cette recherche d'anthropologie économique, nous voudrions faire ici quelques remarques, d'ordre général ou particulier, sur les techniques d'observation et d'entretien qui caractérisent notre approche.

3.1. L'observation

Elle désigne le regard porté sur une situation sans que celle-ci soit spécifiquement modifiée par l'intervention de l'observateur. A cet égard, la durée du séjour sur le terrain permet d'atteindre cet objectif. En effet, au bout d'un certain temps, l'observateur fait, comme on dit, partie du paysage et le déroulement normal des situations d'interaction sociale est indifférent à sa présence alentour.

Le but de l'observation est le recueil de données afférentes à une situation. Ainsi pourra-t-on décrire la composition des unités de production à travers les différentes phases techniques d'un procès de production, que ce soit en matière d'agriculture céréalière, d'horticulture maraîchère ou de fabrication artisanale ; ou encore les pratiques sociales quotidiennes liées à la répartition des biens et à leur consommation et les structures sociales des réseaux d'entraide et de partage, par exemple. Beaucoup de ces données portent sur le quotidien, le non dit parce que trop évident pour les gens qui le vivent. Mais ce qui ne peut être dit en dehors du contexte d'occurrence peut quand même, parfois, être vu. Ainsi en est-il de certaines séries d'opérations agricoles qui ne font sens qu'observées dans leur chronologie temporelle réelle. Si l'on prend, par exemple, la description d'un cycle agraire à Sibi-sibi, on observe que celui-ci commence par l'aménagement des champs en avril-mai, puis ce sont les semailles qui suivent les premières pluies de juin et les secondes, parfois troisièmes, semailles qui, selon le régime des pluies, se déroulent en juillet. Les mois d'août et de septembre sont consacrés aux durs travaux de binage et de sarclage des pieds de mil ; leur succède une courte période de maturation des céréales en octobre, immédiatement suivie des travaux intensifs de récolte qui commencent par la coupe des épis, leur ramassage sur une aire de séchage puis leur transport en paniers ou en boisseaux sur les terrasses des maisons où le séchage se poursuit. Arrive enfin l'engrangement dans les greniers pendant lequel le chef d'exploitation sélectionne les meilleurs épis qui constitueront les semences pour le cycle agraire suivant.

Nous avons pu observer ainsi que chacune de ces opérations nécessitait une organisation différente des équipes de travail avec une nouvelle répartition des tâches, mais surtout, que l'ensemble du cycle céréalière était accompagné, à son ouverture et à sa fermeture, par une série de rites extrêmement importants pour la collectivité villageoise. Les sacrifices à la terre, aux génies et aux ancêtres étant considérés comme essentiels pour le bon déroulement de la saison agricole.

L'objectif de l'observation est donc la description des pratiques sociales collectives et individuelles. A cet égard, elle est la technique la plus adéquate à mettre en œuvre au début de l'enquête car elle est la moins réactive pendant cette période très importante où le chercheur est observé attentivement par le milieu villageois.

Les techniques d'observation sont peu nombreuses. La plus ancienne, mais aussi la plus couramment pratiquée, car elle est la plus légère et la plus économique, est la description précise consignée dans le carnet de notes ; l'enregistrement d'images (photos, films, vidéos) semble cependant la plus efficace pour ce qui concerne la description des chaînes opératoires en technologie ou de scènes collectives dans lesquelles se déroule un grand nombre d'actions simultanées. L'examen des traces constitue une forme différée d'observation ne saisissant pas directement le fait social intéressant mais seulement certaines de ses conséquences durables : on peut mentionner la cartographie des parcelles cultivées et la toponymie analytique du terroir.

Enfin, les recensements et les dénombrements sont les principaux instruments de l'observation quantitative ; à titre d'exemple de leur usage dans cette recherche on peut mentionner : le recensement des groupes domestiques et des parcelles qu'ils cultivent, la description et le comptage des greniers, l'estimation de leur contenance en paniers d'épis ou de sacs de cent kilos de grain, etc. L'intérêt majeur de ces techniques de recensement et de dénombrement est qu'elles permettent d'établir des faits.

Il faut remarquer ici que l'usage des techniques d'observation n'implique pas automatiquement la neutralité du chercheur, car toutes nécessitent de sa part le choix des pratiques sociales observées et de ce qui doit être observé dans ces pratiques. Néanmoins, ces techniques d'enquête restent les moins réactives qui soient car le chercheur intervenant après coup, il ne peut guère perturber le déroulement des faits. Dans le souci de vérification par comparaison des données et par rapport à l'exigence de concentration des techniques d'enquête sur un même objet, l'ethnologue va compléter ses observations par différents types d'entretien.

3.2. L'entretien

On considère communément, et à juste titre, que faire une enquête consiste avant tout à interroger un certain nombre de personnes. Cette technique consiste donc à susciter un ensemble de discours individuels ou collectifs, à les interpréter et à les généraliser : les discours constituent donc une matière première importante de l'enquête. Malgré tous les défauts connus et reconnus à cette technique, elle reste une des plus utilisées. Aussi convient-il de préciser à quelles occasions on doit nécessairement avoir recours à l'entretien :

- pour appréhender des faits objectivement inobservables : par exemple toute information portant sur les règles d'héritage de la terre, les droits de succession, les normes de comportement, ou encore, toute information sur des événements passés pour lesquels nous ne disposons pas de traces identifiées ;

- pour avoir une idée de faits techniquement inobservables : se faire décrire un événement auquel on n'a pas pu assister, ou encore une pratique sociale dont l'observation demanderait trop de temps par rapport aux résultats escomptés ou au calendrier imparti ;

- enfin, pour connaître des faits, attitudes ou comportements, déontologiquement inobservables : il est en effet des situations ou des faits de société dont l'observation supposerait une véritable intimité, impossible pratiquement et surtout inacceptable déontologiquement.

Dans tous ces cas, on a recours aux récits et descriptions indirectes qui ne peuvent que témoigner de la représentation particulière que se fait l'informateur des faits qu'il rapporte.

1 Le guide d'enquête

OBJECTIF GÉNÉRAL

Faire une analyse socio-économique du système de production agricole et identifier les structures décisionnelles des exploitations domestiques dans un village dogon.

Objectif intermédiaire 1

Identifier et décrire les groupes sociaux et les catégories sociales pertinentes.

Indicateur n°1 : Structuration sociale de l'espace habité :

- données recherchées : plan du village et des concessions, répartition spatiale des familles (cf. figure 1)
- techniques utilisées : relevé au topomètre et à la boussole des structures construites, enregistrement de la toponymie de l'espace villageois.

Indicateur n°2 : Composition socio-démographique des groupes domestiques par concession :

- données recherchées : répartition des actifs par âge et par sexe, relations de parenté qui fondent la résidence, taille des ménages etc (cf. figure 2) ;
- techniques utilisées : recensement et dénombrement des personnes partageant une même concession dans chaque quartier du village.

Objectif intermédiaire 2

Identifier et localiser les niveaux de décision dans la structure sociale

Indicateur n°3 : Structure lignagère :

- données recherchées : système d'autorité et mode de succession ;
- techniques utilisées : enquête généalogique menée par entretien centré sur le thème auprès des chefs de famille de chaque quartier.

Indicateur n°4 : Système des échelons statutaires :

- données recherchées : la stratification sociale des quartiers et la division du travail social ;
- techniques utilisées : exploitation des données de base recueillies dans le recensement (indicateur 2), entretiens en profondeur et centrés sur les règles et les rites de passage auprès des responsables des groupes d'âge, observation des groupes en action.

Indicateur n°5 : Systèmes et groupes de parenté

- données recherchées et techniques utilisées : exploitation des données de base fournies par l'indicateur n°2 ;

enregistrement de la terminologie de parenté et d'alliance par entretien centré et observation des appellations en situation, entretiens sur les règles de résidence et vérification par les données de l'indicateur n°1 et n°2 ;

entretiens sur les règles de filiation et vérification par les données de l'indicateur n°3 ;

entretiens centrés sur les règles et les formes de conclusion de mariage et les prohibitions matrimoniales auprès d'informateurs multiples, vérification par les données de l'indicateur n°2.

Objectif intermédiaire 3

Faire une analyse socio-économique du système de production agricole

Indicateur n°6 : Mode d'appropriation symbolique et sociale du terroir :

- données recherchées : typologie des champs en fonction de la qualité des sols, du relief, de l'hydrographie et de la végétation ; établissement de corrélations entre la qualité des champs, leur proximité au village et le statut social de l'usurfruitier ; cartographie et toponymie du terroir villageois.
- techniques utilisées : relevés des parcelles au topodromètre et à la boussole sur papier millimétré accompagné d'un informateur renseignant sur les toponymes et les propriétés de champs.

Indicateur n°7 : Droits de culture :

- données recherchées : les règles d'héritage et d'accès à la terre ;
- techniques utilisées : entretiens centrés avec plusieurs informateurs âgés sur l'héritage des champs dans un segment de lignage sur plusieurs générations, trois études de cas ont été réalisées auprès des descendants actuels à partir des données recueillies par l'indicateur n°3 et par l'indicateur n°6.

Indicateur n°8 : Organisation de la production céréalière

- données recherchées et techniques utilisées :
 - recensement des champs (nom, type et localisation) cultivés par exploitation dans chaque quartier ;
 - exploitation des données recueillies pour l'indicateur n°2 ;
 - mesure des temps de travaux par actif, par parcelle et par culture dans vingt exploitations de tailles différentes situées dans des quartiers différents ;
 - enquête sur le calendrier des activités agricoles d'avril à décembre, estimation des quantités récoltées en fin de cycle, enquête sur les techniques agricoles et les variétés cultivées ;
 - entretiens et observation directe des activités.

Nous avons vu que l'observation des pratiques réelles, sociales ou économiques, est fondamentale si l'on veut sortir du discours normatif et idéal qu'un individu ou un groupe social tient sur lui-même. Mais elle est insuffisante en soi, il faut aussi savoir comment les gens justifient leurs pratiques et quelles significations elles ont pour eux et pour les autres, ceci afin de saisir à quelles rationalités obéit le jeu social et à quelles logiques se conforment les pratiques économiques. L'entretien est la seule technique qui permet d'obtenir ce type d'information.

Le problème majeur posé par l'entretien est que le discours obtenu, qui doit être constitué en donnée d'analyse, c'est ce que l'informateur a pu ou bien voulu dire. En effet, quand l'enquête aborde un sujet sensible tel que la genèse du groupe étudié ou encore, dans le domaine économique, les stratégies d'épargne monétaire, on a pu constater que l'informateur ne répond aux questions que dans la mesure des données de connaissance implicite de la société contenues dans celles-ci et que l'informateur essaie d'estimer. Autrement dit, moins l'enquêteur sera au fait des réalités sociales locales et plus les réponses seront vagues, générales ou banales. Inversement, plus l'enquêteur fera montre dans l'entretien d'une bonne connaissance du milieu et plus les réponses seront précises, fines et circonstanciées. Ceci a pour corollaire immédiat que les premières semaines, souvent les premiers mois, d'enquête sur un nouveau s'épuisent à produire des données insuffisantes et partielles que seule l'analyse critique continue, aboutissant à des compléments d'enquête, permettra de corriger. Ainsi, procède-t-on, en permanence, à la vérification des données par comparaison avec des résultats obtenus ailleurs par soi-même ou par d'autres enquêteurs, ou encore, obtenus sur les lieux mêmes avec d'autres informateurs ou avec des techniques différentes. Une fois validées les réponses obtenues, on les constitue en données d'analyse rendant compte de l'indicateur de dimension étudié et ce faisant, on leur confère une portée plus générale que les réponses effectivement obtenues dans l'enquête. Les données et matériaux obtenus sont donc le produit d'une méthode explicative qui analyse et interprète de manière inductive, systématique et comparative les faits sociaux et économiques dans leur dimension historique et culturelle propre au groupe étudié.

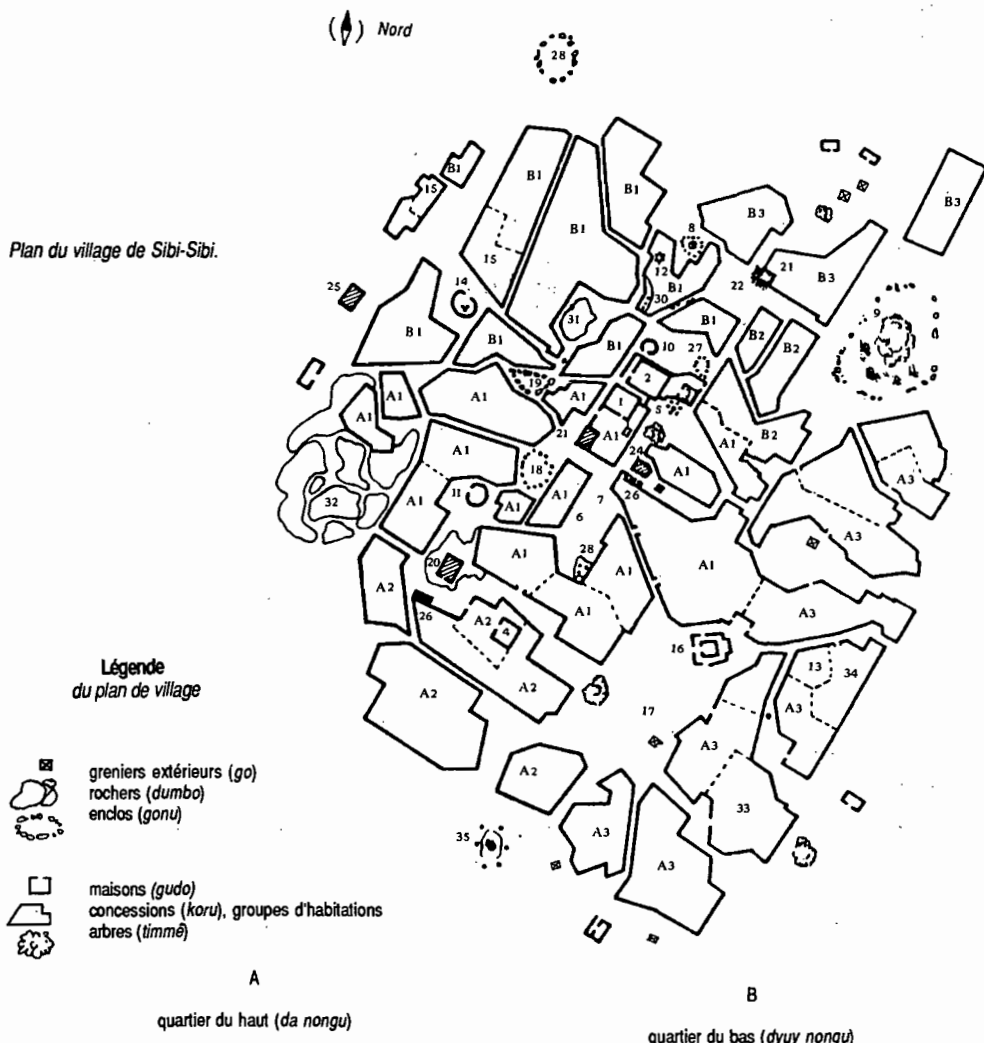
Afin d'illustrer l'ensemble de ces considérations sur les techniques d'enquête, nous concluerons par une présentation schématique, sous forme d'objectifs, du guide d'enquête qui fut utilisé à l'occasion de cette recherche (cf. encadré 1).

4. QUELQUES RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES

L'anthropologie économique du monde rural, telle que nous l'avons définie dans ce texte, se révèle être une approche particulièrement féconde pour la compréhension des logiques à l'œuvre dans les économies paysannes. Son intérêt majeur est de postuler que l'économie n'est pas un domaine autonome par rapport aux autres domaines sociaux, religieux ou politiques locaux. Ce qui signifie que les pratiques économiques trouvent leur sens ailleurs ; dans les logiques culturelles et symboliques du groupe qui confèrent à ces pratiques leur rationalité. Inversement, cette approche nous permet d'identifier les logiques spécifiquement économiques et les incidences qu'elles peuvent exercer dans les domaines sociaux et symboliques. Nous donnerons deux exemples qui illustrent assez bien cette double perspective.

A Sibi-sibi, nous avons remarqué que les effets du système d'héritage des champs et des modalités d'accès à la terre conjugués à ceux d'un accroissement démographique réel à l'intérieur d'un terroir lignager resté indivis était la cause fondamentale de l'exode rural des Dogon. Cet exode se traduit soit par des migrations

FIGURE 1
Répartition spatiale des familles et quartiers
(Bouju, 1984 : pp. 80-81)



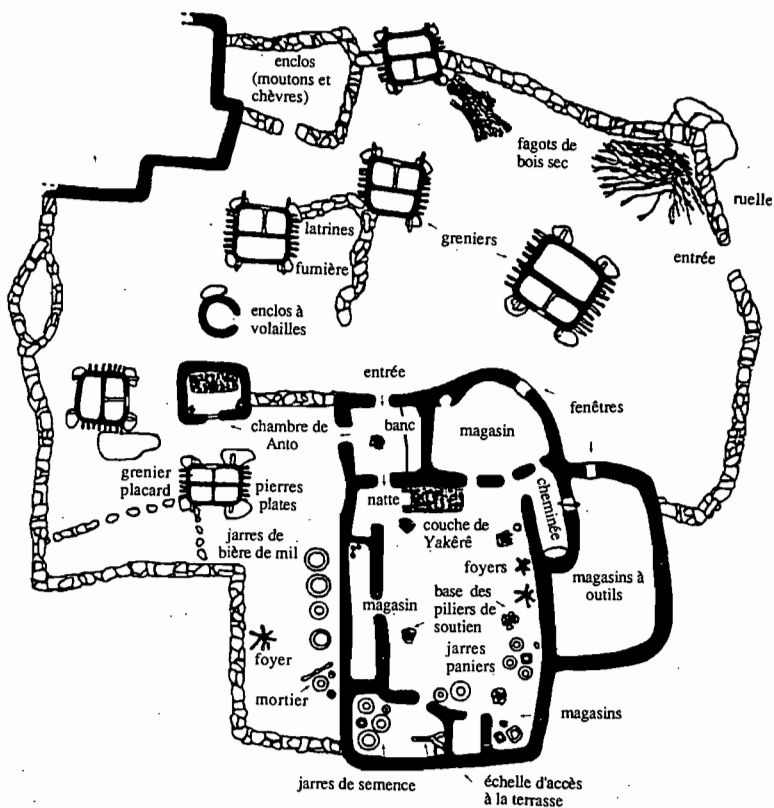
A.1 : quartier du lignage Ginna Pay
A.2 : quartier du lignage Giné Bannu Wolomo
A.3 : quartier des jeunes et des musulmans

1. *ginna pay* : maison du fondateur du village et du chef de lignage.
2. *ginna day* : maison du chef de lignage.
3. *ginna tombolo* : maison du chef de lignage.
4. *giné bannu* : maison du chef de lignage Bannu Wolomo.
5. *Taba Amba* : autel de fondation.
6. *dumbo sibe* : autel, pierre dressée.
7. *lagada gogoy* : place de danse des masques.
8. *binu gudo* : case du *binu*.
9. *moro para* : lieu sacré protecteur du village.
10. *punnom gudo* : case de retraite des femmes menstruées (dyuy nongu).
11. *punnom gudo* : case de retraite des femmes menstruées (da nongu).
12. *sa tong* : autel du *binu*.
13. *ulun kondu gudo* : chambre des circoncis.
14. *dubu togu* : forge.
15. *irino gudo* : concession du forgeron.
16. *miside* : mosquée.
17. *miside para* : place de la mosquée, lieu des fêtes civiles.
18. *burun tay* : place de danse.

B.1 : quartier du lignage Ginna Day
B.2 : quartier du lignage Ginna Tombolo
B.3 : quartier des jeunes et des musulmans (bolome gode) ou *sin nongu*

19. *burun dayi* : place de danse (dyuy nongu).
20. *toqu na pay* : 1er abri des hommes.
21. *toqu na* : abri du quartier da.
22. *togi para* : place de l'abri des chasseurs.
23. *danan togu* : abri des chasseurs.
24. *togi dayi* : petit abri.
25. *walagin togi* : abri des « paresseux ».
26. *tandu* : estrade.
27. *da nanga gonu* : enclos à bétail du quartier du haut.
28. *dyuy nanga gonu* : enclos à bétail du quartier du bas.
29. *da bël sém* : boucherie du quartier du haut.
30. *dyuy bël sém* : boucherie du quartier du bas.
31. *togi dumbo* : lieu-dit.
32. *ginna morun dumbo* : le rocher des musulmans du *ginna*.
33. *Gunno-Burema gudo* : concession de Gunno-Burema, fils de Anto, Ginna Pay G. 0.6.
34. *Wasakan gudo* : concession de Wasakan, fils de Anto, Ginna Pay G. 0.6.
35. lieu de cuisson des poteries.

FIGURE 2
Habitat et composition socio-démographique
d'un groupe domestique (Bouju, 1984 : pp. 92-93)



Ginna pay, maison de Anto et Yakêrê

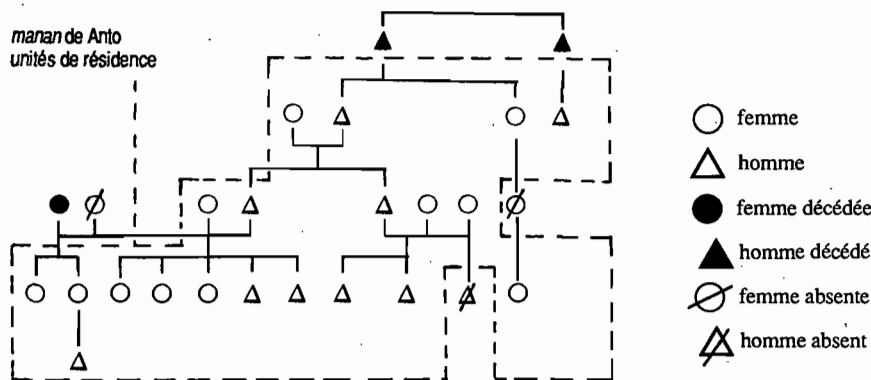


Diagramme du manan de Anto

de culture qui peuvent rester temporaires ou bien conduire à l'installation définitive du migrant dans sa région d'immigration, soit par un exode annuel de jeunes migrants salariés qui partent vers la Côte d'Ivoire pour y rester entre deux à six années. Cette hémorragie des jeunes a un effet immédiat sur la force de travail disponible pour les travaux de maraîchage en saison sèche, qui fait qu'aujourd'hui les filles constituent une part importante de la main-d'œuvre dans les jardins, mais surtout, elle altère profondément le déroulement des grands rites annuels de sortie des masques car les jeunes qui les fabriquent et qui les portent (c'est la fonction de leur classe d'âge) ne sont plus là pour le faire. Plus profondément encore, le long séjour en Côte d'Ivoire des migrants n'a été rendu possible que par leur insertion dans des réseaux d'immigrés pluri-ethniques très bien organisés à Abidjan ou dans les plantations. Or, le dénominateur culturel commun à tous ces salariés d'origines différentes est l'islam. Le jeune émigrant dogon, loin de la terre de ses ancêtres et des nombreux rites qui s'y rapportent, se convertit et revient quelques années plus tard doté d'un nom musulman, paré d'un grand boubou et la bicyclette lourdement chargée de cadeaux. C'est ainsi qu'aujourd'hui un grand nombre de villages dogon est islamisé et le processus ne fait que s'accélérer. Cet exemple montre bien comment, par des détours certes, une logique spécifique à l'économie villageoise induit des changements importants dans les domaines symbolique et religieux.

Le second exemple, qui n'est pas propre aux seuls Dogon, illustre bien les logiques culturelles et politiques à l'œuvre dans les pratiques économiques. On qualifie souvent de « gaspillage » les modes de consommation ostentatoire du revenu des ménages à l'occasion d'un gain monétaire important ou à celle des funérailles, baptêmes ou mariages. L'anthropologie économique a bien montré que l'irrationalité de la dépense ostentatoire n'est qu'apparente même si le poids des prestations est effectivement ressenti comme une charge inopportune par le prestataire. En fait, qualifier une dépense ostentatoire de « gaspillage » témoigne de la rencontre de deux logiques symboliques différentes par les systèmes de représentation qui les fondent. La première, celle de l'observateur étranger ou du praticien du développement qui juge les faits, se réfère implicitement à une idéologie qui stipule le primat de l'économique sur le social. Dans cette logique, la promotion sociale de l'individu est liée directement à l'accumulation et à la reproduction élargie des biens matériels (capital économique) et des titres (capital culturel). C'est en affichant les signes de cette accumulation individuelle, reconnus par les autres sous forme de prestige par exemple, qu'il détiendra enfin le capital symbolique qui sanctionnera sa promotion sociale. La seconde logique, celle du « sous-développé », lie directement la promotion sociale de l'individu à l'accumulation et à la reproduction du capital symbolique (sous forme de prestige, influence, prééminence, etc.) qui ne peut se faire, à l'inverse de la stratégie précédente, qu'au prix de la distribution du revenu dont on dispose sous la forme de dépenses ostentatoires. Cette redistribution du capital économique permet d'amorcer ou d'entretenir des relations de dépendance et de clientèle qui constituent les vrais ressources du pouvoir local.

Cette recherche que nous avons menée sur le plateau dogon a eu, de surcroît, deux applications imprévues. La première, concerne la résolution d'un conflit de terre entre le village de Sibi-sibi et une famille du village voisin de Sokolo. Pour les besoins de notre enquête, nous avons dû établir un parcellaire villageois au 1/50 000^{ème} où il apparaissait clairement qu'une parcelle prêtée, des années auparavant, à une famille de l'autre village, était sise au beau milieu du terroir de Sibi-sibi, dans une zone très favorable à la culture, irriguée par le bassin de retenue d'un petit barrage. Depuis plus de six ans, l'emprunteur cherchait par tous les moyens, à s'approprier cette parcelle en faisant jouer la juridiction moderne contre le droit coutumier. L'administration, ayant pris connaissance de notre travail cartographique, a pu constater que le champ

objet du conflit appartenait manifestement au terroir du village de Sibi-sibi. Deux années plus tard, le village de Sibi-sibi obtenait un titre de propriété pour ce champ, ce qui mit un terme au conflit.

La seconde application a concerné l'aménagement d'un périmètre irrigué par un deuxième petit barrage construit par le G.T.Z. sur le même marigot. L'agronome en charge du projet, ayant pris connaissance de mes travaux, a souhaité que nous coopérions afin de profiter de ma connaissance de l'organisation sociale et économique du village pour mettre en place une sorte de contrat villageois pour l'aménagement du périmètre irrigué. Il fallait, tout à la fois, tenir compte des contraintes techniques liées à la nature des sols, aux possibilités d'irrigation par gravité etc., et des contraintes tenant aux règles d'appropriation du sol, à la présence de lieux sacrés et à la division du village en quatre quartiers, dont il ne fallait léser aucun si l'on voulait maintenir la cohésion sociale garantissant la prise en charge de l'aménagement par tout le village et donc le succès de cette opération de développement. Cet objectif modeste a été atteint et cette fois grâce à une coopération interdisciplinaire réussie.

L'anthropologie économique du monde rural postule que si l'on veut comprendre l'économie locale, il faut connaître la société paysanne. Cette connaissance du milieu rural constitue une garantie très forte de réussite de tout projet de développement, ce dont est convaincu aujourd'hui la plupart des agents du développement. Mais une bonne étude de ce genre demande du temps et de l'argent. Aussi les promoteurs du développement : institutions, programmes nationaux et bureaux d'études sont-ils beaucoup plus réticents et difficiles à convaincre.

Il y a plusieurs raisons à cela. D'une part les contraintes de financement d'un projet constituent un facteur limitant tant que l'approche anthropologique n'est pas perçue comme absolument nécessaire mais seulement utile éventuellement. Souvent, quand elle est ainsi perçue, elle est réduite à une portion congrue qui se traduit par une étude extensive, menée par questionnaires pré-établis dans une période de temps allant de quelques semaines à quelques mois seulement. De telles conditions d'enquête posent des limites dans l'approfondissement de la connaissance des phénomènes étudiés et conduisent à s'interroger sur la validité des résultats obtenus par certaines enquêtes sociologiques menées par un ou plusieurs enquêteurs complètement étrangers, au plan de la connaissance, à la région étudiée.

La plupart des programmes et des projets d'intervention restent définis selon une approche très techniciste de l'intervention qui accorde beaucoup d'importance et beaucoup de moyens à la connaissance du milieu naturel mais qui ne laisse guère de place à la connaissance du milieu social. Cette méconnaissance se manifeste par le préjugé, courant chez les « développeurs », que les populations rurales sont inconscientes de leurs besoins puisqu'il faut les « sensibiliser » ici ou les « conscientiser » ailleurs. Ces dernières sont aussi créditées d'une passivité que des campagnes de « mobilisation » essayent de contrecarrer. Le plus répandu de ces préjugés étant que les populations paysannes sont des « communautés solidaires », ce qui est en réalité rarement le cas sauf, justement, dans les confrontations avec l'extérieur urbain représenté par l'Administration et les intervenants du développement. On peut s'interroger sur la cause de cette réticence, souvent manifeste, des bailleurs de fonds et des organismes nationaux des pays d'intervention, à reconnaître et donc à faire connaître les réalités sociologiques locales.

Car cette méconnaissance du monde rural apparaît aussi comme une négation de l'autre dans son identité, son authenticité et sa différence. On peut se demander si une telle attitude n'est pas constitutive de l'idéologie du développement en tant que telle, qui divise le monde entre ceux qui savent et qui peuvent : les « développeurs », et ceux

qui ne savent pas et qui ne peuvent pas : les « sous-développés ». Si tel était le cas, nous nous trouverions confrontés à la persistance, sous la forme de ce nouvel avatar, d'une idéologie que l'on croyait morte qui divisait les hommes entre « civilisés » et « primitifs ».

*

L'ethnologie des sociétés contemporaines et l'anthropologie économique, comme domaine spécifique de celle-ci, proposent une connaissance du milieu social dont la richesse et la diversité des cultures n'ont rien à envier à la complexité et à la diversité du milieu naturel. L'anthropologie économique étudie les pratiques économiques actuelles des paysans à partir des stratégies qu'ils mettent en œuvre et des logiques multiples qui les fondent et qui leur confèrent leur légitimité. Ce mode de connaissance est aussi une reconnaissance de « l'autre », le paysan, qui est la condition nécessaire à l'instauration d'un dialogue et d'une coopération véritables entre le monde rural et ses « développeurs ».

BIBLIOGRAPHIE

BOUJU J.

1984 *Graine de l'homme, enfant du mil*, Coll. Sociétés Africaines 6, Société d'ethnographie, Paris.

BOIRAL P., LANTERI J.F., OLIVIER de SARDAN J.P.

1985 *Paysans, experts et chercheurs en Afrique noire. Sciences sociales et développement rural*, Ciface - Karthala, Paris.

CAPRON J.

1973 *Communautés villageoises Bwa : Mali, Haute-Volta*, Institut d'Ethnologie, Paris.

DALTON G.

1971 *Economic Anthropology and Development, Essays on Tribal and Peasant Economies*, Basic Books, New-York/Londres.

GODELIER M.

1966 « Objet et méthode de l'anthropologie économique », *L'homme*, V, 2, repris dans *Rationalité et irrationalité en économie*, Maspéro, Paris.

1974 *Un domaine contesté : l'anthropologie économique*, Mouton, Paris.

MEILLASSOUX C.

1964 *L'anthropologie économique des Gouro de Côte d'Ivoire*, Mouton, Paris.

1977 *Terrains et théories*, Anthropos, Paris.

SAHLINS M.

1976 *Age de pierre, âge d'abondance*, Gallimard, Paris, 1ère édition anglaise 1972.

LE TRAVAIL DES ENFANTS

Débuts dans la vie active et stratégies familiales de reproduction à Quito, Équateur

Anne-Claire DEFOSSEZ

Au cours du XX^{ème} siècle, en Occident, et avec de plus en plus de force, s'est imposée l'idée d'un antagonisme irréductible entre les termes enfant et travail. Progressivement, cette idée a franchi les frontières et dans de nombreux pays existent désormais non seulement des lois qui réglementent l'âge de mise au travail ⁽¹⁾ mais encore une « opinion publique » (entendue au sens d'opinions constituées, mobilisées) qui condamne le principe même du travail des enfants.

En fait, c'est au XIX^{ème} siècle que remontent, en France et en Angleterre, les premières dénonciations de l'exploitation du travail des enfants dans les manufactures, c'est-à-dire précisément à la période où l'industrialisation proprement dite était en plein essor et où les besoins de main-d'oeuvre devenaient importants : les migrants ruraux venus des campagnes et les anciens artisans avaient contribué à former le prolétariat industriel naissant, mais les besoins en main-d'oeuvre n'étaient pas toujours couverts par leur afflux ; or, du fait des progrès de la mécanisation dans le secteur moderne de la fabrique, une grande partie de la main-d'oeuvre n'avait plus besoin de force physique particulière ni d'aptitudes réclamant un long apprentissage ; le travail des femmes et des enfants pouvait donc être développé à l'extrême, en particulier dans le secteur textile ; et cela d'autant qu'ils étaient deux à quatre fois moins payés que les hommes.

Cette situation nouvelle fait réagir des médecins, des hygiénistes, mais aussi des hommes politiques ou des gens de lettres qui rendent publiques et dénoncent les mauvaises conditions physiques et morales subies par les très jeunes travailleurs dans les usines ou condamnent le travail des enfants comme étant la forme la plus achevée et la plus inacceptable de l'exploitation capitaliste à laquelle sont soumis les travailleurs.

Jusqu'alors, en effet, la question du travail des enfants ne se posait pas : ceux-ci, depuis toujours, participaient aux activités productives familiales, surtout agricoles et artisanales (l'organisation même de la production reposant sur le travail des différents membres de l'unité familiale) et l'apprentissage d'un métier passait par l'activité productive précoce aux côtés des adultes. Avec la naissance au XIX^{ème} siècle de l'idée du caractère singulier de l'enfant ⁽²⁾, va se développer la perception du travail des enfants comme phénomène spécifique. Dès lors, l'enfant faisant l'objet d'un traitement (familial, éducatif, social) particulier, le statut de son travail lui-même

(1) Pour plus de précisions sur ce point, voir annexe 1.

(2) En France par exemple, le « sentiment de l'enfance » (Ariès 1973) est récent. Si les prémisses datent du XVII^{ème} siècle, l'enfant - pôle d'intérêt familial et social - est né au XIX^{ème} siècle. C'est également à cette époque que se constitue la puériculture comme discipline autonome, que vont se développer les sciences de l'enfant en général et que la scolarisation va connaître un essor important.

change, et, à des rythmes différents selon les groupes sociaux, les enfants sont peu à peu retirés de la sphère productive, pour être pris en charge et formés par la famille et par des institutions qui leur sont destinées – en particulier l'école.

C'est cette conception – l'enfant doit être improductif et son seul « travail » est de se former – qui prévaut aujourd'hui. Reprise, formulée et mise en oeuvre dans des textes de loi ou dans des recommandations internationales (interdiction du travail en-deçà d'un certain âge, scolarisation obligatoire), renforcée par la mise en place d'institutions, de personnels et de lieux spécialisés dans le traitement de tel ou tel groupe d'âge, elle a acquis une légitimité qui emporte l'adhésion, sinon toujours dans les faits, du moins dans les principes et elle tend à s'imposer comme norme ou objectif universels.

Ce rapide détour effectué par le passé permet d'attirer l'attention sur le fait que le travail des enfants est un « problème » récent et que sa formulation comme tel au XIX^{ème} siècle n'est pas fortuite. Mais si, dans les sociétés occidentales aujourd'hui, les enfants dans leur grande majorité ne participent plus aux activités productives, et si, à certains âges (entre 6 et 15 ans, pour simplifier) ils ont pour caractéristique commune d'être scolarisés et de ne pas travailler, la situation est bien différente dans de nombreux pays en développement où beaucoup d'enfants continuent d'être incorporés très précocement à la population active. Qu'il s'agisse d'activités rémunérées ou non, choisies par l'enfant ou qui lui sont imposées, sous contrôle des parents, d'un tiers, ou réalisées de façon autonome, que ces activités productives soient exercées à l'exclusion ou parallèlement à d'autres activités (scolaires, domestiques, etc.), la participation économique d'enfants parfois même très jeunes est loin d'être une pratique isolée ou exceptionnelle.

On doit se demander alors s'il est pertinent d'analyser la question du travail des enfants dans les mêmes termes pour toutes les sociétés et s'il est justifié de considérer que l'âge de l'état civil, quel que soit le contexte socio-culturel, prête aux individus des caractères communs. Seuls un nominalisme naïf ou un ethnocentrisme invétéré peuvent faire croire qu'une terminologie fondée principalement sur l'âge suffit à définir l'enfance et que cette définition a une portée universelle.

En effet, qu'ont en commun une petite Française de 12 ans, scolarisée depuis l'âge de 3 ans, à qui il reste 7 années de formation à accomplir, au moins autant avant de travailler et 12 ans avant de se marier, et une petite Indienne du Rajasthan du même âge, avec 3 années de scolarisation et sur le point d'être mariée ?

De la même façon, si la condition scolaire et professionnelle des jeunes Français de 6 à 16 ans est assez homogène aujourd'hui (entendant par homogène le simple fait qu'ils sont scolarisés et inactifs, sans préjuger des nombreux cursus possibles, et sachant que près d'un siècle a été nécessaire pour parvenir à ce résultat), ce qui peut autoriser dans une certaine mesure à considérer toutes ces situations comme semblables, cette homogénéité apparente éclate rapidement au-delà de 16 ans : qu'est-ce qui rapproche encore un jeune ouvrier de 18 ans et un jeune étudiant en médecine du même âge ?

Ces deux exemples illustrent le fait qu'aux mêmes âges, des individus peuvent vivre des situations extrêmement différentes. Ces différences dans la précocité et la succession des événements biographiques révèlent des différences d'origines et de trajectoires sociales.

1. PROBLÈMES SOCIAUX ET PROBLÈMES SOCIOLOGIQUES

Comment alors aborder aujourd'hui la question du travail des enfants ? C'est précisément cela qui a fait l'objet d'une recherche entreprise en 1987 en Equateur. Deux séries de problèmes se posent : ceux qui ont trait à la description du phénomène - combien d'enfants travaillent, qui sont les enfants qui travaillent, quelles activités productives accomplissent-ils ? - ; et ceux qui se réfèrent au sens de cette pratique - pourquoi les enfants travaillent-ils ?

1.1. La question de la mesure

Décrire des pratiques est une opération moins simple qu'il n'y paraît de prime abord. En effet, les questions - combien sont-ils, qui sont-ils, que font-ils - soulèvent déjà de nombreuses difficultés et en particulier celles qui ont été mentionnées plus haut : qu'est ce qu'on entend par enfant ou comment définir les classes d'âge et quelles activités productives doit-on prendre en compte ?

La mesure de la population active est un exercice difficile. Dans les pays en développement, en leur état actuel, les systèmes de mesure en vigueur sont souvent incapables de rendre compte des facteurs tels que la pluri-activité, les activités productives non rémunérées, les activités informelles, dont l'impact, tant sur l'emploi lui-même que sur la production de biens et services et l'obtention de ressources pour les familles, est pourtant considérable.

Ce problème de mesure se pose aussi à l'évidence pour rendre compte de l'activité aux âges jeunes : en effet, l'activité est mesurée généralement à partir d'un âge minimum (c'est souvent celui qui correspond aux normes légales de mise au travail). Utiliser des catégories d'âge prédéterminées introduit donc des biais dans la mesure de la population active enfantine. Ces biais sont loin d'être négligeables, puisque, alors que les recensements de population effectués en Equateur ne comptabilisent les jeunes actifs qu'à partir de l'âge de 12 ans, une étude de l'UNICEF indique que 25 à 30% des enfants de 5 à 12 ans, issus de familles pauvres, effectuent un travail rémunéré (UNICEF 1988). Mais par ailleurs, si l'on s'en tient aux résultats des recensements de population, l'incorporation des jeunes à partir de 12 ans est relativement limitée : de 12 à 14 ans, ils représentent en 1982 2,9% de la population active, et ceux de 15 à 19 ans 11,6%, ce qui correspond pour ces deux groupes d'âge à des taux d'activité de 11,2% et 31,1% respectivement. Or, ces taux sont nettement en-deçà des résultats émanant d'autres sources. On pourrait faire l'hypothèse suivante : ce que mesurent les recensements et généralement les enquêtes statistiques traditionnelles est une fraction du travail précoce, celle qui correspond aux critères habituels de saisie des actifs et de l'activité. Ne sont donc pas prises en compte toutes les situations mixtes (une personne active et scolarisée), prohibées (des actifs trop jeunes pour entrer dans les catégories de saisie ou occupés à des activités qui leur sont légalement interdites), indéterminées (dont le statut comme activité productive n'est pas formulé de manière incontestable) ou dont les termes ne sont fixés ni théoriquement ni méthodologiquement (les activités informelles, sur la définition desquelles le débat scientifique est loin d'être clos).

Il n'existe donc pas pour le moment, de mesure satisfaisante du travail précoce. Mais l'utilisation de catégories définies a priori ne pose pas un simple problème comptable, de dénombrement. S'il en était ainsi, on pourrait toujours imaginer qu'une saisie plus fine permettrait de le résoudre. Elle soulève aussi la question de la définition des classes d'âge et de la périodisation des âges de la vie, qui a été signalée

en introduction. La manière dont s'effectue la saisie de l'activité des jeunes travailleurs repose sur une périodisation implicite, calquée sur le modèle occidental, qui exclut les enfants de la sphère de production et qui suppose de plus que les individus appartenant aux mêmes classes d'âge ainsi définies présentent des caractéristiques identiques. Nous avons déjà signalé les limites d'une telle analyse.

La référence à l'activité et au statut des jeunes travailleurs ne pose pas moins de problèmes, et cela d'autant plus qu'elle est souvent confondue avec celle de l'âge. Nous avons vu qu'en-deçà de la limite d'âge légale, la question de l'activité n'est souvent même pas posée. Par ailleurs, toutes les activités réalisées par de jeunes travailleurs n'ont pas le statut de travail. La polysémie de la notion d'activité brouille les pistes et cache les normes qui fondent le partage entre les activités productives reconnues comme telles et les autres, entre les producteurs et ceux qui ne le sont pas. La superposition des logiques du législateur, des familles, des employeurs, et leur interrelation masquent les enjeux sociaux de la définition de l'activité.

Pour résoudre ces problèmes, il faut alors inverser la démarche qui consiste à partir de groupes déjà constitués sur un critère d'âge et analyser leurs caractéristiques, pour examiner, sur un échantillon de travailleurs, comment débutent les itinéraires professionnels, comment s'organisent les différents événements biographiques - migrations, sortie du système scolaire, changements d'activité, etc.

1.2. Le sens des pratiques

Pourquoi les enfants travaillent-ils ou, plus exactement quelles sont les raisons d'une mise au travail précoce ?

Les différentes recherches menées sur ce sujet parviennent à la même conclusion : la mise au travail précoce est l'un des moyens auxquels recourent les familles pour pallier le manque ou la faiblesse des ressources dont elles disposent pour assurer leur reproduction. Quand les salaires sont insuffisants, la recherche de revenus complémentaires peut prendre plusieurs voies, qui peuvent se combiner entre elles : prolonger une journée de travail en entreprise ou dans l'activité principale par des activités autres ; créer des sources de revenus par des activités financées grâce au salaire ou à toute autre forme de revenu principal, mais à la charge d'une autre personne, généralement un membre de la famille ; utiliser l'infrastructure domiciliaire et/ou le travail domestique pour des activités génératrices de ressources ; utiliser les revenus des activités des autres membres de la famille. Le travail précoce apparaît ainsi comme étant l'une des alternatives possibles, parmi d'autres, choisie par les familles pour obtenir des revenus supplémentaires.

Toutefois, des explications en termes exclusivement économiques ne paraissent pas suffisantes pour analyser la mise au travail. En effet, même si elles vivent des situations économiques similaires, les familles n'auront pas systématiquement les mêmes comportements, ne prendront pas toujours les mêmes décisions quant aux conditions de mise au travail de leurs enfants. Des facteurs autres que strictement économiques interviennent. Pour n'en citer que deux qui sont mieux connus :

- la spécificité de la production agricole explique pour une bonne part le fait que l'activité productive soit plus précoce et les jeunes actifs plus nombreux à la campagne que dans les villes ;
- à revenu égal, plus le niveau éducatif des parents est élevé, plus la mise au travail de leurs enfants est tardive.

Le travail précoce s'inscrit donc dans les stratégies familiales au sens large - stratégies de reproduction matérielle et stratégies de reproduction sociale, entendant

par stratégies familiales de reproduction, l'ensemble des actions décidées et mises en oeuvre par les familles, destinées à assurer leur survie quotidienne ainsi que le maintien ou l'amélioration de leurs positions économiques et sociales et cela à travers les générations ; ces actions dépendent de la position des familles - et de la conscience qu'elles en ont - dans la structure des rapports de force entre les classes sociales. En ce sens, s'il peut être analysé comme une stratégie économique, le travail précoce exprime et révèle aussi les modalités d'entrée dans la vie active, caractéristiques de certains groupes sociaux.

Enfin, pour le jeune travailleur, le travail précoce peut s'analyser comme la séquence initiale d'une trajectoire socio-professionnelle, c'est-à-dire comme un des événements constitutifs de l'histoire professionnelle et un des éléments du processus de socialisation.

Bien entendu, l'histoire professionnelle ne s'écrit pas seulement à partir des conditions de mise au travail. Il est d'ailleurs souvent illusoire de chercher ce qui, dans une biographie, serait le point fondateur, d'où l'essentiel découlerait. Cependant, la mise au travail précoce, n'est pas un événement fortuit pour autant, mais bien socialement significatif : le lien est étroit entre l'origine sociale des actifs et leurs débuts dans le monde du travail ; l'âge des débuts professionnels conditionne les étapes ultérieures et révèle des logiques sociales et professionnelles (en termes de stratégies de mobilité, de modèles d'incorporation à la vie active, de conditions de passage à l'âge adulte) ; l'activité productive précoce participe aux apprentissages des règles de la vie sociale et s'inscrit dans l'histoire sociale et professionnelle des familles et des groupes sociaux.

Quant à la socialisation, elle est ce « processus au cours duquel un enfant acquiert une identité culturelle déterminée et, en même temps, réagit à cette identité. C'est le processus par lequel un être biologique est transformé en sujet d'une culture particulière. Par suite, le processus de socialisation est un processus de contrôle complexe qui suscite chez l'enfant certaines dispositions morales, intellectuelles et affectives, et qui leur donne une forme et un contenu déterminés. Au cours de la socialisation, l'enfant prend conscience, à travers les différents rôles qu'il est appelé à tenir, de différents principes d'organisation à l'oeuvre dans la société. (...) Les instances de socialisation principales dans les sociétés contemporaines sont la famille, le groupe des pairs, l'école et le travail. C'est à travers ces instances et en particulier à travers leurs relations réciproques que les différents principes d'organisation de la société s'imposent à la perception des sujets » (Bernstein 1975 : 229-230).

2. MISE AU TRAVAIL EN ÉQUATEUR

Ce sont les réflexions précédentes - sur les limites actuelles d'une saisie statistique de l'activité aux âges jeunes, limites tant méthodologiques que théoriques et sur la nécessité d'analyser le travail précoce comme étant inscrit dans les stratégies de reproduction sociale des familles -, qui ont guidé le travail réalisé en Equateur.

2.1. La méthode

La méthode biographique a été privilégiée. ⁽³⁾ On s'est efforcé de reconstruire des itinéraires socio-professionnels, individuels et familiaux. Ce choix est apparu le plus approprié pour surmonter les difficultés liées à la définition et à la compréhension de l'activité productive précoce mais aussi pour comprendre les logiques en jeu autour de ces pratiques.

Concrètement, des entretiens semi-directifs ont été réalisés sur un échantillon construit empiriquement de cent jeunes travailleurs, de 7 à 28 ans, travaillant à Quito, capitale de l'Équateur, dans des activités de rue (cireurs de chaussures et vendeurs dans leur majorité), et avec leurs parents chaque fois que possible ⁽⁴⁾.

2.2. Les débuts dans la vie active

Dans les familles pauvres, en Equateur, les débuts dans la vie active sont à la fois *précoces* et *progressifs*. Dans l'échantillon de population étudié, plus du tiers des jeunes ont commencé à travailler avant 8 ans dans des activités productives, rémunérées ou non, et tous travaillaient à 13 ans. Trois situations peuvent être distinguées : l'incorporation des *jeunes ruraux* aux tâches agricoles, l'incorporation des *jeunes urbains* à des activités urbaines et enfin l'incorporation des *migrants ruraux* ⁽⁵⁾ à des activités urbaines. Chacune présente des caractéristiques spécifiques.

L'incorporation des *jeunes ruraux* aux activités agricoles est la plus précoce (avant 8 ans et le plus souvent dès 6 ans). C'est en même temps celle qui se laisse moins facilement désigner et reconnaître comme une mise au travail. En effet, sa précocité même la rend moins saisissable. De plus, elle s'inscrit dans une forme particulière du travail : le travail familial, caractérisé par la participation des différents membres du groupe familial à la production, selon des règles précises de distribution des tâches, qui permet plus difficilement de dissocier ou même de nommer le travail individuel de chacun dans le processus de production comme dans le produit final. En particulier, la participation des enfants, malgré son caractère indispensable et quelle qu'en soit l'intensité, n'a pas un véritable statut de travail : elle est avant tout considérée comme aide, apprentissage.

Si les débuts dans les activités agricoles sont parfois imprécis dans les souvenirs des jeunes travailleurs, en revanche, *lorsqu'ils viennent en ville*, leurs débuts dans des activités urbaines sont parfaitement repérés. Ceci peut s'expliquer par le fait que la migration vers la ville implique des ruptures et des changements importants (dans leur cadre spatial, temporel, dans leurs activités, etc.). C'est entre 10 et 13 ans que la plupart des jeunes migrants arrivent en ville.

(3) Sur la méthode biographique voir F. Ferrarotti (1983).

(4) Pour plus d'informations sur les conditions de réalisation de la recherche, voir A.-C. Defossez (1989).

(5) La distinction migrant/non migrant adoptée ici est la suivante : on désigne par le terme migrant, les jeunes qui ont quitté leur commune rurale d'origine, seuls ou avec tout ou partie de leur famille, dans le but d'exercer une activité productive urbaine ; dans ce cas, l'âge d'arrivée en ville coïncide généralement avec l'âge atteint lors du premier travail urbain ; et on désigne par le terme non migrant (ou urbain), les jeunes qui sont nés à Quito ou qui y ont émigré avec leur famille, avant qu'ils ne se mettent à exercer une activité productive urbaine, cette dernière n'étant pas directement liée à leur arrivée à Quito.

Il est intéressant ici de mettre en relation activité productive et scolarisation (6). Il existe en effet une correspondance assez étroite entre le calendrier scolaire et le calendrier productif. Ainsi, les jeunes ruraux entrent à l'école primaire entre 6 et 8 ans, c'est-à-dire aux mêmes âges auxquels ils commencent à participer aux travaux agricoles. L'âge de 13 ans correspond en revanche à un autre moment de la scolarité : c'est l'âge souvent atteint à la fin du cycle primaire. Ici, la mise au travail dans des activités urbaines qui suppose une migration préalable, coïncide avec l'achèvement d'une étape du cursus scolaire. Et si, pour les familles rurales, la formation primaire passe pour être indispensable, il n'en va pas encore de même pour le cycle secondaire : à ce niveau d'enseignement, les sorties (ou l'absence d'entrée) sont fréquentes et le changement d'activité productive (passage d'activités rurales à des activités urbaines) implique l'arrêt, momentané ou définitif, du suivi d'un enseignement régulier. Cela dit, la migration professionnelle vers la ville peut aussi, au contraire, favoriser une stratégie de poursuite de la scolarité dans le secondaire. En effet, la répartition inégale des établissements d'enseignement secondaire dans le pays, au détriment des zones rurales, constitue un obstacle important à la scolarisation des jeunes ruraux. D'autre part le coût d'une formation prolongée au-delà du cycle primaire est trop élevé pour bon nombre de familles, et cela d'autant plus que les bénéfices à attendre d'un tel investissement ne sont ni immédiats ni certains. La migration en ville peut ainsi rendre l'enseignement secondaire accessible aux jeunes ruraux, par la proximité des établissements scolaires et grâce aux gains obtenus par un travail urbain, qui permettent entre autres de payer les frais de scolarité.

Chez les *jeunes urbains*, l'incorporation aux tâches productives paraît moins directement liée à un modèle d'organisation de la production, moins liée également au niveau de formation atteint. Il n'y a pas d'âge modal d'incorporation aux activités productives mais plutôt un échelonnement entre 6 et 13 ans, avec une fréquence un peu plus importante à 8/9 ans. Par ailleurs, la mise au travail ou l'intensification du temps de travail s'accompagnent moins souvent que pour les ruraux d'un abandon des études.

Il n'y a donc aucune relation automatique entre le fait de travailler et celui d'abandonner les études. Au contraire, bien souvent, ces deux activités se combinent. On pourrait presque dire que si, pour un jeune Français, il est normal (entendant normal au sens à la fois de pratique majoritaire et qui correspond aux valeurs, aux normes, du groupe social considéré) à 8 ou 10 ans d'aller à l'école et de ne pas avoir d'activité productive, il est tout aussi normal pour bon nombre de jeunes Equatoriens de mener de front activité scolaire et activité productive.

Par ailleurs, *le temps de travail s'allonge*, en fonction de l'âge des jeunes travailleurs et de l'ancienneté de leur incorporation. Ils travaillent d'abord quelques heures avant ou après l'école, ainsi que pendant les vacances scolaires. Puis ils intensifient les périodes de travail, jusqu'à quitter le système scolaire ou à adapter les horaires de formation aux horaires de travail - en suivant les cours l'après-midi ou le soir (7).

(6) La scolarisation a connu un essor important en Amérique latine au cours des 20 dernières années. En Equateur, en 1982 (source : recensement de population), dans les zones rurales, 69% des enfants de 6 à 9 ans étaient scolarisés dans des établissements d'éducation régulière et 80% dans les zones urbaines. Quant aux jeunes de l'échantillon, tous étaient ou sont scolarisés à ces âges, tout en travaillant.

(7) En Equateur, trois horaires scolaires sont possibles : enseignement le matin, l'après-midi ou le soir.

Les tâches exécutées diffèrent selon l'âge. Dans la production agricole familiale, les plus jeunes (garçons et filles) effectuent surtout des tâches de service - chercher de l'eau, ramasser du bois, participer aux travaux domestiques - ou des activités plus spécifiquement liées à l'agriculture, comme le désherbage, les récoltes ou encore l'entretien et la surveillance des animaux. Progressivement entre 6 et 8 ans, les garçons apprennent à réaliser des travaux plus techniques, comme la conduite des animaux de trait pour les labours, les semailles, ceci sous la direction de leurs pères ou grand-pères. Les filles quant à elles, participent plus intensivement aux travaux domestiques. Le cas échéant, les uns et les autres accompagnent leurs parents vendre les produits de leurs récoltes sur les marchés locaux. Les jeunes garçons, dans certains cas, commencent à travailler dans des activités urbaines, comme cireurs de chaussures, porteurs, apprentis dans des ateliers, sans pour autant quitter leur famille ni la terre : ils vont travailler dans des villes ou des bourgs proches de leur domicile, les samedis et dimanches.

En ce qui concerne les jeunes urbains, la première activité qu'ils exercent est souvent en relation étroite avec les activités des autres membres de leur famille : près de la moitié des jeunes interrogés ont commencé à travailler avec un membre de leur famille, généralement leur mère. Au fur et à mesure que l'« ancienneté » dans la vie active augmente, l'autonomie du jeune devient plus grande. Il s'éloigne du lieu d'activité de ses parents et organise seul son travail. Mais ceci est vrai surtout pour les garçons. Les filles, dans leur quasi totalité, continuent de travailler avec leur mère.

Les premiers emplois occupés sont nombreux et variés : cireurs de chaussures, mécaniciens, électriciens, menuisiers, cordonniers, porteurs, receveurs de bus, ouvriers du bâtiment, vendeurs (loterie, journal, fruits et légumes, bonbons, etc.), magasiniers, aide-boulangers, serveurs, couturiers. En moyenne, chaque jeune travailleur a exercé deux activités différentes, sans compter les activités agricoles. Mais il reste à comprendre comment se fait le choix des activités exercées successivement. Existe-t-il une hiérarchie entre ces activités ou bien le passage de l'une à l'autre est-il aléatoire ?

Les réponses à ces questions sont difficiles à mettre en oeuvre. Elles s'articulent autour des caractéristiques des actifs et des activités, c'est-à-dire que l'existence et les modalités des trajectoires professionnelles sont déterminées à la fois par la structure du marché du travail et par les caractéristiques sociales, éducatives, professionnelles, culturelles, de sexe et d'âge des individus.

Nous ne pouvons pas analyser ici systématiquement tous ces facteurs mais plutôt suggérer quelques pistes pour l'analyse. L'examen des activités exercées et des modalités d'accès nous permet de dresser la typologie suivante des emplois :

- Les emplois « traditionnels » : ils sont traditionnels pour un âge donné (à tel âge on peut exercer telle activité : cireur dès 8 ans ou ouvrier du bâtiment à partir de 16 ans) ; traditionnels pour une mise au travail (certaines activités constituent des points de départ privilégiés pour une initiation professionnelle : petit commerce de rue, cirage de chaussures, apprentissage en ateliers) ; traditionnels pour les migrants (le commerce, le cirage de chaussures, le portage sont, parmi d'autres, spécifiquement des activités d'entrée sur le marché du travail urbain).

- Les emplois d'opportunité : il s'agit de ceux qui se présentent, non pas de façon aléatoire (car pour y accéder, les relations familiales, de parrainage, de voisinage, sont capitales) mais où les éléments conjoncturels l'emportent éventuellement sur les traditions familiales et sociales : le fils d'un ouvrier du bâtiment travaillera comme apprenti boulanger avec le propriétaire de l'appartement dans lequel vit la famille.

- Les emplois exercés faute de mieux : ceux qu'on exerce quand aucune autre possibilité n'apparaît au jeune ou à sa famille ; dans une certaine mesure, cette

catégorie comprend, en négatif, les activités citées dans la première (des activités décrites comme traditionnelles peuvent cacher les difficultés d'accès à d'autres emplois).

On peut difficilement parler, en ce qui concerne les jeunes travailleurs, dont par ailleurs les choix sont fortement tributaires des décisions familiales, de « stratégies professionnelles ». L'analyse des entretiens révèle une absence de projet professionnel précis. Il s'agit plutôt d'une gestion pragmatique des activités. Ce qui ne signifie pas cependant que les jeunes travailleurs n'ont pas de projet d'avenir, y compris sur le plan du travail. Simplement, s'ils font des projets, ils maîtrisent rarement les procédures pour les réaliser, quand toutefois ils les connaissent : plus ils sont jeunes et plus les procédures concrètes leur échappent. Mais elles leur échappent d'autant plus que leurs projets sont différents des activités professionnelles et de l'origine (sociale et rurale/urbaine) de leurs parents, et qu'ils sont à un niveau peu avancé dans le cursus scolaire.

Par ailleurs l'âge joue un rôle certain dans le type d'activité qu'on est en mesure d'exercer ; certaines activités sont « interdites » aux jeunes travailleurs, celles qui requièrent un certain niveau de force physique, une qualification ou des compétences techniques. Parfois la barrière de l'âge est plus explicite encore, en particulier à l'entrée dans des emplois en entreprises, privées ou publiques.

Les débuts dans la vie active, précoces et progressifs, se font donc généralement sous l'égide parentale ou des frères aînés, dans tous les cas lorsqu'il s'agit d'activités agricoles et dans la moitié des cas pour les jeunes urbains. L'initiation au travail, loin d'être une affaire individuelle, mobilise la famille : celle-ci protège, guide et oriente le jeune, directement ou en s'appuyant sur des réseaux familiaux ou de voisinage. C'est aussi elle qui impose la mise au travail : les parents peuvent décider que tel ou tel de leurs enfants travaillera, à tel âge et dans telle activité. Mais très souvent, les jeunes prennent eux-mêmes l'initiative : pour eux, travailler répond à un besoin - leur travail constitue un apport indispensable au maintien de la famille - mais aussi à un devoir, une obligation morale.

Ainsi, le travail précoce, indispensable compte tenu des caractéristiques économiques et sociales des familles, exprime la dépendance de celles-ci à l'égard de leurs membres jeunes pour assurer la reproduction du groupe, mais aussi la dépendance des jeunes à l'égard de leur famille : même si le fait de travailler peut leur procurer une relative autonomie, notamment financière, les débuts de leurs trajectoires professionnelles sont fortement conditionnés par les positions et les stratégies familiales, et dans une certaine mesure, la décision de travailler leur échappe.

La famille constitue donc bien le lieu privilégié où le travail précoce prend tout son sens. Mais les décisions relatives à la mise au travail se prennent dans un contexte où s'affrontent des logiques contradictoires. En effet, en Équateur, comme dans les autres pays en développement (et contrairement à la situation généralement rencontrée dans les pays développés), plusieurs normes coexistent quant à l'âge de la mise au travail. Nous avons déjà vu qu'il existe une norme légale - 12 ans. Par ailleurs, dans les classes moyennes et aisées, les débuts dans la vie active sont tardifs et se rapprochent des situations occidentales. Enfin, les médias relaient et diffusent l'opinion selon laquelle les enfants ne doivent pas travailler et condamnent explicitement le travail précoce. Pour toutes ces raisons, le seul fait de travailler ne confère pas nécessairement aux jeunes un statut de travailleur, ne les fait pas passer automatiquement du côté des adultes, quand bien même ils organisent leur travail d'une manière autonome. La mise au travail participe au contraire d'un processus plus général de socialisation, d'un apprentissage de la vie sociale et de la vie professionnelle.

Les considérations précédentes permettent de comprendre qu'il n'est pas nécessairement incohérent que des jeunes, qui travaillent depuis l'âge de huit ans comme ciréurs, disent qu'ils ont commencé à travailler à quatorze ans en construction. En établissant des distinctions entre les activités qu'ils exercent, ils assimilent en effet les normes en vigueur dans leur groupe social et celles de la société plus globale et expriment les contradictions qui existent entre certaines normes et leur vie quotidienne.

2.3. Origine et devenir socio-professionnels

Les activités exercées par les jeunes travailleurs sont en correspondance étroite avec celles de leurs parents. Plus encore, l'origine sociale des jeunes travailleurs et les activités professionnelles de leurs parents conditionnent à la fois leur entrée dans la vie active (d'elles dépendent en grande partie la précocité de la mise au travail, le choix de l'activité), les activités successives qu'ils peuvent exercer, mais aussi elles délimitent le champ de leurs aspirations sociales et professionnelles.

Cependant cette proposition générale doit être nuancée. En effet, il faut tenir compte des effets propres de facteurs tels que la migration vers la ville, la scolarisation, qui introduisent des éléments d'indétermination, voire de changement, dans les logiques de reproduction sociale.

Les migrations vers les villes sont devenues une nécessité pour de nombreuses familles rurales. Que les familles entières émigrent ou que seuls certains de leurs membres le fassent, les migrations sont souvent un axe central de la reproduction paysanne, compte tenu de la situation économique et sociale dans les campagnes. Les jeunes ruraux qui vont travailler en ville le font dans ce cadre. Cependant, que la décision d'émigrer soit familiale ou individuelle, le fait même de quitter la terre affaiblit le contrôle familial et de la commune d'origine et permet, dans certaines limites, le développement de projets individuels et une émancipation des jeunes.

Les migrants ruraux sont confrontés d'une manière souvent radicale aux rapides changements qui surviennent dans la structure sociale et productive de l'Equateur. Et, quelles que soient les raisons de la migration, ils sont dans un processus de mobilité professionnelle, quels qu'en soient le destin et le succès. Ce processus implique ou non une stratégie de mobilité sociale : la recherche de revenus pour contribuer au maintien de l'exploitation agricole, peut se convertir en stratégie de distinction et permettre un retour au village avec un capital économique et social plus important qu'avant le départ ; elle peut aussi conduire à une rupture plus complète avec la campagne et à une intégration urbaine définitive.

La migration et l'exercice d'un travail urbain rémunéré, malgré de nombreuses restrictions (rémunérations souvent faibles, nombre restreint d'activités accessibles, conditions difficiles de vie et de travail) ouvrent ainsi l'univers professionnel et social des jeunes migrants.

La scolarisation est un autre élément important qui influence les schémas de reproduction sociale. D'une génération à l'autre, les taux de scolarisation augmentent, ainsi que les niveaux scolaires atteints, et cela dans une proportion notable. Or, on sait que les corrélations entre les niveaux d'éducation atteints et les activités professionnelles exercées sont fortes, même si elles ne sont pas automatiques. L'augmentation quantitative de la scolarisation (en termes de nombre de personnes scolarisées et de niveau scolaire atteint), sans préjuger de la qualité de la formation, perturbe cependant les schémas traditionnels d'entrée dans la vie active et de mobilité professionnelle.

S'il est difficile de mesurer précisément l'influence du niveau de scolarisation sur les trajectoires professionnelles des jeunes (les activités professionnelles exercées par les jeunes ayant quitté l'école prématurément ne sont pas significativement différentes de celles des jeunes qui sont encore scolarisés au moment de l'enquête), son influence apparaît plus nettement dans l'expression des aspirations et des projets professionnels : les seuls parmi les jeunes travailleurs qui, dans leurs aspirations professionnelles, mentionnent des métiers qui exigent un niveau scolaire secondaire au minimum ou supérieur (armée, police, enseignement, médecine ou architecture) sont justement ceux qui suivent un cycle secondaire ou qui vont y accéder.

*

On s'est efforcé, au cours de ce chapitre, non pas tant de stigmatiser le travail des enfants que de montrer comment il s'inscrit dans les stratégies de reproduction des familles et dans quelle mesure il faut l'analyser comme une séquence initiale (à la fois première et initiatrice) des trajectoires professionnelles.

Déplacer ce problème du terrain de la dénonciation vers celui de l'analyse n'est pas chose aisée, tant s'imposent à l'esprit les images de ces enfants peinant dans les mines d'or ou de charbon, dans les tanneries ou sur les dépôts d'ordures.

Pourtant, et sans nier que des situations d'exploitation existent, qui sont inacceptables, on a tenté ici, à partir du cas équatorien, d'analyser le travail des enfants dans ce qu'il a à la fois de plus ordinaire - dans certains groupes sociaux, le travail précoce est le lot commun de la majorité des enfants -, et de plus complexe - si le travail précoce exprime les difficultés économiques des familles, il s'inscrit plus largement dans les modalités d'entrée dans la vie active des groupes considérés.

Il a fallu reconsidérer la question des classes d'âge, ici de l'enfance particulièrement : les limites et les attributs des classes d'âge ne sont jamais fixées dans l'absolu : à chaque société, voire à chaque groupe social et à chaque époque correspond une périodisation spécifique des âges. Il faut donc récuser une vision trop mécaniciste, qui consisterait à associer systématiquement les mêmes attributs à tous les individus du même âge. L'âge auquel surviennent les différents événements biographiques (entrée et sortie du système scolaire, départ de la famille d'origine, mise au travail, etc.) et la variation des combinaisons possibles sont spécifiques à chaque groupe et de ces variations peuvent surgir des différences socialement significatives. (*)

(*) Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un programme ORSTOM/CEDIME intitulé : *Articulation des formes de production urbaine*, dirigé par Claude de Miras, et a bénéficié du concours du projet Acción Guambra à Quito.

BIBLIOGRAPHIE

ARIES, P.

1973 *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Points, Seuil, Paris.

BERNSTEIN, B.

1975 *Langage et classes sociales*, Minuit, Paris.

DEFOSSEZ, A.- C.

1989 *La valeur n'attend pas le nombre des années. Mise au travail précoce et stratégies de reproduction*, Les Cahiers n° 9, ORSTOM.

FERRAROTTI, F.

1983 *Histoire et histoires de vie. La méthode biographique dans les sciences sociales*, Librairie des Méridiens, Paris, 1ère éd. italienne, 1981.

GALLAND, O.

1984 « Précarité et entrées dans la vie », *Revue Française de Sociologie*, XXV : 49-66.

1986 « Jeunes : marché scolaire, marché du travail, marché matrimonial », in *Les jeunes et les autres*, volume 1, ed. F. Proust, CRIV, Vaucresson : 217-240.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (B.I.T.)

1988 *Conditions of Work Digest - The Emerging Response to Child Labour*, volume 7-1, Genève.

MAUGER, G.

1986 « La catégorie de jeunesse » in *Les jeunes et les autres*, volume 1, ed. F. Proust, CRIV, Vaucresson : 43-64.

PORTET, F.

1986 « Les usages sociaux de l'âge » in *Les jeunes et les autres*, volume 1, ed. F. Proust, CRIV, Vaucresson : 105-112.

THEVENOT, L.

1979 « Une jeunesse difficile. Les fonctions sociales du flou et de la rigueur dans les classements », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 26/27 : 3-18.

UNICEF

1988 *La crise : effets sur les enfants et les femmes équatoriennes*, Quito, document ronéoté.

ANNEXE I

Dans la plupart des pays, des dispositions légales existent qui régissent les rapports du travail en général et les régimes particuliers de certaines catégories de travailleurs, notamment les femmes, les personnes diminuées physiquement et les enfants. L'objectif en ce qui concerne les enfants est de les protéger contre toute exploitation, c'est-à-dire d'éviter qu'ils ne travaillent dans des conditions risquant de compromettre leur développement physique et mental. Dans cette perspective, les réglementations comportent des dispositions visant, d'une part à instaurer un âge minimum d'admission au travail et d'autre part, à protéger les enfants contre des conditions d'emploi inappropriées. En ce qui concerne l'âge minimum d'admission au travail, très rares sont les législations nationales qui établissent un âge unique applicable à tout travail et à tous les secteurs. Dans la plupart des cas, des dispositions assez strictes s'appliquent à l'industrie (quatorze à seize ans - la limite étant repoussée encore pour les travaux dits dangereux) ; les limites sont plus basses (douze à quatorze ans) et les dérogations plus facilement accordées pour les travaux non industriels ; quant à l'agriculture, elle est souvent exclue totalement ou partiellement du champ d'application des lois et règlements, de même que toutes les activités productives effectuées à domicile.

Les législations nationales réglementent également les conditions d'emploi des enfants et des jeunes : interdiction du travail de nuit, limitation des heures de travail, etc.

Des dispositions internationales (en particulier la Convention n° 138 du B.I.T., établie en 1973 et qui porte à 15 ans l'âge minimal d'accès au travail - ratifiée au 15 mai 1988 par 36 pays - et la Recommandation n° 146 qui la complète) s'ajoutent aux réglementations nationales. A terme, l'objectif est d'abolir le travail des enfants sous toutes ses formes.

LA CONDITION DES FEMMES

Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau

Odile JOURNET

« On se tue pour avoir un enfant, on s'habille de loques, on mange du sable ». Cette femme casamançaise qui a perdu consécutivement quatre enfants en bas-âge ne s'exprime pas par métaphore. Elle fait allusion au long rituel qu'elle a entrepris pour conjurer cette douloureuse répétition : le *kañaalen*, pratiqué dans tout le pays diola. A travers l'étude de ce rituel, nous nous proposons ici de montrer comment les procédures mises en œuvre pour traiter et aménager les accidents de la procréation contribuent à la définition et à la reproduction des rapports entre les sexes.

La procréation, et, par voie d'extension, les tâches du maternage sont souvent considérées comme des faits relevant « naturellement » des capacités reproductives des femmes. Une réflexion plus approfondie révèle au contraire que la « reproduction fait l'objet d'un traitement social dans toutes ses étapes » (Tabet 1985 : 67). Ce traitement prend la forme générale d'une assignation des femmes à la reproduction, par le biais d'institutions qui, d'une part, utilisent les données biologiques (par la gestion sociale du temps de fertilité des femmes), et d'autre part, construisent idéologiquement les représentations dominantes du rôle des femmes comme essentiellement responsables de la reproduction physique du groupe.

Les accidents de la procréation – mortalité infanto-juvénile, avortements spontanés, stérilité – sont des situations malheureusement banales dans bon nombre de sociétés rurales africaines. Avant l'âge de 5 ans, la mortalité en Afrique subsaharienne est la plus élevée du monde (Akoto et Hill 1988 : 309) ; dans les régions dont nous parlerons ici, elle est de l'ordre de 400 pour 1000. Dans les sociétés diola, ces difficultés à s'assurer le maintien d'une descendance, ne sont pas forcément imputées aux femmes. Mais c'est toujours à elles qu'est attribuée la lourde responsabilité d'en contrecarrer les effets. L'analyse d'un rituel comme le *kañaalen* est une des voies possibles pour comprendre les spécificités des rapports sociaux de sexe dans les sociétés diola. Car, à première vue, les femmes n'y paraissent pas cantonnées à la sphère reproductrice.

1. LA POSITION DES FEMMES DANS L'ORGANISATION SOCIALE DIOLA

Les Diola de Basse-Casamance et du Nord de la Guinée-Bissau (320.000 environ) ne constituent pas à proprement parler un groupe homogène. Mais, malgré l'absence d'unité historique et les particularismes régionaux, voire villageois, qui se révèlent à travers la complexité dialectale et la diversité des institutions, un certain nombre de

traits communs sont au fondement d'un particularisme marqué et revendiqué, en particulier dans les régions occidentales (de Ziguinchor à la côte atlantique) : la pratique d'une riziculture inondée, d'origine locale (Pelissier 1966), une organisation sociale de type segmentaire ⁽¹⁾, l'absence de chefferies et de castes, l'importance des classes d'âge et de sexe. Les sociétés diola sont pour l'essentiel patrilinéaires et patrivirilocales ⁽²⁾, mais les femmes peuvent bénéficier, en usufruit, de rizières confiées par leur père. Un certain nombre de biens transitent également des mères à leurs filles ou à leurs enfants des deux sexes. Chaque village est divisé en quartiers (rarement plus de quatre), habités par les membres de plusieurs lignages. Le *hank* (segment de lignage et unité de résidence, que les Européens ont appelé « concession ») regroupe plusieurs couples de même génération ou de génération différente, chaque couple étant économiquement indépendant.

En l'absence d'institutions et d'autorité politiques centralisées à l'échelle locale, un système religieux complexe et diversifié servait, et sert encore en partie de référent et de garant des normes sociales villageoises : les *ukin* (singulier : *bàkin* ⁽³⁾) sont des puissances intermédiaires entre les hommes et la divinité suprême (*Emitay*). Chaque *bàkin* a des attributions spécifiques (guérison, vengeance, intégrité du lignage, initiation, accouchement, venue des pluies ...). En cas de transgression des règles qu'il régit, le *bàkin* « attaque », « prend », « frappe » par le biais de maladies spécifiques qui, non identifiées à temps, peuvent être mortelles.

Une grande partie des régions diola est aujourd'hui christianisée ou islamisée ; dans les régions orientales ou septentrionales de la Casamance, les populations ont été soumises à l'offensive guerrière puis culturelle des proches Mandingues, laquelle a fortement contribué à l'effacement des particularismes évoqués plus haut. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement aux régions occidentales qui restent largement attachées à la production rizicole et aux institutions villageoises traditionnelles.

La position des femmes dans les structures sociales et économiques y apparaît relativement originale au regard des situations généralement observées dans de nombreuses autres sociétés d'Afrique de l'Ouest. Outre la relative souplesse du principe patrilinéaire évoquée ci-dessus, un certain nombre de données témoignent d'un statut social et d'une autonomie économique des femmes souvent appréciables. Donnons-en quelques aperçus : dans la production du riz, qui mobilise l'essentiel des préoccupations villageoises, hommes et femmes interviennent alternativement, pour des tâches reconnues comme également astreignantes et qualifiées, qu'il s'agisse du billonnage (qui est plus généralement le fait des hommes), du repiquage (plutôt réservé aux femmes), de la récolte (où les deux sexes interviennent). L'âpreté au travail des rizières est, pour les deux sexes, une marque de qualité primordiale.

Les règles du partage de la récolte entre époux dépendent de la répartition de l'obligation alimentaire au sein du couple : selon une pratique répandue dans les villages de Basse Casamance, par exemple, les enfants sont nourris six mois sur le grenier de leur mère, six mois sur celui de leur père. Ce « partage » n'est certes pas égalitaire, dans la mesure où c'est le grenier du mari qui doit servir de base à l'accumulation (provisions de riz, dont une partie est troquée contre du bétail). La destination principale de cette accumulation est l'approvisionnement des cérémonies

-
- (1) c'est-à-dire composée de la juxtaposition de clans ou de lignages, non hiérarchisés et sans forme de pouvoir centralisé.
 - (2) le terme patrilinéaire désigne un système de filiation dans lequel la parenté se transmet par le père. Le terme patrivirilocal désigne un principe de résidence selon lequel le couple marié s'établit chez ou auprès des parents du mari.
 - (3) *boekin* est un terme polysémique qui désigne à la fois l'esprit propitié, le lieu de culte et les éléments qui composent l'autel.

où est impliqué son segment de lignage (funérailles, fêtes d'initiation ...). Les femmes ont, quant à elles, la libre disposition de leurs réserves personnelles ainsi que du produit des activités qu'elles développent par ailleurs. Moins contraintes que les hommes par les obligations sociales et rituelles du patrilignage et du *hank*, les femmes diola ont été les premières à s'introduire dans l'économie monétaire. Coutumières des migrations saisonnières pendant la période de la saison sèche (après la récolte du riz) pour fabriquer et troquer le sel, le poisson et les huîtres séchées, de nombreuses villageoises du sud de la Casamance se sont fait embaucher comme dockers dès la fin du XIX^{ème} siècle dans les comptoirs de traite. Depuis, le travail de domestique, les prestations de services ménagers (ramassage de bois pour la cuisine...) et le commerce des produits de leur maraîchage ou de leur production artisanale alimentaire (huile de palme), la revente du poisson... ont remplacé le chargement des vapeurs. Elles parviennent, au prix d'un travail assidu, à se constituer des revenus largement équivalents, voire supérieurs, à ceux que leurs époux tirent d'une culture commerciale telle celle de l'arachide.

Les règles du mariage, comme les contrôles de la vie sexuelle pré-nuptiale se révèlent par ailleurs, pour les femmes et les jeunes filles, relativement libérales : pas de contrôle de la virginité au mariage, lequel est pour elles généralement plus tardif (17-20 ans) que dans les ethnies voisines : pas de pratique d'excision ; initiative dans le choix de leur époux, à condition toutefois de respecter les prohibitions et prescriptions suivantes. Le mariage est interdit à l'intérieur de son patrilignage, du patrilignage de la mère, de la grand-mère paternelle et maternelle. L'autre obligation, qui ne concerne que le premier mariage, tend aujourd'hui à s'effacer : il fallait choisir son conjoint à l'intérieur d'une aire endogamique limitée à un petit ensemble de villages anciennement alliés. Le divorce à l'initiative de la femme est aisé. Par contre, la société villageoise tolère mal que les jeunes filles ou jeunes femmes restent trop longtemps célibataires. Une institution, qui revient périodiquement en vigueur, le *budji*, impose aux jeunes divorcées, mères célibataires, filles qui refusent le mariage, l'ultimatum de se choisir un époux dans le village. Le *budji* est décrété après décision prise à l'improviste par les hommes.

Les relations matrimoniales et de parenté sont loin toutefois de représenter la totalité de la vie sociale des femmes. Face aux hommes ancrés dans leur patrilignage, les femmes sont organisées en de multiples associations dans le quartier de leur époux, et dans celui de leur propre patrilignage, associations liées aux anciens cultes féminins et au *kañaalen*. A ces associations se juxtaposent une multitude de « sociétés », par classes d'âge ou par affinités, dont la vocation est autant économique (travail et épargne collectifs) que ludique. Les grandes associations féminines actuelles, au village comme à Ziguinchor, restent calquées sur l'organisation traditionnelle des cultes féminins. Dans le système religieux des *ukin* les femmes détenaient, ou détiennent encore, des cultes d'une importance majeure, puisqu'ils garantissent pour l'essentiel, la prospérité matérielle et physique du groupe : venue des pluies, fécondité des femmes, santé des enfants. Seules y sont initiées les femmes qui ont accouché au moins d'un enfant vivant.

Dans le cadre de ces diverses associations, les femmes consacrent en travail et en festivités, un temps qui rivalise aisément avec celui qu'elles passent dans la sphère conjugale. De manière générale, l'autorité des hommes sur les sœurs, les épouses ou les filles ne trouve guère à s'exprimer que lorsqu'il s'agit de rappeler au village, pour les travaux d'hivernage, les filles émigrées en ville, ou encore, comme cela arrive chez les Felup, pour tenter de les empêcher de partir. Tentatives qui, souvent, restent vouées à l'échec.

Ainsi, les femmes diola ne sont-elles enfermées ni dans la production vivrière, ni dans la domesticité conjugale. Productrices acharnées, elles ne semblent guère pourtant s'appuyer sur leur rôle économique pour asseoir leur statut social. Ne capitalisant pas, leur réussite économique reste modérée. La plupart de leurs gains sont affectés aux cotisations aux associations, pour la construction de maternités au village, l'organisation de fêtes telles celles qui marquent la fin d'un *kañaalen* réussi, l'achat de pagnes assortis aux couleurs de l'association et, de plus en plus, les frais de scolarité de leurs enfants (surtout de leurs fils). Tous emplois qui les confortent avant tout dans leur rôle de reproductrices et d'éducatrices. Si l'on compare rapidement leur position avec celles de femmes d'autres ethnies, du nord du Sénégal par exemple, lesquelles sont beaucoup plus astreintes par les exigences immédiates de la reproduction (mariage précoce, contrôle étroit du lignage du mari sur les belles-filles...), on se trouve devant le schéma inverse : les femmes du nord du pays qui se lancent dans des activités économiques (commerce essentiellement) cherchent à réinvestir dans leur affaire et à augmenter leur richesse. Dans le cas diola, où les femmes sont nettement plus indépendantes du lignage marital, l'activité économique les conduit au contraire à renforcer leur rôle reproducteur.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la pratique du rituel *kañaalen*. La perte répétée d'enfants en bas-âge, ou en cours de gestation, donne lieu dans de nombreuses sociétés africaines à diverses procédures destinées à protéger les enfants nés après de telles séries. La plus courante est l'attribution de prénoms conjuratoires, tels chez les Wolof, *Ken bugul* (« personne n'en veut »), *Amul yakar* (« sans espoir »), *Sagar* (« chiffon »)..., ou chez les Mossi, *Sagdo* (« ordure », « balayure »), *Kügba* (« cailloux »), *Kayure* (« sans nom »). Les Diola font de même, nommant de tels enfants *Kaeum* (« moitié »), *Kakendo* (« en attendant »... on l'élève), *Niartemer* (en wolof, « mille francs »), *Ukop* (« recoin de fromager, poubelle »)... Mais la spécificité du *kañaalen* diola tient à sa durée, et surtout au traitement très particulier auquel il soumet la personne de la mère en mal d'enfants.

Qu'ils soient islamisés, christianisés, attachés ou non aux cultes des *ukin*, tous les groupes diola, villageois ou citadins, connaissent le *kañaalen*, également pratiqué par les Baïnouk. Leurs proches voisins, Mandingues, Balantes, Mandjaques, Mancagnes, pratiquent un rituel similaire, quoique considérablement raccourci dans le temps, le *jimbaya*, destiné, après une série de décès consécutifs, à assurer la venue et la survie d'autres enfants.

2. LES CONDITIONS DE L'ENQUÊTE

Les données de terrain que nous évoquons ici ont été recueillies lors de plusieurs enquêtes successives, menées au cours de ces quinze dernières années, en Basse-Casamance, dans la région du Buluf et dans les îles des Bliss-Karones (rive nord de la Casamance), dans des quartiers de la ville de Ziguinchor, ainsi qu'au nord de la Guinée-Bissau, en milieu diola-felup. Comme nous le signalons plus haut, la mortalité infanto-juvénile y reste extrêmement élevée : 427 ‰ avant l'âge de 5 ans, d'après Gueye et Sarr (1985), pour toute la Casamance. Une évaluation que nous avons faite dans le village de Susana (Felup), à partir d'un échantillon de 250 génitrices âgées de moins de 50 ans, dans les années 1986-1987 fait apparaître un taux de 398 ‰.

D'autres données sur le rituel ont été recueillies au cours de cette même période par différents chercheurs, dans plusieurs villages ou régions de Basse-Casamance :

Loquay (1979) et Meersseman (1983) dans le village de Thionk-Essyl (dans le Buluf), Fassin (1986) dans la forêt des Kalounayes (Fogny). Toutes observations qui concordent sur l'importance que revêt le *kañaalen*, tant par l'extension de sa pratique que par les valeurs et les représentations collectives qu'il met en scène et qui le supportent. Nos observations menées dans les villages de Niomoune (Bliss-Karones) et de Susana rejoignent l'évaluation de D. Fassin à Petit-Koulaye : un quart de la population féminine fait ou a fait le *kañaalen*.

Il n'est guère possible à quelconque observateur ou invité étranger à une cérémonie collective (luttons villageoises, funérailles, et chez les Diola chrétiens ou musulmans, baptêmes, mariages) d'échapper à la présence des *buñaalenabu* (femmes qui font le *kañaalen*, au singulier : *añaalen*). Habillées de pagnes courts, de shorts, coiffées d'un bonnet ou d'une calebasse décorés de cauris, parées de nombreux colliers croisés sur la poitrine, elles viendront saluer à coups de sifflet, genou à terre, et se livrer à diverses pantomimes avant de retourner plaisanter et danser avec leurs compagnes. L'extravagance et la bouffonnerie sont d'abord ce par quoi le rituel se donne à voir. Mais, sous la plaisanterie et la parodie, se joue un drame individuel et collectif, dont l'explicitation est à la fois simple et toujours fuyante. Nous avons mené des dizaines d'entretiens avec des *buñaalenabu* et des femmes responsables de l'organisation du rituel, enregistré chants et discussions, participé à différentes séquences du rituel, observé et suivi, au fil du quotidien, des épisodes de la vie d'*añaalen*.

Ce genre de travail se heurte à des difficultés d'ordre général, relatives à l'approche de tout rituel, et d'ordre spécifique. De manière générale, ce que l'on donne à voir et à entendre à l'observateur est lié à son statut, à son degré de familiarisation et aux moyens qu'il s'est donnés pour cette familiarisation (intégration à une famille, initiation...). En ce qui concerne le *kañaalen*, son approche est souvent déconcertante. Il n'est pas évident tout d'abord qu'une mère accepte d'évoquer ses enfants précédemment décédés et de parler de sa progéniture : compter, comme nommer, c'est risquer d'attirer le malheur sur les enfants objets du comptage ou de la nomination. D'autre part, toute *añaalen* est sous contrôle permanent de ses tuteurs (la famille qui l'héberge), des autres *buñaalenabu*, et de leur responsable. Il n'y a pas place pour un discours individuel et tout ce qui est dit l'est en présence de témoins. La farce et la provocation étant par ailleurs constitutives du rituel, un entretien suivi se révèle dans la plupart des cas, impossible. Enfin, toute interrogation insistante sur le *kañaalen* est fréquemment interprétée comme une demande personnelle ou indirecte de l'enquêteur (enquêteuse) en vue de préserver sa propre descendance, démarche dans laquelle il (elle) ne peut s'engager, même au prix de négociations et d'arrangements, que s'il (elle) est prêt(e) à en assumer toutes les conséquences.

3. PRÉSERVER LES ENFANTS : LE RITUEL KANAALEN

Comme de nombreux rituels, le *kañaalen* connaît un certain nombre de variantes locales et d'aménagements liés à des conditions de vie nouvelles, telle l'émigration en ville. Cependant, succinctement décrite, la trame en est toujours la même : une femme perd successivement deux, trois, voire six ou sept jeunes enfants. Ou bien plusieurs de ses grossesses n'arrivent pas à terme. Ou encore, son union maritale reste stérile. Elle quitte alors la maison de son mari pour aller s'installer dans un autre village, ou dans un autre quartier, où elle restera jusqu'à ce que son enfant atteigne l'âge de 3 ans, parfois plus, sans jamais revenir dans le quartier marital. Dès le début du *kañaalen*, elle change d'identité. Confiée à la fois à ses « tuteurs » et à une association d'hommes,

de femmes ou de jeunes, elle est astreinte à des rôles codés d'esclave et de bouffonne. Elle porte enfin une série d'insignes et d'attributs spécifiques qui lui sont remis en plusieurs temps. Le *kañaalen* débute soit par une fuite, soit par un rapt, lesquels ont toujours lieu en pleine nuit et en grand secret. Dans les villages de Basse-Casamance, le rapt est relativement fréquent, mais une femme peut décider elle-même de partir. A Ziguinchor, le rapt est devenu quasiment automatique. Le terme alors utilisé, *edyok*, « attraper » est celui que l'on emploie dans les rares cas de mariage forcé ou accéléré. Ainsi « Barrasse », mariée dans le village de Niomoune avait perdu, après son fils aîné, six enfants d'affilée. Venue à Ziguinchor avec son dernier bébé âgé de quelques mois, elle s'est fait « barrer » la route au moment de son retour au village par les femmes du quartier qui, entretemps, avaient appris sa situation. D'où son nom de « Barrasse » (Barrage). Il se peut aussi que les femmes mandatées par les responsables de *kañaalen* viennent saisir en pleine nuit la future *añaalen*, sans que celle-ci ne sache même qui les a averties. Dans les villages felup par contre, c'est la mère qui décide de son départ, après avoir perdu un nombre souvent plus élevé d'enfants : « perdre deux ou trois enfants lorsqu'on est jeune, ce n'est pas encore la malchance ». La date du départ ou du rapt dépend des circonstances : pendant la grossesse ou dans les jours qui suivent l'accouchement s'il s'agit d'une femme qui perd ses enfants en bas-âge ou en cours de gestation, après un certain nombre d'années et de tentatives de soins infructueuses pour une femme qui ne conçoit pas.

La capture ou la fuite interviennent en général après une longue période de prostration et d'errance : « *Quand j'ai perdu mon huitième enfant, je voulais mourir. Je restais là à la maison, les bras croisés, quand les autres allaient aux champs ou allaient danser. Je dormais dehors. Mieux valait être tuée par quelque chose. Ou bien j'errais la nuit dans le village jusqu'à ce que quelqu'un me ramène* » raconte une *añaalen* felup.

Au moment de son arrivée dans son futur quartier adoptif, avant que l'*añaalen* ne soit conduite dans la famille de ses tuteurs, a lieu une série de consultations aux *ukin* du village, ou bien auprès de devins (« clairvoyant » ou marabout) afin d'être certain que ce n'est pas elle qui « tue » ses enfants par sorcellerie (sur le mode de la dévoration anthropophagique). Elle est ensuite emmenée dans le bois au sein duquel est établi le *bækin* (*Kalahay* ou *Uki*) lié à la maternité et détenu par les femmes. En milieu christianisé ou islamisé, les anciens cultes gardent en cette occasion leur fonction. Pendant toute une nuit, la mère est soumise à un interrogatoire serré, d'ordre à la fois moral et médical qui n'est pas sans rappeler celui qui s'effectue lors d'un accouchement difficile : qu'a-t-elle mis dans son ventre ? qu'a-t-elle fait pour que ses enfants meurent ? depuis combien de temps vit-elle avec son mari ? a-t-elle eu des amants, a-t-elle tenté d'avorter, quand apparaissent ses règles, avec quelle périodicité, comment sont morts ses enfants ? Elle est déshabillée – est-ce bien une femme comme les autres ? – et frappée. Puis, agenouillée et recouverte du pagne de la responsable du *bækin*, elle est entourée des autres femmes qui, à quatre pattes, mènent une ronde autour d'elle. Sans se servir de ses mains, elle mange à même le sol les mets préparés sur l'autel. Lorsqu'elle est accompagnée de son enfant nouveau-né, la responsable attache à celui-ci une ou plusieurs cordelettes de protection au cou, aux reins, à la cheville.

On emmène enfin la mère dans la maison choisie par les doyennes du *bækin*, ou par l'*añaalen* elle-même, au hasard de sa course à la sortie du Bois Sacré. Les tuteurs ainsi désignés ne peuvent se dérober. Sont exclus toutefois comme parents adoptifs de l'*añaalen* les éventuels membres des patri- et matrilignages du mari, ainsi que les membres du patrilignage de la femme qui pourraient résider dans ce quartier ou ce village. Une *añaalen* peut par contre être accueillie dans le quartier natal de sa mère.

L'*añaalen* et son enfant ne se trouvent pas sous la seule responsabilité des membres de leur maison adoptive, mais aussi sous celle d'une association d'âge et de sexe, qui les surveille et les protège. Toutefois, c'est de l'association de ses aînées en *kañaalen* que la mère est la plus dépendante.

La nouvelle *añaalen* reçoit immédiatement un nouveau nom, choisi par le groupe des *buñaalenabu*, et qu'elle portera toute sa vie. Ces noms relèvent de deux registres principaux. Les uns font allusion à son malheur et à la perte de ses enfants : *Eteybo* (diola felup, « où court-elle ? » – allusion à ses courses éperdues chaque fois que l'un de ses enfants est mort –) ; *Kaws ajam* (diola felup, « que l'oreille entende » – ... ses supplications) ; *Kabunta* (felup, « la trompeuse » : elle met au monde des enfants, on croit qu'ils vont vivre, mais ils meurent) ; *Abadiut* (« elle n'a rien ») ; Guerrier (en français, sur le mode de la plaisanterie, on dit qu'elle tuait très bien ses enfants) ; *Utyam etam* (felup, « payer la terre »)... L'autre registre est celui de la dérision, d'ordre sexuel ou scatologique : *Aloyenel* (felup, « pet ») ; *Erumpollè* (felup, « anus ») ; *Efel eluli* (felup, « vagin lisse »)... Ce à quoi l'on peut encore ajouter toute une série de noms, souvent cocasses, empruntés au français : « HLM », « Côte d'Ivoire », « Toyota »... A chaque nom de *kañaalen* est associée une petite chanson, par exemple : « *Oo, Efeleluli...oho, Vagin lisse, tanné, vagin lisse, comme la peau que travaille le cordonnier, oho, lisse...* ». Ce changement d'identité peut être parfait d'un changement formel d'appartenance ethnique et de filiation. Telle Diola du Buluf « deviendra » Mandingue ou Balante.

Dès que la décision du *kañaalen* a été prise, les responsables ont envoyé un guérisseur chercher en brousse un petit segment de liane, naturellement torsadé, appelé *uyajaw ati kuñaalenaku*, « bois du *kañaalen* », qui, arrosé du vin de palme sacrificiel, est remis à l'*añaalen*. Ce segment de liane qu'elle porte en permanence autour du cou ou du poignet, est censé « faire sortir le malheur de la femme » pour le rejeter à l'extérieur. Quelques semaines après sa naissance, on attache un même bâtonnet au cou ou au poignet de l'enfant. A la mère, on remet alors un bâton sculpté, en forme de fourche plus ou moins sophistiquée, qui, après avoir été lui aussi arrosé de vin sacrificiel, est entièrement recouvert de rangs de perles et de cauris. On lui donne aussi une demi-calebasse, également décorée de tresses de perles et de cauris, et dont les usages sont multiples : lors des cérémonies, l'*añaalen* la porte sur la tête ; elle lui sert aussi à recevoir les dons de nourriture et de vin de palme, ou encore à protéger du soleil son enfant lorsqu'elle le porte au dos. Enfin, lorsqu'elle se déplace seule, elle la porte fréquemment sur la poitrine, afin de se protéger des vents porteurs de mal.

Ce bâton sculpté et cette calebasse, nul ne peut les toucher, hormis les géniteurs de l'enfant. Mais lorsqu'elle verra revenir ses règles, la mère devra éviter, pendant ses périodes menstruelles, tout contact avec ces objets. Suspendu au mur de la chambre de l'*añaalen*, le bâton sert également d'arme défensive contre les sorciers. Dès lors qu'elle quitte les limites de son quartier adoptif, l'*añaalen* doit impérativement se munir de tous ces signes protecteurs. Durant les années de son exil, elle ne sort d'ailleurs jamais seule avec son enfant : soit une autre femme les accompagne, soit elle laisse le petit dans sa maison adoptive.

Deux types de pratiques confèrent au *kañaalen* une étonnante prégnance : les brimades, dont l'*añaalen* réduite à l'état de cadette, voire parfois d'animal, est l'objet durant toute la période d'exil ; et d'autre part, ces comportements de bouffonnerie qui transforment une mère malheureuse en comédienne extravagante. Tout le monde s'accorde à reconnaître que le *kañaalen* est chose grave et particulièrement difficile. Vexations, humiliations, imposition de corvées multiples émaillent le déroulement du rituel. Une *añaalen* doit se laisser battre, insulter, bousculer, arracher son pagne sans mot dire. A celle qui pleure, on apporte une calebasse en lui disant de la remplir de ses

larmes. Lors des cérémonies, elle doit boire du vin de palme souillé de terre, manger du riz posé à même le sol. Elle doit en principe rendre tous les services qui lui sont demandés, tels que piler le riz, travailler aux champs, faire les corvées d'eau et de bois, effectuer diverses commissions, souvent fictives, dans des villages assez éloignés.

De ce point de vue, on remarque de façon assez frappante, un durcissement du rituel dans les quartiers de la ville de Ziguinchor, relativement à ce qui se passe dans les villages, où ce genre de brimades s'applique sur un mode plus sporadique et plus symbolique que physique. « *En plus des travaux ménagers* » explique une *añaaalen* de Ziguinchor, « *tu dois aller chercher des petits poissons en pirogue, même si tu n'as jamais dirigé de pirogue. Parfois celle-ci se renverse, mais tu dois tout faire pour rapporter du poisson. Sinon on va te battre... Ou bien on t'envoie pieds nus, en pleine chaleur, dans un village à 20 km. Tu arrives là-bas, c'était pour rien... Tout est difficile dans le kañaalen* ». La tutrice de cette femme dit de son côté les difficultés de son rôle : « *On te confie parfois une femme plus âgée que toi et tu dois la battre, c'est dur !* ».

Entraînée par les autres *buñaalenabu*, particulièrement par les plus âgées qui y excellent, elle s'initie progressivement à son rôle de bouffonne rituelle : plaisanteries, excentricités, provocations sexuelles, tous comportements qui fonctionnent sur le mode de l'inversion. Inversion dans les normes de la bienséance et de la communication verbale : les *buñaalenabu* ne respectent pas les règles de salutations, se présentant à coups de sifflet ou de cris inarticulés ; elles peuvent interrompre n'importe quelle discussion ou rite par les danses et chants du *kañaalen* ; lors de cérémonies publiques, il arrive qu'elles jettent leur pagne et leur cache-sexe ; aux luttes, elles dansent du côté des hommes ; elles s'habillent de toile de jute, de vieux pantalons, de jupes courtes, quand le pagne long est de rigueur, se roulent par terre, s'aspergent de sable...

Les réunions de *buñaalenabu* par ailleurs, qu'il s'agisse d'organiser les travaux collectifs dans les rizières ou de régler une affaire de sacrifice, sont un des lieux privilégiés d'expression et d'invention de chants paillards : « *Abadiut*, quand elle se couche, elle laisse son sexe ouvert, elle n'a pas de clé pour le fermer. Que doit-elle faire ? »... Plaisanteries sexuelles et paillardises qui sont en fait l'envers de l'exigence d'abstinence que l'*añaaalen* (excepté en cas de stérilité) doit respecter tout le temps de son exil.

Parallèlement au traitement spécifique auquel est soumise sa mère, l'enfant du *kañaalen* est l'objet d'une surveillance extrêmement assidue de la part de tous ceux auxquels il a été confié. S'il pleure, s'il est malade, l'*añaaalen* est battue, tandis que tous les recours thérapeutiques (guérisseur, dispensaire, marabout) sont explorés. On le cache aux yeux de personnes inconnues, on interdit de le laisser sortir sans ses protections (cordelettes, bâtonnet), et surtout lorsqu'il grandit, d'aller jouer trop loin de la maison de ses tuteurs. Cette vigilance s'exercera encore longtemps après que l'*añaaalen* ait réintégré la maison de son mari.

A l'issue de cette longue période de séparation, lorsque l'enfant âgé d'au moins trois ans paraît solide et en bonne santé, l'association à laquelle était confiée l'*añaaalen*, les tuteurs et tous les membres du lignage adoptif accompagnent l'*añaaalen* et son enfant dans la maison maritale. Dure journée pour le mari qui doit tout à la fois restaurer l'ensemble des accompagnants, fournir viande et quelques centaines de litres de vin de palme, mais surtout subir sans broncher les discours extrêmement lourds de menaces qui lui sont adressés à lui et à tous les membres de ses patri- et matrilignages : à l'orée du rituel, une certaine suspicion s'exerçait à l'encontre de la mère. Celle-ci s'est cependant vite effacée devant une autre, beaucoup plus tenace, qui

visé expressément les parents du mari. Voici par exemple quelques extraits des discours proférés lors d'une cérémonie de raccompagnement dans le village de Susana (juillet 1986) :

« Voici l'enfant. Nous nous sommes débrouillés pour qu'elle grandisse. Nous voulons qu'elle se marie, qu'elle ait des enfants, qu'elle prenne de l'âge. Voici l'enfant. Elle est grande maintenant. C'est Dieu qui doit la faire mourir, et non une personne. Nous ne voulons pas avoir à entendre qu'un jour, elle est partie pêcher, qu'au retour, elle est tombée malade, et qu'elle en est morte. Son père est responsable maintenant. Nous, nous veillons. » ... « A-t-on déjà entendu quelqu'un dire : « je vais dans une maison pour avoir du riz ? Non. C'est seulement lorsque l'on perd ses enfants que l'on va se confier à une autre maison, à un autre village... Nous n'allons pas raccompagner cette fillette jusque chez ses parents pour qu'un jour, allant à la danse du buguërabu, il lui arrive quelque chose et que l'on dise que c'est le bækin qui l'a attaquée, alors que c'est quelqu'un de sa famille ! »... « Si vous ne nous écoutez pas, vous verrez ce qui vous arrivera. Si quoi que ce soit arrive à la petite pendant la saison des pluies, vous ne récolterez rien cette année et rien l'année prochaine. L'enfant a le corps frais, qu'elle l'ait pour toujours ».

À l'occasion de son retour, l'*añaalen* est dotée de nombreux cadeaux : pagnes, riz, ustensiles de cuisine... de la part des femmes du quartier d'adoption.

Le *kañaalen* comporte enfin deux types de prescriptions dont la première introduit une donnée nouvelle dans la morale conjugale diola : si le mari de l'*añaalen* peut éventuellement par la suite épouser une autre femme, il ne pourra par contre plus jamais répudier la première, pas plus que celle-ci ne pourra divorcer, sous peine de nuire gravement à l'enfant. L'*añaalen* enfin ne devra jamais s'opposer à ou tenter de retarder la venue d'autres enfants.

4. LES LOGIQUES À L'ŒUVRE DANS LE RITUEL

4.1. Logique symbolique

Au terme de ces descriptions, il est possible de tenter plusieurs lectures du *kañaalen* à un niveau tant symbolique que sociologique. Si de nombreuses ethnies africaines pratiquent en des cas similaires des rituels conjuratoires, le *kañaalen* frappe par l'investissement en temps, en énergie, par les privations qu'il impose à la mère, mais aussi par les attentions qu'il requiert de tout le groupe féminin. Les procédures qui s'articulent dans le rituel semblent tout d'abord relever à la fois d'une logique de détournement et d'une logique initiatique...

La retraite de l'*añaalen* se rattache à un ensemble de conduites courantes en d'autres circonstances, et qui consistent en ce que l'on peut appeler un « déguerpissement thérapeutique ». Ainsi, la première mesure prescrite à une victime présumée d'attaques en sorcellerie est de quitter sa maison. Les sorciers anthropophages (*kusay*) attaquent toujours en des lieux précis : la maison, ou certains endroits de brousse. De fait, à l'espace géographique et social se superpose un système spatial extrêmement complexe de zones d'influence des puissances invisibles : sorciers, mais aussi revenants, *ukin*, ou mauvais génies. Le sorcier, dont l'action est toujours nocturne, se dédouble et vole pour aller « bouffer » sa victime. C'est en général un proche. Le revenant, (*amaraw*, ou, en diola fogny *akaalena*) est un défunt déçu de sa vie terrestre, ou quelqu'un qui n'a pas été enseveli selon les pratiques funéraires coutumières. Lorsqu'il est malade, il s'embusque en brousse, terrasse la

première personne venue, et lui ayant ouvert la bouche, y crache sa maladie. L'enfant porté au dos est évidemment beaucoup plus vulnérable. Le revenant peut aussi tenter de se réincarner, mais trop faiblement doté d'énergie vitale (*yal*), il naît pour mourir aussitôt. Les génies de l'eau et de la brousse (*anmaal*, ou encore dans les villages islamisés, *jinné* ou *seetané*) peuvent être à l'origine de toutes sortes de maléfices, tels ces va-et-vient entre le monde humain et celui des génies : le même enfant revient ainsi périodiquement « fatiguer » sa mère humaine pour repartir aussitôt. Les *ukin* enfin peuvent se venger d'une transgression ou d'une dette sacrificielle non réglée par les parents, voire les grands-parents, en tuant leur progéniture.

En fuyant le quartier de son mari, l'*añaalen* peut ainsi espérer échapper à ces influences maléfiques. On peut noter par ailleurs que dans certains cas (puits pollué...), un changement de domicile peut se révéler des plus profitables.

A cette logique de détournement, participent de manière évidente les mesures telles que le désintérêt simulé à l'égard de l'enfant (par l'attribution de prénoms de dérision), les transformations de son identité (travestissement sexuel par exemple) et de celle de sa mère. Brimades et humiliations peuvent, dans cette même perspective, être interprétées comme une tentative d'anticiper et de détourner sur le corps même de l'*añaalen*, le malheur qui s'attache à sa progéniture.

Si l'on en retient les grandes séquences, l'ensemble du rituel *kañaalen* présente de grandes affinités avec le schéma initiatique : retraite, épreuves et mise à mort symbolique, réintégration. Bon nombre des brimades infligées à l'*añaalen* sont identiques à celles que l'on impose aux initiés masculins pendant leur séjour dans la forêt sacrée. Or, pour les femmes, il est un autre moment qui offre à la fois les caractéristiques et la valeur de l'initiation : c'est l'accouchement d'un enfant vivant, comportant mise à l'écart de la parturiente, secret, violence rituelle et mort symbolique de la mère (Journet 1987 : 258). Les *buñaalenabu* disent qu'« elles se tuent pour avoir un enfant » ; comme une femme lorsqu'elle accouche, elles sont dépouillées de tout ce qui constituait leur identité sociale et leur dignité humaine. Dans ce sens, le *kañaalen* peut être interprété comme le prolongement et l'accentuation de cette dépossession de soi, considérée par les femmes diola comme indispensable à la vie de l'enfant.

4.2. Logique sociale

La question demeure, dans une perspective sociologique, de l'insistance actuelle à réaffirmer la nécessité de l'observation du rituel dans ce qu'il a de plus astreignant. Car bien loin d'être une pratique en voie de disparition, le *kañaalen* s'est considérablement développé en pays diola depuis deux générations. En pays felup, là où les cultes aux *ukin* sont restés les plus vivants, de nombreuses femmes âgées d'une cinquantaine d'années et plus, ayant perdu un nombre élevé d'enfants, n'ont pas fait le *kañaalen*, ou ont attendu le dixième décès pour l'entreprendre. Et elles signalent qu'à la génération de leurs mères, le rituel était extrêmement rare. Toutes les informations dont nous disposons convergent pour dire que ce rituel, même s'il existait sporadiquement autrefois, s'est surtout développé depuis une quarantaine d'années. Dans la ville de Ziguinchor, nous l'avons vu, le *kañaalen* non seulement se maintient, mais se durcit. D. Fassin (1987) en a étudié le devenir dans la banlieue dakaroise, à Pikine, où le *kañaalen* est toujours pratiqué, même sous une forme plus ou moins simplifiée. Si certaines jeunes femmes tentent d'y échapper ou de soustraire aux prescriptions traditionnelles de bouffonnerie, les plus âgées déplorent avec force l'édulcoration du rituel et veillent à son maintien. Pourquoi un tel acharnement à souligner et traiter les difficultés de la procréation ?

« *Il faut avoir engendré pour savoir ce que c'est d'être femme* » : pour les femmes, le seul marqueur irréfutable de leur identité sexuelle est l'accouchement d'un enfant vivant (alors que c'est par un événement purement social et définitif – l'initiation – que l'on devient homme). Une femme sans enfant, qu'elle, ou son mari, soit stérile, qu'elle les perde pendant la gestation ou en bas-âge, n'est pas socialement reconnue comme femme. Ce n'est pas par leurs productions ou leurs revenus que les femmes diola cherchent à s'affirmer face aux hommes, mais par leurs capacités reproductrices, organisant elles-mêmes par le biais de leurs associations et de rituels tels que le *kañaalen*, leur astreinte à la procréation, les soins et l'éducation des enfants.

Comme nous l'avons vu, les hommes n'ont pas voix au chapitre dans la décision ni l'organisation d'un *kañaalen*. Cette pratique pour diverses raisons, ne les arrange guère. *Ku kue kuet asekoum* (en diola casa, « on m'a volé ma femme »), déplore fréquemment un mari d'*añaalen*. Ce rite, qui leur permet de s'assurer une descendance, les prive d'une force de travail, du droit éventuel de divorce, mais surtout met à nu les suspicions qui pèsent sur leur propre *hank*. Telle est l'une des ambiguïtés du *kañaalen*.

Cette ambiguïté ne fait que refléter celle, plus générale, qui se situe au cœur des rapports sociaux entre les sexes dans les sociétés dont il est ici question. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les femmes sont beaucoup moins qu'ailleurs sujettes à la domination masculine. Les hommes ne paraissent détenir qu'une autorité modérée sur leurs sœurs, épouses et filles, et le travail féminin, en particulier dans la production du riz (travail des rizières, mais aussi préparation alimentaire) est socialement reconnu et valorisé. Un homme diola ne répugne pas, s'il rentre des champs avant sa femme, ou si celle-ci est malade, à cuisiner ou à s'occuper des petits enfants.

De même l'accouchement est-il comparé aux plus valorisées des épreuves masculines. « Accoucher c'est être panthère » : cette louange est celle par laquelle on chante les guerriers et les grands chasseurs. Celles qui, à de nombreuses reprises, ont vaillamment affronté les dangers et les douleurs de l'enfantement, peuvent porter les insignes et les couleurs réservés aux plus braves (tel le pagne noir des grands lutteurs). Dans la démocratie des assemblées féminines, le droit de parole d'une femme est fréquemment proportionnel au nombre de ses enfants vivants. Mais ces gratifications témoignent aussi de l'exigence absolue imposée aux femmes : procréer et maintenir en vie ses enfants. Comme le rappelle la desservante d'un grand *bækin* de femmes dans le village de Niomoun, cette exigence est sans pitié : « *Le fait d'être enceinte est une tromperie, c'est moi, Diolobone qui le dis et le répète, le fait d'être enceinte est une tromperie. Une femme qui a cinq enfants et qui perd tous ses enfants, ne veut plus en avoir. Même s'ils meurent, il ne faut jamais demander de rester stérile. Il faut demander davantage...* ».

Les étonnants efforts consentis par les femmes en cas de stérilité ou de mort précoce des enfants, dans le cadre du *kañaalen*, les honneurs rendus aux plus prolifiques ⁽⁴⁾, tout comme cette exhortation pathétique, font ressortir la prégnance de la maternité dans la construction de la féminité.

Le contrôle, par le groupe féminin, de la soumission à l'impératif d'engendrement et de préservation de la descendance rend de fait inutile l'exercice du pouvoir masculin en ce domaine. Ce sont encore les femmes qui, par exemple, sanctionnent l'obligation faite aux jeunes femmes de contracter un premier mariage dans une aire

(4) « prolifiques », dans les limites d'un natalisme « tempéré » : allaitement prolongé (2 ans), et interdits sexuels post-natals tendent à réguler la fécondité. Une femme qui « ne laisse pas grandir ses enfants » est assez mal considérée.

endogamie limitée aux villages proches et d'y produire au moins un enfant avant de se remarier à leur gré. Dans le cas contraire, la jeune femme est « taxée » par l'association de toutes les femmes de son village natal.

Le *kañaalen* prend ainsi place dans un ensemble de pratiques et de représentations liées à la reproduction comme fondement du statut social des femmes. La division sexuelle du travail, la position des femmes dans les rapports économiques et leur dynamisme en la matière se révèlent en effet insuffisants pour rendre compte de la réalité des rapports entre les sexes.

Ainsi, les pouvoirs que peuvent s'arroger les femmes en tant que mères, sont-ils l'envers d'une rigoureuse astreinte à la procréation, au maternage et à l'éducation, astreinte à laquelle veillent assidûment les plus âgées. Au moment où les transformations des sociétés villageoises, les migrations féminines vers les villes, les contacts interculturels, pourraient détourner les femmes du devoir de produire de vrais petits Diola, l'exubérante mise en scène des difficultés de la procréation agit comme un rappel à l'ordre des impératifs de la reproduction biologique et sociale. L'attachement au rituel fait aujourd'hui partie de la construction de l'identité diola. « *C'est un retour aux sources* », nous dit un informateur, alors que le rituel est d'origine récente.

L'affirmation ethnique actuelle passe par la réaffirmation des fondements idéologiques de la division sexuelle et de l'identité féminine, que le *kañaalen*, qui n'est nullement dépendant du système de croyances religieuses traditionnelles, rappelle et conforte.

BIBLIOGRAPHIE

AKOTO E. & HILL A.

- 1988 « Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants », in *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, sous la direction de Dominique Tabutin, L'Harmattan, Paris, 309-334.

FASSIN D.

- 1986 « Ritual Buffonery : a Social Preventive Measure Against Childhood Mortality in Senegal », *Lancet* : 142-143.
1987 « Rituels villageois, rituels urbains », *L'Homme*, 104, XXVII (4), 54-75.

GUEYE M. & SARR I.

- 1985 « La mortalité infanto-juvénile », in Y. Charbit, L. Gueye, S. Ndiaye, eds, *Nuptialité et fécondité au Sénégal*, PUF, Paris, 141-145.

JOURNET O.

- 1987 « Le sang des femmes et le sacrifice » in *Sous le Masque de l'Animal, Essais sur le sacrifice en Afrique Noire*, textes réunis par Michel Cartry, PUF, Paris, 240-265.

LOQUAY A.

- 1979 *Thionk-Essyl en Basse-Casamance, évolution récente de la gestion des ressources renouvelables*, thèse de 3ème cycle, Bordeaux-III.

MEERSSEMAN C.

- 1983 *Le kanyaleen, thérapeutique diola*, mémoire de l'Université de Louvain.

PELISSIER P.

- 1966 *Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance*, Imprimerie Fabrègue, Saint Yriex.

TABET P.

- 1985 « Fertilité naturelle, reproduction forcée », in *L'Arraïsonnement des Femmes, Essais en anthropologie des sexes*, réunis par N.C. Mathieu, Ed. de l'École des hautes études en sciences sociales (« Cahiers de l'Homme », n° XXIV), Paris, 61-146.

L'INTERPRÉTATION DU MALHEUR ET DE LA MALADIE

Une consultation chez un devin au Sud-Bénin

Emmanuelle Kadya TALL

Au Sud-Bénin, comme dans beaucoup de sociétés africaines, les systèmes de soins non-biomédicaux qui établissent un lien de nature entre nosologie et ordre social, reposent sur des investigations étiologiques dont le devin se fait l'interprète. Ici, sur l'ancienne Côte des Esclaves, les théories locales expliquant la maladie et le malheur s'appuient en grande partie sur la géomancie Fa et sur la cosmogonie *vodun* ⁽¹⁾.

Fa, divinité des oracles médiatrice entre les êtres humains et les forces de l'invisible, occupe une place importante dans l'univers symbolique du golfe du Bénin. Elle préside à la destinée de chaque être humain. Originaire d'Ifa, au Nigéria, Fa est aussi un système divinatoire très complexe auquel on fait appel pour résoudre les difficultés de tous les jours et les problèmes les plus importants. Véritable science, Fa est l'affaire de spécialistes qui se consacrent presque exclusivement à cet art. On dit parfois que Fa est la parole de Mawu-Lisa, divinité hermaphrodite à l'origine de la création du monde. Objet de culte et technique divinatoire, Fa est une divinité personnelle en même temps qu'une doctrine initiatique.

Pratique sociale en référence constante avec l'ordre symbolique qui régit l'univers, la géomancie Fa tient une place prépondérante dans les thérapies traditionnelles dont elle est la clef ouvrant le registre des interprétations.

1. LA CONSULTATION

La séance qui sert d'exemple ici, a été enregistrée sur le vif, sans aucun préparatif avec l'accord du devin *babalawo* ⁽²⁾ chez qui nous étions en visite.

Homme dans la force de l'âge, goguenard et porté sur la bouteille, A. nous reçoit sans façons. C'est dans une vaste pièce aménagée en salon et salle de consultation qu'il nous accueille. Des clientes assises çà et là attendent leur tour en bavardant.

L'action se déroule à Dassa, capitale de l'ancien royaume Idaca ⁽³⁾, dans la province du Zou au centre du pays. D'origine nigériane, les Idaca sont supposés être des maîtres incontestés de la géomancie Fa.

(1) terme générique désignant les divinités dans le golfe du Bénin.

(2) terme yoruba désignant le devin spécialiste du Fa.

(3) terme yoruba "ceux de Dassa" qui désignent les habitants de l'ancien royaume Dassa.

Le dialogue qui suit et que nous livrons presque *in extenso* met en scène une jeune femme et sa mère. Un premier commentaire accompagne le dialogue pour permettre d'en préciser certains passages. L'analyse de la consultation proprement dite se fera en deux temps. Dans un premier temps, nous détaillerons l'aspect technique de la divination et ses différentes phases. Dans un second temps, nous restituerons les différentes interprétations proposées et les conflits qui les sous-tendent dans l'explication de l'événement malheureux qui frappe la jeune femme venue consulter sur les conseils de sa mère.

La consultante : Comme je n'ai jamais fait ça, je ne peux pas savoir (*comment on consulte le Fa*)⁽⁴⁾

Le devin : Tu n'as jamais consulté depuis que tu es née jusqu'à ce jour?

La mère : Tu n'as jamais consulté alors qu'on te demande de le faire !

Le devin : Qu'est-ce que tu as été leur dire pour qu'ils te demandent de consulter ? C'est quelque chose que tu leur as signalé, c'est pour ça que vous êtes venues, non ? Tu es dans la maison de ton mari depuis sept ans n'est-ce pas ?

La mère : Tu dois dire ce que tu cherches, si ce sont des enfants, un mari ou bien de l'argent !

Le devin : Si c'est un mari que tu cherches, ce n'est pas la peine de dire quoi que ce soit.

(rires)

La mère : Mais qu'est-ce qu'il raconte ? Vous n'avez pas ce qu'il vous faut à la maison ? (*vous n'avez pas assez de femmes*).

Le devin : Si elle a deux mains maintenant, elle mangera à coup sûr. Si elle a des mains aux pieds, elle mangera (*tant qu'on a les bras valides, on trouve toujours de quoi vivre*). Et si je la prenais pour femme, et si je couchais avec elle ? Il n'y a que le sexe qui compte !

La mère à propos d'un tas d'ignames qui se trouve dans la pièce : En rentrant, moi j'emporte un tubercule d'igname, d'accord !

Le devin : Vous avez refusé de donner 100 CFA. (*la consultation du devin a toujours pour support une pièce de monnaie – en général, 100 CFA en ville et 25 CFA dans les villages. Lorsque le consultant ne paye pas, le devin sort de son sac à divination une pièce intermédiaire nécessaire entre le Fa et le consultant*).

La mère continuant sur sa lancée : N'est-ce pas, awo⁽⁵⁾, je vais prendre un tubercule d'igname en partant, tu es d'accord ?

Le devin : Que quelqu'un couche avec la femme là-bas et que ce soit un autre qui fournisse l'igname à piler, ah ça non, je ne suis pas d'accord !

La mère : Est-ce pour cette raison que tu n'offres pas d'alcool à boire ? L'enfant d'Esegro n'est-elle pas ton enfant ? (*Esegro est le mari de la mère et un ami de même classe d'âge que le devin. C'est pour cette raison que les plaisanteries fusent tout au long de la consultation*)

Le devin : Si l'enfant d'Esegro est mon parent maintenant !

(4) toutes les phrases entre parenthèses et en italique dans le dialogue ont été rajoutées pour en clarifier la compréhension.

(5) titre honorifique du *babalawo*, terme qui signifie aussi mensonge en yoruba.

- La mère : Vous avez mangé les poulets pour rien ! (*vous êtes amis pour rien !*)
- Le devin : Mais si nous avons vécu ensemble, est-ce une raison pour ne pas épouser sa fille ?
- La mère : Ah, je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas épouser sa fille !

Les plaisanteries continuent sur ce ton entre la mère de la consultante et le devin. Les clients en attente participent au chahut et l'ambiance est au rire. Au bout de dix minutes, le devin se met au travail, il renverse devant lui son sac à divination qui contient des objets très hétéroclites (cauris, écrous, graines variées, osselets, gousse de poivre de Guinée, perles de Venise, sabot de chèvre, ossements divers, boutons de chemise, etc.). Il tend à la consultante une pièce de monnaie et une graine qu'elle doit tenir un moment dans sa main droite en pensant fortement à ce qu'elle désire savoir. Le devin balance son chapelet divinatoire au dessus de la pièce et de la graine déposées devant lui puis le laisse tomber.

- Le devin : C'est dans la maison de son mari?
- La mère à sa fille : Parle vite, d'autres attendent.
- La mère au devin : Elle ne parle pas (*elle est timide*).
- Le devin : Elle ne parle pas ?
- La mère : Elle ne parle pas trop.
- Le devin : Elle parle trop (*elle n'est pas timide*). C'est du côté du mari ?
- La mère : C'est le premier enfant ?
- La consultante : Oui.
- La mère : Elle m'a dit cela. On nous a dit que le premier enfant qui est venu et qui est reparti était un *vodun*. Mais lequel ? On ne nous l'a pas précisé. Est-ce Ejo ⁽⁶⁾ (*le serpent*) ?
- Le devin : Oui, on a déjà invoqué le *vodun*. Puis on a eu l'enfant. Et après avoir eu l'enfant, on a oublié le *vodun* !
- La consultante : J'ai eu deux enfants et ils sont morts de la même manière. Depuis, je n'en ai plus eu.
- Le devin : Allez faire le sacrifice.
- Le devin s'adressant à la consultante : Et que toi aussi tu entendes ! (*respecte le vodun !*). On a dit que tu ne parles pas. Tu parles ! Ce qui t'énerve, va l'enterrer sinon tu n'auras pas la joie de vivre.
- s'adressant à tous : Si elle fait un enfant, au plus trois mois après, elle verra ce que je dis : l'enfant va beaucoup pleurer. C'est pourquoi parmi les enfants dont nous parlons, il y en a eu un qui lui a fait si mal qu'on pouvait dire : « voilà, elle ne vivra plus ».
- La mère : Est-ce vrai ?
- La consultante : Le premier n'a pas fait trop mal. Mais le dernier, c'était un soir. J'ai perdu beaucoup d'eau avant qu'on m'emmène à l'hôpital. Là, vers l'aube, j'ai commencé à ressentir les douleurs.
- La mère : Cette chose là a fait très mal à la grande sœur (*du mari de la consultante*). Elle est venue me saluer puis m'a fait envoyer une

(6) divinité de l'Arc-en-ciel symbolisée par un serpent.

commission pour que je vienne la voir. C'est elle qui est devenue propriétaire des quatre yeux ⁽⁷⁾ que je dénonce maintenant.

désignant sa fille : Le mari de cette fille est l'enfant de sa tante. (*ils sont cousins croisés patrilatéraux*)

Le devin à propos de la grande sœur : Celle qui est à Jaka ⁽⁸⁾ ?

La mère : Oui.

Le devin : Allez, allez, allez vous arranger. Si vous ne vous arrangez pas, ça ne marchera pas. Quoique vous fassiez, ça ne marchera pas.

Le devin poursuivant sa manipulation de chapelet : Ce n'est ni chez ton père, ni chez ton mari. Donc c'est le reste. (*c'est-à-dire chez les parents maternels de la consultante*)

La mère : Quel sacrifice ?

Le devin : Du haricot, un caprin et le reste. Il y a longtemps que vous aviez promis le sacrifice, non !

Le devin chantonne à voix basse des paroles incompréhensibles.

Le serpent est en train de réclamer. Mais ce qu'on lui a promis, on ne lui a pas donné. C'est pourquoi il dit que même si l'argent vient, il mangera tout (quels que soient les efforts entrepris pour économiser, l'argent disparaîtra).

en désignant la consultante : L'argent que cette fille trouve maintenant si elle le trouve, se perdra. L'enfant qu'elle trouve, se perdra aussi. Il (*le vodun*) dit de vite l'écouter. Si on l'écoute, on verra.

s'adressant à la mère : si elle (*la consultante*) enfante, un de ses enfants pleurera longuement un jour, mais il ne mourra pas. Si elle fait un enfant, achète un pagne *oge* ⁽⁹⁾ et donne-le lui. Et dis lui de porter au dos l'enfant. Parce que, toi, la mère, elle t'a dit quelque chose qu'on ne doit pas dire à sa mère.

La mère qui ne se souvient de rien : Celle-ci ?

Le devin : Oui, ce qu'elle a dit est mauvais. Et la mère a répliqué : « Mais c'est avec un pagne que je t'ai portée au dos, enfant ! Ce que tu dis là, c'est avec un pagne que je t'ai portée au dos, avant que tu ne deviennes toi-même ! »

Elle fera des enfants ! elle fera des enfants ! Elle fera sept enfants avant de cesser d'en faire. Faites ce qu'on demande d'abord et vous verrez !

La mère : Est-ce Toxosu ⁽¹⁰⁾ ou Ejo ?

Le devin : Ca, je ne peux pas encore le dire. Il faut que je demande d'abord.

Le devin reprend son chapelet et le fait osciller plusieurs fois jusqu'à ce qu'il tombe dans une certaine position. Tout en poursuivant la lecture des signes géomantiques, il blague avec l'assistance.

Le devin : C'est Toxosu.

(7) expression qui désigne le sorcier-anthropophage dont on suppose qu'il a deux yeux supplémentaires derrière la tête.

(8) quartier de base.

(9) terme yoruba désignant le petit pagne que les femmes utilisent pour attacher leur enfant dans le dos.

(10) divinité des eaux qui se manifeste chez les enfants anormaux.

- La mère : Toxosu, l'enfant ?
 Le devin : Oui.
 La mère à sa fille : Toi-même tu es Toxosu et tu pérennises ton espèce.
 Le devin à la consultante : Si tu n'arranges pas bien la situation avant d'avoir une autre grossesse, on devra t'opérer.
 La mère : Aïe!
 Le devin : Ou encore ton mari va mourir et tu resteras seule !
 La mère : Quel genre de caprin ?
 Le devin : Une femelle. Il faut acheter une mère. Pour entretenir Ejo pour l'enfant (*à venir*).
 La mère : Chez nos maris là-bas ? (*dans la belle-famille*)
 Le devin : Chez toi (*dans la maison maternelle*).
 La mère : D'accord.
 Une dame *qui attend son tour, à la mère en désignant la jeune femme* : C'est donc ton enfant ?
 La mère : La seule qui est venue au monde.
 La dame : Enfanter quelqu'un qui est devenu comme ça !
 La mère : Oui, *s'adressant au devin* : Je l'ai cédée aux gens de Kévé.
 Le devin : C'est à Jaka.
 La mère : Oui, mais c'est la même chose.
 La dame : Dans quel quartier êtes-vous ?
 La mère : A Itako.
 Le devin *s'adressant à la consultante* : Le Fa te demande de te rappeler tes mères (ta famille maternelle). Il dit que lorsque tu vas t'asseoir là-bas, tu ne te souviens plus de ta mère. Même si ta mère est mauvaise, c'est ta mère. A des moments, ta mère raconte trop d'histoires, une fois, tu t'es énervée et tu l'as abandonnée. Le Fa dit qu'il ne faut pas l'abandonner.
 (*Il chante une chanson dont le thème est que l'enfant ne grandit jamais autant que la mère qui l'a mis au monde.*)
 La mère qui t'a enfantée, quelle que soit son attitude reste ta mère. Certaines ont de l'argent et entretiennent bien leurs enfants. La tienne que Dieu t'a donnée, reste auprès d'elle. Bon, tu vas faire ton Toxosu. Dis à ton mari que tu es venue consulter et qu'on t'a révélé qu'il y a dans ta famille maternelle une promesse qui n'a pas été tenue, et qu'il faut la tenir. Dis lui que tu as un enfant qui est Toxosu et que vous devez faire les sacrifices.

La consultation se termine sur des commentaires de l'assistance qui n'a pas perdu une miette des révélations faites aux deux femmes.

2. LA TECHNIQUE DIVINATOIRE FA PAR LE CHAPELET

Après les plaisanteries qui campent cette consultation dans une atmosphère familière et bon enfant, le devin assis sur une natte s'attelle à la tâche en vidant à ses pieds son sac à divination. Il soulève son chapelet en le saisissant à pleine main par le

milieu. La corde est tenue de la main droite et il la balance d'avant en arrière tout en égalisant les branches avec la main gauche.

Après un premier jet du chapelet divinatoire, A. pose la question préliminaire à toute interprétation – à savoir, le motif de la consultation.

Le signe géomantique révélé (*du*) par la position des noix qui composent le chapelet divinatoire lors du premier jet, va conduire la séance. Le Fa dispose de deux cent cinquante-six symboles *du*, signes objectifs dont la vérité n'est jamais remise en cause (11). L'art et le savoir-faire du devin résident dans sa manière d'expliquer et d'interpréter chaque signe en fonction, à la fois de l'exégèse et du contexte dans lequel il apparaît.

Une fois le motif de la consultation établi, le devin commente le signe révélé. Les jets de chapelet suivants servent à préciser le chemin à suivre pour l'obtention d'une satisfaction à la demande faite. Parfois, le signe révélé, la première parole du Fa met en avant tout autre chose que ce pourquoi une personne est venue consulter. Dans le cas présent, il est fait référence à une consultation antérieure pour laquelle des sacrifices avaient été prescrits et non accomplis. Il semble que la mère de la consultante vienne chercher confirmation d'une interprétation qu'elle a du mal à accepter, mais que vient attester la répétition de l'événement malheureux. Le devin donne libre cours à l'interprétation que lui suggère le signe révélé. Procédant par élimination au fur et à mesure des questions posées par la mère, il suit la voie dictée par le Fa, en énonçant la gravité du malheur passé et à venir.

Après avoir identifié les agents du malheur qui touche la jeune femme, le devin s'attache à lui prescrire des sacrifices qui doivent apaiser la colère des divinités mises en cause. Les sacrifices sont prescrits par le Fa qui est à nouveau interrogé par un jet de chapelet. C'est sur ces prescriptions que se termine la consultation. Parfois, le devin accepte de prendre en charge le rituel sacrificiel. D'autres fois, il lui arrive de prescrire des médicaments dont il est l'auteur, la charge de *babalawo* n'étant pas incompatible avec celle de guérisseur.

3. LA LOGIQUE DE L'INTERPRÉTATION

Au-delà de l'aspect apparemment anodin de cette consultation où les protagonistes – du moins la mère et le devin – se connaissent bien et en profitent pour se jeter à la figure des plaisanteries salaces, l'affaire qui amène les deux femmes en consultation est une affaire sérieuse comme en témoigne l'incapacité de la jeune femme à conserver vivants les enfants qu'elle met au monde.

Mariée depuis sept ans, c'est sous l'incitation de sa mère qu'elle vient consulter un spécialiste du Fa. Modestie ou tactique, elle semble tout ignorer de la procédure d'une consultation. Il est vrai qu'elle est jeune (vingt-cinq ans environ) et que la fréquentation des devins est plutôt l'affaire des anciens, ces derniers consultant pour l'ensemble de la famille.

Tout au long de l'entretien divinatoire, le devin et la mère de la consultante vont se renvoyer dos à dos deux interprétations. D'emblée, la jeune femme est posée comme victime et sa parole n'est sollicitée que pour camper l'événement.

(11) en fin de consultation, le devin remet généralement à son client le *du* qui lui a été révélé, en l'inscrivant soit sur une écorce de courge, soit sur une feuille de papier, et ce afin qu'il puisse aller faire commenter ailleurs le signe révélé lors de la séance.

Il ne fait aucun doute pour la mère que le décès de ses petits-enfants incombe à la famille de son gendre, notamment à la sœur de ce dernier qu'elle accuse d'avoir quatre yeux, autrement dit d'être une sorcière ⁽¹²⁾. A cette accusation de sorcellerie que ne refuse pas le devin mais qu'il juge inopérante dans ce cas précis, ce dernier rappelle une promesse faite par la mère et sa famille aux divinités Toxosu et Ejo, promesse qui n'a pas été tenue.

Le devin ne ménage pas la mère qu'il semble tenir pour une sorcière ou du moins pour une méchante femme (« ta mère, elle fait trop d'histoires » dit-il à la consultante). Vers la fin de la consultation, lorsque nous apprenons que la mère elle-même a eu à souffrir des mêmes maux que sa fille qui est enfant unique, nous comprenons mieux l'acharnement qu'elle met à rejeter l'accusation sur les paternels et les alliés de sa fille.

En Afrique, l'interprétation la plus courante pour tous les problèmes liés à la reproduction du lignage (stérilité, mortalité infantile etc.) se fait souvent en termes de sorcellerie-anthropophagie, ce qui met au premier plan les femmes. Au Sud-Bénin, l'expression « nos mères » désigne métaphoriquement les sorciers.

Mère sorcière ayant enfanté une fille Toxosu qui elle-même a enfanté Toxosu, voilà qui charge singulièrement la consultante et sa mère qui, de victimes des agressions d'une divinité, pourraient très vite se retrouver sur le banc des accusées.

En dehors de la sorcellerie-anthropophagie, catégorie étiologique très présente dans le monde africain, au Sud-Bénin, la cosmogonie *vodun* pèse de tout son poids dans l'explication des événements malheureux.

Le panthéon *vodun* est composé de divinités naturelles et d'ancêtres divinisés qui entretiennent des relations étroites avec les êtres humains. Un sacrifice négligé, un interdit transgressé, sont l'occasion pour les *vodun* de manifester leur pouvoir maléfique. Lorsqu'on dit d'un épisode malheureux qu'il est causé par un *vodun*, l'agression est perçue soit comme un appel de la divinité à venir intégrer le culte suite à une promesse non tenue, soit comme une punition résultant de la violation d'un interdit ou de la négligence des sacrifices dus.

Les deux divinités citées par le devin, Toxosu – divinité des eaux qui se manifeste dans les enfants anormaux –, et Ejo – divinité de l'Arc-en-ciel symbolisée par un serpent – sont proches l'une de l'autre. L'eau est leur élément et les problèmes de reproduction leur domaine d'activité. Pour Toxosu, il s'agit de la reproduction humaine pervertie : Toxosu, c'est le monstre ⁽¹³⁾ qui n'appartient pas véritablement à la catégorie du genre humain. Ni homme, ni dieu, il est à la frontière du monde visible et du monde invisible. Pour Ejo, il s'agit de la reproduction de toutes les richesses auxquelles aspirent les hommes et les dieux. Ejo, c'est le serpent qui se mord la queue, en mouvement perpétuel, intermédiaire entre les hommes, les dieux et entre les divinités elles-mêmes.

(12) étant donné que sa fille et son gendre sont cousins croisés patrilinéaires, en accusant son gendre, la mère de la consultante accuse du même coup son mari.

(13) le caractère monstrueux de Toxosu peut être plus ou moins apparent : malformations congénitales, morts-nés, hydrocéphales, hermaphrodites mais aussi enfants nés avec des dents ou enfants jugés trop précoces.

Au cours de la séance, nous voyons se profiler trois interprétations concurrentes que nous allons récapituler dans le tableau suivant :

QUI ?	POURQUOI ?	COMMENT ?
Agent du mal	Origine du mal	Signe-symptôme du mal
Toxosu, Ejo	Promesse non tenue	Mort d'enfant
Belle-sœur de la consultante (sorcière-anthropophage)	Jalousie	Mort d'enfant
Consultante et sa mère (sorcières-anthropophages)	Dette en sorcellerie ⁽¹⁴⁾	Mort d'enfant

Aux interrogations portant sur le Qui, le Pourquoi et le Comment de la mort des enfants, le Fa a répondu en utilisant le modèle explicatif *vodun*, en dépit des allégations de la mère qui veut faire pencher la balance du côté de la sorcellerie-anthropophagie.

D'un autre côté, la faiblesse statutaire des consultantes transparaît dans le soupçon de sorcellerie qui les effleure. Toutes deux sans descendance pour les secourir, sont des victimes toutes désignées en cas de litige lignager.

En prospectant un peu plus, sans nul doute nous nous rendrions compte que les deux femmes sont délaissées par leur mari et, pour la plus jeune, le risque de se faire répudier est une menace que viennent difficilement tempérer les liens familiaux qui l'unissent à son mari.

L'interprétation rendue par le devin paraît donc la plus à même de rétablir les forces en présence. Les sacrifices offerts aux divinités incriminées devraient permettre à la jeune femme d'obtenir cette nombreuse descendance qui lui fait tant défaut. Il va sans dire que l'échec d'une prochaine grossesse menée à terme remettrait en cause non pas le Fa mais l'interprétation du devin. La succession ou la répétition du malheur amorceraient à nouveau le processus interprétatif.

*

Au terme de l'analyse de cette séance divinatoire, on est en droit de se demander de quelle utilité elle est pour les opérateurs sociaux de la biomédecine.

En effet, aucun signe nosographique précis ne permet d'évaluer la pathologie de la jeune femme. On sait seulement qu'elle a accouché deux fois à l'hôpital, preuve s'il en faut, de la coexistence des systèmes thérapeutiques dans l'itinéraire des malades. La

(14) pour alimenter les banquets nocturnes de la société des sorciers, chaque participant se doit d'amener sa part à tour de rôle et lorsque l'un d'entre eux n'a plus de victimes sous la main, il est obligé de puiser dans les réserves de son propre lignage.

répétition de l'événement malheureux qui, pour la jeune femme et son entourage ne laisse plus de doute quant à l'intervention négative de forces extérieures, peut laisser perplexe. Et c'est là que réside le nœud du problème et de la cure. L'intervention du devin dans la détermination du coupable, de cet agent extérieur qui vient troubler le cours naturel des choses est une phase essentielle de la procédure diagnostique. L'échec présumé de l'hôpital ⁽¹⁵⁾ – malgré l'accouchement dans ce lieu, les enfants sont décédés – vient de ce que la biomédecine a été sollicitée uniquement pour satisfaire à l'urgence du symptôme (perte d'eau abondante, douleurs aiguës). C'est au devin que s'est adressée la quête de sens, la recherche du Qui et du Pourquoi de ces morts répétées. En prospectant au-delà des symptômes organiques perçus comme le signe d'un trouble plus général, d'ordre socio-symbolique, le devin a procédé à une mise à plat du statut de la consultante et de ses problèmes.

L'interprétation du malheur est inscrite dans une logique sociale qui dépasse le cadre biologique du corps malade. S'appuyant sur un modèle explicatif qui est une mise en forme symbolique, religieuse, sociale de l'univers, le devin simple porte-parole, rend compte des tensions qui secouent le monde. C'est ainsi que la présentation d'une séance divinatoire, apparemment anodine, nous a permis d'entrevoir la série d'implications sociales que peut avoir un événement malheureux. (*)

(*) Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un programme de recherche ORSTOM / Département de Psychologie Médicale et de Psychiatrie dirigé par le professeur R.G. Ahyi à l'Université Nationale du Bénin. Ce programme porte sur les recours thérapeutiques traditionnels et modernes au Sud-Bénin.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER A. & ZEMPLÉNÍ A.

1972 *Le Bâton de l'Aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad*, Hermann, Paris.

AUGE M.

1984 « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in *Le Sens du mal*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 35-91.

1988 *Le Dieu Objet*, Flammarion, Paris.

MAUPOIL B.

1981 *La Géomancie à l'Ancienne Côte des Esclaves*, Institut d'Ethnologie, Paris, 1ère éd. 1943.

(15) peu importe si le décès survient quelques mois après l'accouchement, hors de l'hôpital. Ici, l'événement maladie est conçu *a posteriori* comme continu depuis le premier décès d'enfant.

LES ÉGLISES COMME RECOURS THÉRAPEUTIQUE

Une histoire de maladie au Congo

Joseph TONDA

Églises et « sectes » ⁽¹⁾ sont au Congo des lieux de prise en charge de la maladie. Pourtant le pouvoir de guérison des églises, qu'elles soient officielles ou « hors la loi » ⁽²⁾ n'est pas reconnu par l'État. De l'analyse d'une histoire de maladie, ce chapitre tente de montrer comment la recherche de la guérison par une maladie, les normes ou les conceptions biomédicales de la maladie auxquelles se confronte cette quête thérapeutique, les représentations du corps et de la maladie qui la sous-tendent, ainsi que la logique et les mécanismes propres à l'action thérapeutique magico-religieuse se conjuguent pour conférer à la guérison religieuse une légitimité sociale que l'État et ses institutions officielles de soins échouent à invalider.

1. INSTITUTIONS LÉGALES ET ILLÉGALES DE SOINS : LES NORMES D'UNE DISCRIMINATION

Sur le marché congolais des soins, la biomédecine, les devins-guérisseurs ou *nganga*, les tradipraticiens ⁽³⁾, les églises prophétiques ⁽⁴⁾ ou syncrétiques ⁽⁵⁾, les groupements de type traditionaliste ⁽⁶⁾, ainsi que les grandes églises

(1) Le terme « secte » désigne dans le discours officiel congolais, de nombreux groupements ou associations aux contenus divers (religieux, magique, magico-religieux, magico-philosophique, etc.) dont la caractéristique essentielle est de ne pas être reconnus par la loi. Aucune des sept églises ou « associations religieuses » reconnues n'est en effet désignée par le vocable secte. Ce sont : l'Église catholique, l'Église évangélique (mission protestante), l'Armée du Salut, Terenkyo, l'Église du Christ sur terre du prophète Simon Kibangou, le Comité Islamique du Congo et la Mission Prophétique Lassy-Zéphirin. Compte tenu de ce caractère normatif de la distinction entre les deux mots, nous préférons le terme église à celui de secte.

(2) N'étant pas reconnues, elles n'en sont pas moins actives dans la société.

(3) Les « tradipraticiens » sont des thérapeutes affiliés à l'UNTC (Union Nationale des Tradipraticiens Congolais), association créée par le PCT. Ceux-ci doivent renoncer à la dimension symbolique de la maladie et se limiter à l'utilisation des éléments végétaux, minéraux et animaux dans le traitement des maladies. Interrogés sur les causes des maladies, les tradipraticiens nous ont cependant dit que sorciers et mauvais esprits étaient responsables des maladies.

(4) Les églises prophétiques font partie de nombreuses « sectes » qui préoccupent le Parti. Elles sont créées par des « prophètes ».

(5) Le syncrétisme religieux indique un mélange entre éléments religieux autochtones et étrangers.

(6) Les groupements traditionalistes sont censés ne pas être syncrétiques et sont parfois caractérisés par le terme « a-syncrétique ».

institutionnalisées ⁽⁷⁾ constituent des recours thérapeutiques. Mais, à l'exception de la biomédecine et des tradipraticiens, les autres recours, en particulier tous les groupements appelés « sectes » ne sont pas reconnus par l'État. Les normes qui légitiment cette discrimination sont d'ordre idéologique et politique. Mais elles ressortissent aussi à la position de pouvoir qu'occupe la biomédecine comme médecine officielle au sein du système de soins au Congo.

Du point de vue idéologique, les prières, les impositions de mains, l'eau bénite et les rituels qui constituent l'essentiel des soins dans ces groupements sont présentés comme des pratiques irrationnelles, incompatibles avec les normes matérialistes de l'idéologie officielle. Un haut responsable du Parti peut ainsi écrire : « La fréquentation des lieux où ce genre de médecine est pratiquée habitue les populations à des pratiques magiques et à la croyance en l'irrationnel » (Goma-Foutou 1988 : 99).

Du point de vue politique, les groupements religieux ou sectes sont considérés comme des lieux qui troublent l'ordre public ou qui favorisent la contestation « contre-révolutionnaire », notamment sous l'impulsion de « l'impérialisme international » : « par le biais de ces sectes, l'impérialisme international réinstaure la colonisation au moyen de l'auto-colonisation » (Goma-Foutou 1988 : 101).

Enfin, et sans doute en réponse au postulat de charlatanisme et d'incompétence que la biomédecine prononce sur les pratiques thérapeutiques religieuses, l'État est amené à interdire « l'utilisation de la religion à des fins de médecine illégale ».

Pourtant, il suffit de se rendre sur les lieux de culte, d'assister aux rituels ou aux « messes » de ces églises ou encore de consulter les registres de soins qui y sont tenus pour constater que ces églises prennent effectivement en charge des centaines de « corps souffrants ». Elles dispensent des soins pour tous les maux : « maux d'estomac », « maux de cœur », « mauvaises pensées », « mauvais rêves », « stérilités », « malchances », « envoûtements », « troubles psychiques », « fièvres », chômage, célibat, etc.

Comment dès lors expliquer cette prégnance sociale de la religion comme recours thérapeutique, malgré sa négation ou sa dénégation (au sens psychanalytique) par l'ordre idéologico-politique de l'État et de ses institutions de soins ? Pour essayer de le savoir, il nous semble nécessaire d'analyser le rapport de la maladie (ses représentations ou ses conceptions) aux normes de la biomédecine, médecine du Parti et de l'État, et à celles de la guérison magico-religieuse dans le contexte sociologique congolais. Nous partirons du cas que représente la maladie de Martine, femme paysanne de quarante-huit ans, mère de huit enfants, divorcée, de l'ethnie bakota ⁽⁸⁾.

2. LA MALADIE DE MARTINE ET SES HISTOIRES

« *Ma maladie ne date pas d'aujourd'hui, car je peux dire que j'ai toujours souffert du cœur* ». Mais si Martine a toujours souffert du « cœur », la première crise grave qu'elle ait connue s'est produite à la suite d'un terrible accident qu'elle avait eu le 1er

(7) L'Église catholique dans le cadre du Renouveau charismatique essaie actuellement de prendre en charge la maladie en dehors des moyens biomédicaux. Les Protestants disposent de leur côté de centres où des plantes, des prières et des produits pharmaceutiques sont proposés aux malades.

(8) Les Bakota sont un groupe ethnique qui se partage entre le Congo et le Gabon.

Mai 1976. Ce jour-là à Etoumbi (dans la région de la Cuvette, dans le Nord-Congo), après le défilé des travailleurs qui marque cette fête, un homme de l'ethnie téké⁽⁹⁾ propose à Martine de la ramener chez elle sur sa mobylette. Martine décline l'offre. L'homme insiste. Cependant, devant la menace que présente un orage imminent, elle finit par accepter la proposition. A mi-parcours du trajet, roulant assez vite pour tenter d'échapper à l'orage, la mobylette se retrouve brusquement en face d'un véhicule qui surgit au sortir d'un tournant. La collision est inévitable. Le bébé de quatorze mois que Martine porte sur son dos est projeté dans les hautes herbes et s'en tire heureusement sans aucun dommage. L'homme est immobilisé par une fracture du bassin. Martine a les deux jambes fracturées. Elle se souvient à ce moment que son père avait tout fait ce matin là pour l'empêcher de se rendre au Centre d'Etoumbi.

Les deux accidentés sont évacués à l'hôpital général d'Owando (chef-lieu de la région de la Cuvette). Mais l'homme trouve la mort en cours de route et le camion doit faire demi-tour, alors qu'il était déjà très avancé sur le chemin d'Owando, pour ramener le mort à Etoumbi. Cet aller et retour est interprété par Martine comme un mauvais signe du sort. Impression qui est renforcée par la tournure que prennent les événements qui vont jaloner le trajet Etoumbi-Owando. En effet, le camion va successivement connaître une panne de batterie, et donc rouler la nuit, phares éteints, être bloqué pendant de longues heures à cinq kilomètres d'Owando par un arbre tombé en travers de la route. Pour Martine et sa sœur aînée qui l'accompagne, il n'y a aucun doute, une volonté destructrice s'acharne sur elle. Plus tard, cette « volonté » sera identifiée comme étant l'esprit du Téké.

A l'hôpital d'Owando, le « cœur » de Martine « se met à bouger violemment dans le ventre, faisant de grands coups ». Les examens réalisés à l'hôpital vont tous se révéler négatifs. La sœur aînée de Martine se met alors à consulter des *nganga*. Elle apprend auprès d'eux que l'homme « connaissait sa mort », ce qui veut dire, dans les langues congolaises, que cet homme non seulement savait qu'il allait mourir ce jour, mais surtout, savait qu'il était lui-même à l'origine de sa mort dont les éléments explicatifs relevaient du « monde de la nuit », monde de la sorcellerie. Mais « connaissant sa mort », l'homme ne voulait pas mourir seul. La proposition faite à Martine et l'orage qui força sa décision étaient tous les deux « surdéterminés » par la sorcellerie. Cependant, comme elle ne savait rien de la machination de l'homme, Martine ne pouvait pas mourir de l'accident.

Devant l'absence d'amélioration de l'état de santé de Martine, sa sœur va consulter un homme bakota spécialisé dans le traitement de la « panthère ». Chez les Bakota, qui sont tous soupçonnés de « posséder une panthère » dans le ventre (et Martine on le sait, est Bakota), la « sortie » ou la « fuite » de cet animal rend malade, et la mort peut s'ensuivre si aucun traitement approprié n'est apporté. On dit alors que la personne souffre de « la panthère », comme on peut souffrir des jambes ou des yeux. Ainsi, tout en étant hospitalisée, Martine suit des traitements traditionnels pour sa « panthère », mais en vain.

Complètement remise de ses fractures, Martine sort de l'hôpital, son « cœur » toujours douloureux. En 1978, elle se fait dire qu'une spécialiste d'un culte téké, le *nkira*, soigne les malades par des massages rituels à l'eau tiède. Martine prend des soins pendant plusieurs semaines chez cette femme : « pour la première fois, dit-elle, je me voyais presque guérie ». Malheureusement, Martine n'est pas en mesure de payer les 10 000 francs CFA et le pagne que lui réclame la *nganga*. Cette dernière se

(9) Les Téké sont un peuple d'Afrique Centrale qu'on retrouve à la fois au Congo, au Gabon et au Zaïre.

met alors à « parler » (c'est-à-dire à se plaindre, à dire du mal de sa cliente pour son ingratitude) et Martine retombe malade. Au dispensaire, où elle se rend après avoir quitté la guérisseuse, elle apprend à se soigner avec des pansements gastriques, s'étant fait expliquer, cette fois, que sa maladie est « l'estomac » (10).

En octobre 1988, Martine est hospitalisée au Centre Médical d'Etoumbi, et son état est jugé critique. C'est dans ce Centre qu'elle va surprendre une conversation entre l'assistant sanitaire, qui seconde le médecin-chef, et une malade. Adeptes d'une église prophétique, l'assistant recommande vivement à sa patiente de s'y rendre pour une consultation. Martine décide alors d'aller consulter la femme qui est à la tête de cette église. Celle-ci lui révèle que jamais sa maladie ne guérira avec la médecine moderne. « *Ce n'est pas une maladie de l'hôpital. Cherche des nganga pour te guérir* » lui dit-elle. « *Mais pourquoi m'envoies-tu chez les nganga alors que tu peux me soigner ?* », rétorque Martine. Elle est donc retenue à l'église où elle va trouver elle-même la cause de sa maladie : « *J'entrai en transe et je me mis à décrire, puis à nommer mes agresseurs, les personnes qui me mangeaient* (11) *en sorcellerie. Elles sont quatre. Elles disent que je n'achète rien, que je ne dépense pas un sou, que je reçois tout de Brazzaville, elles disent aussi que mes enfants et mes petits enfants ne meurent pas comme ceux des autres. Si je n'avais pas quitté l'hôpital ce jour pour rentrer à l'église, je serais morte le lendemain. L'une des quatre personnes qui me mangent en sorcellerie est d'ailleurs un parent du mari de ma fille. Ce type me mange parce qu'à chaque fois que ma fille et son mari se rendent à Etoumbi, c'est chez lui qu'ils sont logés. Il les accueille bien, mais en retour ceux-ci ne lui donnent pas de l'argent...* ».

Conduite à Brazzaville chez sa fille aînée, elle y reçoit la visite d'un médecin qui l'examine rapidement et prescrit un traitement contre la gastrite. Mais Martine, tout en reconnaissant le soulagement que ce traitement lui procure, ne lui accorde cependant aucune capacité à la guérir réellement. Elle exige alors être conduite à l'église où des soins lui sont prodigués. Mais les plaintes qui avaient cessé après les premiers soins à l'église reprennent. On l'emmène à l'hôpital, où un paludisme est diagnostiqué et le traitement est prescrit. Mais aussitôt après la première piqûre, Martine déclare que son état ne peut de toute façon pas s'améliorer avec « les produits de l'hôpital ». Elle menace alors de repartir à Etoumbi si elle n'est pas « hospitalisée » à l'église. Un compromis est trouvé avec ses filles qui acceptent de l'accompagner tous les après-midi à l'église, en contrepartie, elle doit suivre son traitement prescrit par les médecins.

Quand nous l'avons rencontrée à nouveau vers la mi-février 1989, Martine avait repris beaucoup de poids (l'amaigrissement étant l'un des grands symptômes de son mal), elle était plus gaie et surtout prolixe sur les vertus du pouvoir de guérison de la religion. Elle regrettait seulement le fait de ne plus entrer en transe, et se plaignait de ce que sa fille tardait à lui acheter sa robe de prière. Mais elle se disait « définitivement protégée contre les agressions des sorciers » car elle venait d'acquérir le « bâton » que donne le chef de l'église et qui est destiné à « protéger » tous ceux qui le portent sur eux contre les actions des sorciers.

(10) Dans les langues congolaises, les individus disent « avoir l'estomac » pour signifier qu'ils ont mal à l'estomac.

(11) Il est dit dans les langues congolaises, que le sorcier mange ses victimes. Il s'agit d'une manducation qui s'opère grâce au dédoublement du sorcier qui peut ainsi dévorer le « corps » (double) de sa victime.

Avant de tenter d'analyser le rapport de la maladie de Martine aux normes du pouvoir de guérison de l'église, et celles du Parti et de la biomédecine, il nous paraît nécessaire de rappeler quelques considérations méthodologiques qui aident à comprendre la spécificité d'une approche socio-anthropologique de la maladie, et plus particulièrement la perspective dans laquelle nous appréhendons le « cas de Martine ».

3. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET THÉORIQUES

3.1. L'enquête

Nous avons rencontré Martine en novembre 1988 à Brazzaville dans cette église prophétique où elle prenait des soins. Après un premier entretien au lieu de culte, nous avons dû la revoir plusieurs fois, mais au domicile de Rachelle, sa fille aînée (28 ans), sans emploi, mariée à un cadre supérieur de la fonction publique. Notons que vivait aussi au domicile de Rachelle, Gisèle, sa sœur cadette (25 ans), célibataire. Ce lieu (domicile de Rachelle), loin du regard et de l'influence inévitable des responsables de l'église avait l'avantage de soustraire les réponses de Martine à son auto-censure et à la « censure » de l'église. Nous avons également eu besoin des récits des deux filles de Martine. Elles avaient accompagné leur mère dans la plupart de ses recours thérapeutiques et se souvenaient parfois mieux qu'elle de certains détails de son itinéraire thérapeutique.

Par exemple, c'est Rachelle qui nous appris que le prêtre qui conduisait le véhicule qui avait été à l'origine de l'accident de Martine avait déclaré avoir vu un « esprit » sur sa mobylette (au lieu de voir le Téké). Un tel détail qui est fondamental en ce qu'il exprime la perception que les acteurs sociaux ont des prêtres en tant que personnages religieux crédités du pouvoir de voir l'« invisible », aurait pu passer inaperçu. Or, il s'agit d'un détail qui aide à comprendre la logique de l'itinéraire thérapeutique de Martine.

Pour retrouver et reconstituer les faits significatifs de la maladie de Martine, plusieurs entretiens avec elle et ses filles s'avéraient nécessaires. Les entretiens avec Martine avaient lieu soit en l'absence, soit en présence de ses filles, et nous avons pu remarquer que l'une ou l'autre de ces situations n'avait pas d'incidence particulière sur la nature des informations recueillies, car il existait entre Martine et ses filles une grande complicité. Les entretiens semi-directifs étaient enregistrés sur bande magnétique.

3.2. Les référents

La logique des événements qui marquent la quête thérapeutique de Martine doit se comprendre à partir des quelques indications suivantes.

D'abord les scénarios « imaginaires » ou symboliques qui sont évoqués dans l'explication (les explications) de la maladie de Martine doivent être traités comme des faits sociaux, c'est-à-dire des faits qui procèdent de la réalité sociale à partir du moment où ils induisent des conduites et des pratiques sociales concrètes des individus. Il importe donc de considérer la sorcellerie et les esprits comme des phénomènes qui existent socialement.

Ensuite (et ceci va contribuer à expliciter ce qui précède), nous considérons le discours biomédical sur la maladie comme une « interprétation » de ce phénomène au même titre que le discours, les conceptions ou les représentations des églises. Ce choix n'implique cependant pas que nous ignorions la différence entre les concepts qui relèvent de la science biomédicale et les représentations qui sont du domaine des « médecines traditionnelles » ou des églises. Si le concept est une unité de signification scientifique, c'est-à-dire un outil opérationnel du discours scientifique, la représentation « c'est, écrit François Laplantine, une image-croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. » Mais nous pensons aussi avec cet auteur que : « cela ne veut pas dire : 1) que les représentations populaires ne se forment pas en grande partie au contact de la culture savante, 2) qu'un mode spécifique de la pensée sociale que l'on nomme la « science médicale » soit indemne de représentation » (1978 : 98). Aussi, qu'il s'agisse de concept ou de représentation, la maladie sera analysée ici comme production sociale. Ce qui veut dire qu'elle sera non seulement considérée comme une « catégorie sociale » que construisent le savoir et la pratique médicale (Herzlich 1986 : 195), mais aussi les « théories » ou discours des institutions concernées de près ou de loin par la gestion du « corps souffrant ». Elle est de ce fait « un mode particulier de découpage de la réalité sociale » (Pierret 1986 : 218). De ce point de vue, on peut admettre qu'elle est arbitrairement définie, que sa réalité dépend de ce que Pierre Bourdieu appelle la « magie sociale » de l'institution (l'église, la biomédecine ou un parti politique, etc.) qui tend « à consacrer ou à légitimer, c'est-à-dire à faire méconnaître en tant qu'arbitraire et reconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire » (1982 : 58). La limite arbitraire que la « magie sociale » (le pouvoir) de l'institution naturalise et légitime est celle qui circonscrit la réalité du découpage d'une catégorie sociale définie comme maladie.

Enfin, notre perspective ne consiste, ni à chercher, ni à vérifier si les individus guérissent réellement ou pas dans les églises, ni à savoir si les personnes qui y recourent sont réellement malades ou pas (surtout si maladie et guérison doivent se définir à partir des seules normes biomédicales). Les réalités de la maladie et de la guérison sont ici affaire de ceux qui s'estiment et se disent malades ou guéris dans les églises. Il y a ici « situation de maladie » à partir du moment où un individu se dit malade (ou bien lorsqu'il est déclaré comme tel par son entourage) et éprouve pour cela la nécessité d'un recours thérapeutique (ou encore lorsque cette nécessité est perçue par son entourage).

Cela étant dit, de quelle manière se présente la maladie de Martine par rapport aux normes des instances de légitimation que sont, au Congo, le Parti, l'État et leurs institutions officielles de soins ? De quelle manière peut-on analyser le rapport de cette maladie aux normes de l'église prophétique ? Comment à partir de la quête thérapeutique de Martine expliquer la prégnance sociale des institutions magico-religieuses comme recours thérapeutique ?

Pour donner quelques débuts de réponses à ses questions, il nous faut repérer les conceptions de la maladie qui s'expriment dans l'histoire de Martine.

4. LA MALADIE DE MARTINE OU PLUSIEURS MALADIES EN UNE

L'histoire de la maladie de Martine nous suggère l'existence d'au moins deux conceptions possibles de la maladie. Ces deux conceptions donnent en fait à voir deux « maladies » : « la maladie de l'hôpital » d'une part, et « la maladie des *nganga* et des églises » d'autre part.

4.1. La « maladie de l'hôpital »

La maladie de la biomédecine est celle que de nombreux examens n'arrivent pas à identifier. C'est la « disease », différente de l'« illness » et de la « sickness » selon la triade dégagée par l'anthropologie médicale anglo-saxonne (Zempléni 1985).

Cette « maladie » (ou cette construction de la maladie) interdit de la confondre avec l'individu malade. Jean Clavreul souligne qu'en acquérant un statut scientifique, elle se sépare de plus en plus de ce que l'intéressé en éprouve (1978 : 25). La maladie construite par le savoir médical se réduit chez Martine à une série de symptômes qui demandent à être éliminés (courbatures, étouffement, douleurs etc.).

Mais le mal qui tient Martine est invisible et inexistant pour « l'hôpital » (l'ensemble des institutions biomédicales). En disant à Martine que sa maladie (son mal) ne peut pas se guérir à l'hôpital (ce que semble confirmer implicitement l'assistant sanitaire par ses propos), la femme chef d'église invalide en partie le « pouvoir-savoir » du médecin, pour reprendre une expression de Daniel Friedman (1978 : 195). Simultanément, elle institue en pouvoir (presque) absolu sur le « corps malade » de Martine son propre pouvoir et le pouvoir des *nganga*.

En même temps, les recours souvent exigés par Martine à la biomédecine confèrent à cette dernière un rôle de « soulagement » de ses douleurs, rôle qui ne saurait se confondre avec celui de « guérison » que Martine réserve à l'église, même s'il lui est complémentaire.

Pour comprendre cette place accordée à la biomédecine par l'église et Martine, il est nécessaire de saisir la deuxième dimension de son mal.

4.2. La « maladie de l'église »

En toute logique de ce qui précède, la maladie de Martine telle qu'elle est définie par les *nganga* et l'église se situe plutôt du côté de la « sickness », c'est-à-dire l'expression socio-culturelle de sa maladie.

En réalité qu'il s'agisse ou non du « cœur » véritable dont souffre Martine, ce qui semble le plus important pour l'église est ce à quoi renvoie cette maladie de « cœur ». Pour Martine, désespérée par un mal qui dure depuis plus de dix ans, son « cœur » n'est en effet que la manifestation ou le signe de « quelque chose » qui ruine l'efficacité de tous les recours auxquels elle s'est adressée. Le « cœur » de Martine est ici la métaphore de ce « quelque chose ».

Ainsi, l'église et Martine s'inscrivent dans une même logique culturelle et/ou symbolique. Elles se comprennent, et cette compréhension est partiellement absente entre Martine et la biomédecine qui, par ses recherches infructueuses de la maladie (de « sa » maladie), installe Martine dans une situation qui semble lui dénier la réalité

de son mal. En reconnaissant la réalité de la maladie, l'église lui évite la pénible et frustrante impression de n'être qu'une malade imaginaire. L'église légitime ainsi sa quête de guérison, car son mal est réel et reconnu comme tel. En outre, elle l'installe aussi dans une position de sujet par rapport à son mal. C'est en effet Martine qui désigne elle-même ses sorciers en état de transe. La capacité de diagnostiquer son mal ou, plus précisément de retrouver les éléments de sa causalité n'est pas refusée à Martine. Peut-être qu'en réussissant à retrouver elle-même la cause de son mal (ce qui semble invalider les premières causes diagnostiquées par d'autres devins), l'église fait acquérir à Martine le pouvoir de se guérir en partie elle-même.

En réalité, Martine était préparée depuis longtemps par sa longue quête de guérison à adhérer à l'interprétation de sa maladie que lui propose l'église. Souvenons-nous en effet qu'elle avait dit que son père avait tenté en vain de l'empêcher de se rendre au défilé du 1er mai. En s'y rendant malgré tout, elle refuse de respecter la parole du père, parole de la loi. Martine laisse ainsi entendre par le détail de cette interdiction non respectée de son père que sa maladie pourrait se comprendre comme une sanction de son inconduite. De plus, les échecs répétés de la biomédecine n'ont fait que renforcer la prédisposition de Martine à adhérer aux conceptions magico-religieuses de la maladie que lui propose l'église.

Ainsi, l'interprétation de la souffrance de Martine qui s'obtient à l'église s'inscrit-elle dans une série explicative où la sanction divine côtoie la sorcellerie qui, toutes, puisent leur pertinence dans le système global des croyances et des représentations de la société congolaise. Ces croyances et représentations sont celles qui commandent ce que Marc Augé appelle les « mises en cause sociale » de la maladie, « forme élémentaire de l'événement », en ce sens qu'elle fait partie de ces « événements individuels dont l'interprétation imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale » (1986 : 39).

5. LA MALADIE, LES ÉGLISES ET L'ÉTAT

La maladie de Martine ne peut socialement se saisir et se comprendre qu'à travers les interprétations et/ou les constructions des institutions de sa prise en charge. Or ces institutions sont réparties en institutions légales d'un côté et en institutions illégales de l'autre. L'hôpital et le dispensaire sont des recours politiquement et idéologiquement légitimes.

A l'inverse, les églises et les *nganga* sont illégaux, c'est-à-dire niés ou condamnés (selon le moment) par l'État. En recherchant les moyens de sa guérison en dehors des institutions officielles de soins, Martine s'implique et implique sa maladie dans un jeu de rapport de forces qui la dépasse. Elle contribue, sans le savoir, à la légitimation sociale du pouvoir des églises sur les corps et sur les esprits. Simultanément, elle participe dans une certaine mesure à l'érosion des normes de l'État et des institutions de soins.

En réalité, on pourrait dire que c'est l'église prophétique où se rend Martine, qui produit ce mal en produisant les sorciers, c'est-à-dire en les faisant nommer et accuser. Désigner ou nommer les choses c'est leur conférer une forme d'existence. Par son pouvoir de faire nommer ou de faire désigner les agents du mal de Martine, l'église amène à la réalité ces agents du mal. Le pouvoir de l'église est ici un pouvoir de création et d'objectivation ; c'est-à-dire un pouvoir de production d'un mal dont la maladie n'est qu'une expression ou une métaphore : « Vivre en société, écrit András Zempléni, c'est, on le sait, adhérer à un système particulier de méconnaissances organisées » (1975-1976 : 210).

L'église, en reconnaissant l'existence des sorciers et en proposant la transe comme remède, fait de Martine une nouvelle adepte, c'est-à-dire l'utilise comme objet de son pouvoir et comme moyen d'obtenir la reconnaissance sociale que lui refuse l'État. Si les normes idéologiques et scientifiques des institutions officielles, de pouvoir et de légitimation, que sont le Parti, l'État et la biomédecine refusent aux églises prophétiques le droit d'être considérées comme institutions compétentes de soins, le fait qu'il existe des malades de toutes les catégories sociales, parfois membres du Parti, qui y recourent pour leur guérison, et qui sont même quelquefois orientés vers elles par le personnel biomédical, suffit à expliquer la légitimité et la prégnance sociales du pouvoir des églises sur les corps et sur les esprits.

De plus, dans un contexte où le principe de la gratuité des soins qui paraissait s'assimiler à la « société nouvelle » de la Révolution ⁽¹²⁾ se contredit face à un accès inégalitaire aux soins déterminé par la possession d'un capital économique et d'un capital social (les « relations ») ⁽¹³⁾, le recours aux « sectes » présente une signification particulière : il peut constituer pour ceux des acteurs sociaux dépourvus de ces capitaux une forme de protestation contre le « règne des ordonnances » (et donc de l'argent) et des affinités particulières ; ainsi les malades peuvent-ils se retrouver dans les « sectes » pour rechercher ou pour revendiquer consciemment ou inconsciemment une « relation thérapeutique » apparemment non soumise à la logique de l'argent et du « capital social ».

Mais il n'y a peut-être pas que les inégalités et les injustices qui sont contestées dans le recours aux églises. On peut également penser que les mouvements magico-religieux actuels sont des lieux où des « logiques culturelles locales » tentent de préserver ou d'imposer un rapport au « corps malade » différent de celui imposé par les normes biomédicales. Après tout, ces mouvements (ou ceux qui leur ont été similaires) n'ont-ils pas constitué pendant la période coloniale une réponse protestataire à l'imposition de normes culturelles par le colonisateur ? Ainsi, à une relation thérapeutique « instrumentale » entre un spécialiste détenteur d'un savoir légitime et un malade qui s'efface derrière sa maladie qui est en fait la « maladie de l'hôpital », les églises substituent-elles un cadre de socialisation et/ou de guérison.

Dans ce cadre, la demande du malade ne se réduit pas à une demande de « médicaments » (gratuits ou non), mais peut comporter d'autres significations. Notamment la recherche d'une écoute, ou celle, angoissée, d'un sens à une série de malheurs ou à une maladie qui dure. C'est aussi dans ce cadre que le malade peut trouver un sens à ses « mauvais rêves » et à ses « mauvaises pensées » et où la transe peut être recherchée, provoquée et exploitée en vue de la guérison. Tout compte fait, dans le cadre que proposent les églises, les « sectes » ou cultes magico-religieux, les souffrances, les angoisses, les délires, les phantasmes du malade peuvent être communiqués et partagés réellement ou symboliquement, ce qui a pour conséquence la socialisation de l'individu et de sa maladie.

Dans une telle situation, que penser du « conflit » entre postulats idéologiques de l'État et de la biomédecine d'une part, et des croyances et représentations magico-religieuses de la maladie d'autre part ? Pour nous, ce « conflit » n'a de pertinence

(12) Il s'agit du soulèvement populaire qui avait mis fin en 1963 (les 13, 14, 15 août) au régime « pro-impérialiste, et néo-colonialiste et anti-populaire » de l'Abbé-Président Fulbert Youlou, et qui devait aboutir quelques mois après au choix de « l'option socialiste » pour le Congo.

(13) Ces « relations », qui peuvent être des relations de parenté, font qu'une personne peut être « évacuée pour raison sanitaire » en France s'il en est pourvu, et un autre, s'il en est dépourvu, recevoir des soins locaux.

que si on le situe essentiellement à un niveau idéologique, c'est-à-dire visant à occulter les contradictions véritables du système officiel : contradictions entre pouvoir de l'État socialiste et logiques marchandes dans le domaine de la santé, entre la revendication d'une société égalitaire et la réalité des inégalités sociales de santé.

*

En conclusion, les institutions de soins au Congo débordent largement la délimitation qui les réduit au secteur biomédical et aux tradipraticiens, tels que les définit l'État. Pour le spécialiste de santé publique, il paraît donc nécessaire de saisir que l'interprétation biomédicale de la maladie n'est, dans un contexte social comme celui du Congo, qu'une interprétation parmi tant d'autres situées dans des rapports de force et parfois de conflit, et que la réussite ou l'échec des initiatives en matière de politique sanitaire peuvent dépendre de la prise en compte ou non de l'ensemble de ces interprétations et de leurs relations de pouvoir.

BIBLIOGRAPHIE

AUGE M.

- 1986 « Ordre biologique, ordre social, la maladie, forme élémentaire de l'événement », in *Le sens du mal*, M. Augé et C. Herzlich eds, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 35 - 91.

BILONGO-MANENE A. & JOURDAIN G.

- 1986 « De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique », in *Journées d'Études sur Brazzaville*, Actes du colloque ORSTOM-AGECO, 491 - 501.

BOURDIEU P.

- 1982 « Les rites comme actes d'institutions », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, 43 : 58 - 63.

CLAVREUL J.

- 1978 *L'ordre médical*, Seuil, Paris.

FRIEDMAN D.

- 1978 « La ruse du pouvoir », *Autrement*, 43 : 58 - 63.
1981 *Les guérisseurs*, A. M. Métaillé, Paris.

GOMA-FOUTOU C.

- 1988 « Réflexion sur la prolifération des sectes mystico-religieuses, son influence dans la mobilisation du front anti-impérialiste », *Bulletin de liaison du Comité Central du P.C.T.*, 6 : 89 - 109.

GRUENAI S. M. E. & MAYALA D.

- 1988 « Comment se débarrasser de l'"efficacité symbolique" de la médecine traditionnelle ? », *Politique Africaine*, 31 : 51 - 61.

HERZLICH C.

- 1986 « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in *Le sens du mal*, M. Augé et C. Herzlich eds, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 189 - 215.

JOURDAIN G. & BILONGO-MANENE A.

- 1986 « De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique », in *Journée d'Étude sur Brazzaville*, Actes du colloque ORSTOM-AGECO, Brazzaville 25 - 28 avril 1986 : 491 - 501.

LAPLANTINE F.

- 1978 « Feu contre feu, Terre contre feu », *Autrement*, Paris, 15 : 98 - 108.

LOYOLA A.M.

- 1982 « Cure des corps et cure des âmes. Les rapports entre les médecines et les religions dans la banlieue de Rio », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43 : 3 - 45.

PIERRET J.

- 1986 « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne l'Hérault », in *Le sens du mal*, M. Augé et C. Herzlich eds, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 217 - 256.

TONDA J.

- 1988 « L'imaginaire du "corps malade", l'imaginaire et l'efficacité symbolique », *Cahier Congolais de l'Imaginaire*, F.L.S.H, U.M.N.G 2 : 25 - 35.
 1988 « Marx et l'ombre des fétiches : pouvoir local contre ndjobi dans le Nord-Congo », *Politique Africaine*, 31 : 73 - 83.
 1988 « Pouvoir de guérison, guérison et pouvoir dans les Eglises "hors-la-loi". Essai sur la production idéologique du "besoin de guérison" », 20 p. dactylographié.

ZEMPLINI A.

- 1975 - 1976 « Mal de soi, mal de l'autre », *Autrement*, 4 : 209 - 216.
 1985 « "La maladie" et ses "causes" », *L'Ethnographie*, 2 : 13 - 44.

DOCUMENTS

- 1984 « Troisième Congrès Ordinaire du P.C.T. » Brazzaville 27 - 31 juillet. »
 1989 « Rapport du Comité Central issu du III^e Congrès du P.C.T. », Brazzaville, février.

LA RELATION ENTRE MÉDECINS ET MALADES

Une enquête à Villeta, village colombien

Mara VIVEROS

Lorsqu'un habitant de Villeta, le village colombien où nous avons mené notre enquête, recourt aux soins, il a le choix entre différentes options. Il est au milieu d'un réseau thérapeutique où coexistent les médecins de l'hôpital, les pharmaciens d'officine, les *comadronas* (sages femmes « empiriques »), les *teguas* et les *curanderos* (nom local des guérisseurs). Il est susceptible d'être l'utilisateur des services de ces différents thérapeutes alternativement, successivement, simultanément. Pourtant, la seule pratique thérapeutique qui bénéficie d'une reconnaissance officielle dans le village est la biomédecine (hôpitaux, officines...), tandis que les autres ne sont que des alternatives plus ou moins ignorées, imputées à l'isolement des régions rurales et à la « survivance » des mentalités campagnardes arriérées.

Sans négliger ce pluralisme des recours locaux, on se propose ici d'analyser les relations établies entre la médecine officielle et les habitants du village qui y font appel ⁽¹⁾. Cette relation va être abordée à partir de représentations que chacune des deux parties se fait de l'autre. L'intérêt de cette approche est qu'à travers ces représentations il est possible d'accéder non seulement aux discours et pensées de ces différents interlocuteurs mais aussi à leurs pratiques et comportements, la représentation étant une production intellectuelle et pragmatique à la fois. En effet, la représentation est un système de valeurs qui permet aux individus de s'orienter dans leur environnement matériel et social et de communiquer leurs expériences en leur proposant un code pour unifier la façon de les nommer et les classer (Moscovici in : Herzlich 1970).

La rencontre du patient avec le système de soins est en fait la rencontre entre deux systèmes de représentations différentes : les représentations des « profanes » et les représentations des « professionnels ». Il semble pertinent alors de connaître comment les « uns » se représentent les « autres » pour fournir des éléments d'analyse de cette relation qui est souvent le lieu de malentendus et de conflits pour les parties en présence. S'il y a un décalage entre le malade et le soignant c'est parce que la relation thérapeutique est inévitablement un rapport inégal entre celui qui a le savoir et le pouvoir de guérir et celui qui demande à être guéri (Fassin 1988). Mais si la remarque vaut pour la relation du malade avec n'importe quel type de thérapeute, l'écart est encore plus évident dans le cas du médecin et des soins à l'hôpital.

(1) Il resterait à connaître plus amplement, mais ce n'est pas l'objet de ce texte, la place qu'occupe le recours à d'autres médecines dans l'ensemble des stratégies thérapeutiques des malades et les modifications qu'il entraîne dans le rapport entre la population et la médecine officielle.

Ainsi, dans une première partie, parlera-t-on des représentations qu'ont les malades, du système officiel de soins et des médecins du village, à partir des discours émis par les enquêtés sur l'hôpital et sur les consultations médicales. Puis, dans une deuxième partie, on décrira comment les soignants du système officiel de santé se représentent les malades et leurs pratiques thérapeutiques. Finalement on fera une mise en perspective de ces deux systèmes de représentations à travers l'analyse de la relation thérapeutique à l'hôpital et en cabinet privé. La relation entre le médecin et son malade sera considérée comme un échange qui s'établit non seulement entre « l'expérience vécue du malade et le savoir thérapeutique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin » (Laplantine 1986 : 23).

1. LIEUX ET MÉTHODES

1.1. Le terrain de l'enquête : Villeta

Villeta est un des *municipios* ⁽²⁾ du département de Cundinamarca où se trouve la capitale du pays, Bogota. Il est situé à 87 km de la capitale. La majeure partie de son territoire est montagneuse tandis que la partie urbaine (le chef-lieu) se trouve à 800 m. au-dessus du niveau de la mer. Villeta vit un intense processus d'urbanisation qui dépeuple progressivement la campagne et accentue le problème du chômage urbain, qui atteint 10% de la population active (Querubin de Mercedes 1983). Sa population est de 19 500 habitants, dont 51 % sont dans la zone urbaine et 49 % dans les *veredas* ⁽³⁾ (données du dernier recensement de la population). Ses principales activités économiques sont le commerce, le tourisme, la culture de la canne à sucre et sa transformation en panela (pain de sucre). Il existe aussi un commerce informel représenté par les ventes, ambulantes ou non, de beignets, boissons, cigarettes, etc. dans les rues.

A la campagne, les terres sont pour la plupart exploitées familialement et la taille des parcelles ne dépasse pas cinq hectares pour 64 % du total des exploitations agricoles (Jaramillo 1983). En milieu urbain, le tourisme crée des emplois sporadiques ou occasionnels, considérables par rapport à ceux qui sont générés par le commerce établi formellement. Un faible pourcentage de la population active locale exerce une activité salariée de façon régulière.

Quant aux services publics, seuls 64 % de la population urbaine et 14 % de la population rurale bénéficient de services d'adduction d'eau, de réseau d'égouts et d'un réseau d'électricité. Villeta est relié à Bogota par l'autoroute qui va de la capitale à Medellin (la seconde ville du pays). La communication entre les *veredas* et le chef-lieu n'est pas toujours facile ; surtout pour les *veredas* plus éloignées de la zone urbaine ou situées dans des régions plus accidentées. Des écoles dépendant de la municipalité dispensent quelques années d'instruction primaire aux enfants qui habitent la zone rurale. Dans le chef-lieu, Villeta possède sept établissements d'enseignement primaire et trois d'enseignement secondaire. Bien que les nouvelles générations atteignent un niveau de scolarité plus élevé que celui de leurs parents, les taux d'abandon scolaire, spécialement dans la zone rurale, continuent d'être élevés.

(2) *Municipios* : divisions administratives à l'intérieur des départements.

(3) *Veredas* : unités de voisinage rural.

En matière de services médicaux, il y a un hôpital (avec 60 lits, 3 médecins et 34 paramédicaux) qui offre les services de consultation externe en pédiatrie, obstétrique et urgences. En revanche, l'absence de médecins spécialistes oblige les habitants de Villeta à se déplacer jusqu'à Bogota pour ce type de recours. Dans le secteur public, il y a de plus un poste rural de santé et un dispensaire de la Sécurité Sociale ; dans le secteur privé, cinq cabinets médicaux et onze pharmacies situées dans le quartier central du bourg. Les habitants de Villeta recourent par ailleurs à des *teguas* ou *curanderos*, à des *comadronas*, à des masseuses ; d'autres recourent à des « médecines spirites » ou encore à des bénisseurs ; d'autres optent simplement pour la prière. Cette pluralité médicale explique que le recours à l'hôpital et aux médecins privés ne soit qu'une alternative thérapeutique parmi d'autres et une halte dans le parcours du malade à la recherche de sa guérison.

Il faut aussi avoir présent à l'esprit que, le plus souvent, la population de Villeta se soigne d'abord elle-même, et qu'elle ne fait appel au médecin (ou aux autres thérapeutes) que lorsqu'elle devient incapable de continuer à réaliser ses tâches quotidiennes et que les savoirs thérapeutiques familiaux s'avèrent inefficaces pour contrecarrer la maladie.

1.2. Quelques remarques méthodologiques

Les résultats présentés ici font partie des données recueillies pour une enquête qui s'est déroulée à Villeta entre 1983 et 1986.

La première étape de l'enquête correspond à un séjour de six mois dans le village en 1983 qui nous a permis de réaliser une série d'entretiens semi-directifs auprès de 31 foyers, 25 dans la zone rurale et 6 dans la zone urbaine. La deuxième étape à un séjour de quatre mois en 1986 qui a eu pour objectif l'application de 100 questionnaires élaborés à partir du matériel rassemblé auparavant.

Vu le caractère exploratoire du premier contact avec le « terrain », nous avons choisi d'utiliser d'abord un instrument de recherche souple : l'entretien semi-directif. Les enquêtés devaient raconter l'histoire des maladies survenues dans leur famille. On essayait d'obtenir de la façon la plus spontanée des informations diverses relevant du domaine de la maladie : les stratégies employées pour résoudre leurs problèmes de santé ; leurs perceptions et définitions de la santé et la maladie ; leur évaluation des services médicaux locaux, leurs itinéraires thérapeutiques. Notre participation se limitait à des relances pour les encourager à parler ou à approfondir certains thèmes. Plutôt que de privilégier les conversations avec les spécialistes ou avec les gens censés avoir une bonne connaissance sur le mode de vie local, nous avons choisi d'enquêter auprès des gens « ordinaires » rencontrés plus ou moins au hasard et donc considérés comme représentatifs en ce qui concerne les connaissances et pratiques thérapeutiques opératoires dans la vie quotidienne de cette population. Les familles des plus hauts revenus ont été rejetées car elles ne semblent pas dépendre du réseau thérapeutique local pour résoudre leurs problèmes de santé. De ce fait, la population interrogée est assez homogène socialement (gardiens de résidences secondaires, ouvriers agricoles, petits paysans, petits commerçants, employés de pharmacie, etc.).

Après cette phase qualitative nous avons appliqué, dans un second temps, un questionnaire auprès d'un échantillon de la population (100 personnes réparties selon des variables d'appartenance sociale, de lieu d'habitation, de sexe et d'âge) afin de préciser par des données chiffrées les hypothèses élaborées au cours de la première phase. En particulier le rapport entre une perception de la maladie, comme l'incapacité de travailler, et l'appartenance sociale des sujets interrogés lors de notre premier séjour. Le faible nombre de personnes qui composent l'échantillon s'explique

fondamentalement par le caractère de cette recherche. Plus qu'une étude de la distribution statistique des notions et des comportements face à la santé et à la maladie, ce travail prétend faire une analyse approfondie des discours et des pratiques thérapeutiques de cette population.

Tant nos entretiens que nos questionnaires (4) se sont déroulés chez les gens. L'enquête au domicile du sujet a été considérée comme une situation propice pour créer des relations de confiance avec lui, condition préalable pour que les enquêtés se prêtent à une conversation sur un thème perçu comme intime, car relatif au corps. D'autre part, aller chez les gens nous a permis de connaître leur cadre de vie, d'observer leur vie quotidienne et de recueillir des données qui ne pouvaient s'obtenir que par observation directe.

2. REPRÉSENTATIONS DES SOINS A L'HOPITAL : LE POINT DE VUE DES MALADES

Si nous avons choisi, comme « indicateur » de la relation des enquêtés à l'institution médicale, l'évaluation qu'ils font de l'hôpital c'est parce que celui-ci est sans doute l'élément le plus représentatif de la culture médicale. En effet, l'hôpital est le lieu où se concrétise l'image de la médecine officielle (« scientifique », « rationnelle », « efficace »), il est l'endroit où se concentrent les pratiques thérapeutiques biomédicales.

Avant d'aborder les représentations que les habitants se font des services de l'hôpital, il faut rappeler que la maladie pour les habitants de Villeta est en premier lieu une affaire de famille. Les résultats de nos entretiens et questionnaires montrent que la prise en charge de la plupart des maladies repose en première ligne sur l'environnement familial et plus spécialement féminin. Avant de faire appel à l'hôpital, aux médecins ou à n'importe quel autre recours thérapeutique extérieur, la maladie est vécue et traitée dans le milieu familial. Les mères sont les premières à intervenir avec leur savoir thérapeutique quand un problème de santé se pose à l'intérieur de la famille. Lors de notre enquête, nous avons demandé aux sujets de dire à propos de quatre « maladies courantes » dans le village, quelles étaient les démarches thérapeutiques suivies (cf. encadré) et d'ordonner les réponses s'il y avait plusieurs recours utilisés. (5) Dans les quatre cas, les soins à la maison viennent en tête.

L'intervention médicale n'est requise qu'au moment de « l'aggravation des maladies » (attribuée souvent à l'apparition de symptômes tels que la fièvre, les vomissements, les douleurs aiguës), seuil déterminé en fonction des habitudes, des expériences et de la sensibilité du groupe familial. Le recours aux médecins et/ou à l'hôpital est donc une étape postérieure dans l'itinéraire thérapeutique du malade. Situer ce recours à l'intérieur d'un processus de traitement de la maladie nous permettra de mieux comprendre le contenu des évaluations des enquêtés à l'égard de l'hôpital et de services médicaux.

(4) Voir annexe.

(5) Il faut néanmoins signaler que ce type d'interrogations sur un cas théorique n'est pas l'instrument le plus adéquat pour aborder le problème des différents recours thérapeutiques utilisés. Pour obtenir des réponses fiables il faudrait se baser sur des observations en situation ou sur des enquêtes approfondies au sujet de l'histoire de ces maladies.

L'analyse se centre surtout sur l'évaluation des services de l'hôpital Salazar faite par nos enquêtés dans les entretiens réalisés au cours du premier séjour au village. Il est difficile et même délicat d'évaluer un service sur la base des observations que font ses utilisateurs puisque de multiples facteurs interviennent dans le jugement émis par les malades. Ces facteurs peuvent être autant leur expérience personnelle que les problèmes conjoncturels ou structurels que connaît l'hôpital. Le processus de formation d'une opinion est si complexe qu'une évaluation négative peut provenir aussi bien d'une expérience courte – consultation externe sans répercussions d'importance – que d'une expérience pénible – mort d'un parent – due à l'erreur professionnelle ou institutionnelle de l'hôpital. Aussi faut-il tenir compte du fait que dans l'énonciation d'un jugement, il y a plusieurs registres (temporels, structurels, affectifs, culturels) qui se superposent.

Par ailleurs, il n'a pas été possible d'ordonner dans le temps les évaluations des services de l'hôpital parce que nous n'avons eu des éléments chronologiques des expériences dont l'utilisateur n'a parlé que dans les cas exceptionnels. C'est pourquoi nous avons dû analyser ensemble des opinions dont les expériences ont eu lieu à des périodes très différentes, durant lesquelles les caractéristiques du service ont changé considérablement. Néanmoins nous estimons que les opinions exprimées, indépendamment de la période de l'expérience, peuvent apporter des éléments explicatifs sur l'attitude des usagers face aux services de l'hôpital. Ainsi, si la dernière expérience est négative, l'utilisateur peut s'abstenir d'utiliser les services de l'hôpital une prochaine fois. Nous présentons ici quelques résultats significatifs.

2.1. Ils jugent mauvais l'hôpital même s'ils n'y vont jamais

Pour des raisons analytiques, la variable opinion exprimée sur le service, et la variable fréquence de son utilisation, ont été croisées. Les données ont été ordonnées selon le lieu d'habitation de l'utilisateur, urbain ou rural.

Tandis que la plupart des enquêtés urbains pensent que le service de l'hôpital est bon, dans la zone rurale seulement le cinquième d'entre eux partagent cette opinion (tableau I). Plus de la moitié des enquêtés de la zone rurale considèrent que le service de l'hôpital est mauvais, opinion provenant, pour la plupart, de personnes qui, malgré leur évaluation négative de l'hôpital, sont obligées de l'utiliser, que ce soit à cause de leur revenu limité, ou parce que le type de services demandés ne sont offerts dans la région que par l'hôpital local ; cependant, parmi les ruraux qui jugent mauvais les services de l'hôpital, un tiers s'abstiennent de l'utiliser préférant se déplacer sur des longues distances avant d'y avoir recours. Une de ces personnes justifie son comportement de la façon suivante : « *L'hôpital est moins cher mais je n'ai pas confiance dans les médecins de l'hôpital. Par exemple, on a emmené ma mère qui était dans un état grave à l'hôpital et on lui a ordonné des médicaments qui ont empiré son état. A Guaduas, je connais un monsieur A., j'ai foi en lui parce que c'est lui le seul qui nous a tous remis...* » (femme paysanne, 43 ans, études primaires).

En général, on peut affirmer que les opinions sur les services de l'hôpital sont assez polarisées. Seulement deux personnes ont évalué le service comme moyen. Cette polarisation pourrait s'expliquer par le fait que le vécu à l'hôpital et ce qu'il comporte (solitude, éloignement du milieu familial, soumission aux lois d'une organisation de travail hiérarchisée) est un événement trop important dans la vie de quelqu'un pour être perçu comme un fait neutre.

On a vu que la plupart de ceux qui évaluent le service comme bon habitent la zone urbaine de Villeta. Cela peut nous suggérer d'une part que l'accès à l'hôpital est moins difficile pour eux : les contraintes de temps, les files d'attente sont vécues de façon

Guide d'entretien

N'est présenté dans le détail que le troisième volet de ce questionnaire.

I - Renseignements généraux sur l'enquêté.

Nom, sexe, âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, religion, localisation et caractéristiques du lieu de résidence : équipement et pratiques sanitaires, statut professionnel et revenus.

Soit 29 questions.

II - Représentations de la santé et de la maladie

A partir de différentes approches, définitions par les enquêtés des notions suivantes : la santé, être bien portant, la maladie, être malade.

Soit 22 questions.

III - Scénarios

Nous aimerions maintenant vous décrire l'état d'une personne et vous poser quelques questions à son sujet :

- A - Le petit José Mahecha a cinq ans. Il habite chez sa famille. Samedi matin le petit a eu la colique trois fois. Sa mère lui a offert à manger mais l'enfant n'a pas voulu manger. L'après-midi il a continué d'avoir la colique. En plus, il a vomi, il est devenu très pâle et a refusé de jouer avec ses frères et sœurs. Quand sa mère l'a touché, elle s'est rendue compte qu'il avait de la fièvre et la bouche sèche.
- B - Delfina Delgado a 30 ans. Elle demeure près de la rivière. Un jour, vers 6 heures, lorsqu'elle rentrait chez elle après avoir lavé son linge dans la rivière, elle a éprouvé une démangeaison brûlante à la hauteur de l'avant-bras. Peu de jours après elle s'est aperçue qu'elle avait un bouton, comme une tâche rose. Ensuite le bouton s'est agrandi et ses bords sont devenus rouges et épais. Le bouton n'est pas cicatrisé.
- C - Clara Lucia, fille cadette de la famille Ortiz Roa, est souffrante depuis des jours, abattue par un malaise général. La fille a le corps chaud, les yeux rouges et larmoyants, le nez bouché et des petits boutons partout.
- D - Don Pedro Galvis est depuis une semaine avec une cataracte et une toux permanentes. Don Pedro dit qu'il a une sorte d'oppression sur la poitrine et qu'il respire de façon saccadée. La toux qui au début était sèche est en train de lui produire de la glaire.

Questions :

- | | |
|--|---|
| <p>a) D'après vous qu'arrive-t-il à la personne ?</p> <p>b) Direz-vous qu'elle est malade ou non ?</p> <p>c) Si oui, est-ce que sa maladie est grave ?</p> <p>d) Pourquoi est-elle tombée malade ?</p> <p>e) Que feriez-vous si vous étiez à sa place ?</p> <p>f) A qui demanderiez-vous conseil ?</p> <p>g) Pensez-vous que la personne a besoin d'une aide spéciale ? Laquelle ?</p> <p>h) Indiquez dans la liste suivante les démarches que vous feriez dans le cas de cette personne ou de sa famille ?</p> <p>J'aurais recours à :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - remèdes de famille</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - médicaments</p> | <p><input type="checkbox"/> 3 - sage-femme, ou « comadrona »</p> <p><input type="checkbox"/> 4 - guérisseur, ou « tegua »</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - pharmacien ou pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> 6 - agent de soins primaires</p> <p><input type="checkbox"/> 7 - médecin</p> <p><input type="checkbox"/> 8 - l'hôpital</p> <p><input type="checkbox"/> 9 - laisser passer, ne rien faire</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - autres (préciser)</p> <p>i) Ordonnez vos réponses s'il y en a plusieurs.</p> <p>j) Selon vous, que faut-il faire pour éviter la maladie de cette personne ?</p> <p>k) Qui a le plus de chance d'avoir cette maladie d'après vous ?</p> <p>l) Comment appelle-t-on chez vous cette maladie ?</p> <p>m) Connaissez-vous des remèdes de famille pour cette maladie ?</p> |
|--|---|

moins aiguë ; ces difficultés, au contraire, occupent une large place dans le mécontentement des habitants des zones rurales. D'autre part, nous pouvons penser aussi que les normes urbaines de comportement face à la santé et à la maladie, modelées par un contact plus fréquent avec l'institution médicale, s'adaptent mieux aux services fournis par l'hôpital local. Les évaluations faites par les enquêtés incluent des expériences vécues par d'autres membres de leur entourage social que ce soit pour confirmer, nuancer ou contraster les opinions personnelles, comme le montrent les exemples suivants : « – *Et que pensez-vous des services de l'hôpital Salazar ? – Je pense qu'on vous fait attendre pour vous donner des médicaments, qu'on vous soigne à bride abattue et qu'il faut payer d'abord pour qu'on vous soigne, même une coupure. Même une femme qui est allée à cause d'une forte douleur dans le creux de l'estomac, a dû rester cette nuit et le médecin l'a examinée et ne lui a rien trouvé, et elle a dû payer 1500 pesos* ⁽⁶⁾ *pour le dîner, le petit déjeuner et le déjeuner* » (femme paysanne, 42 ans, études primaires). « *Il y a quinze jours je suis allée à l'hôpital, il y avait une longue queue pour les consultations et trois médecins pour soigner tous ces gens ; une femme est arrivée autour de 8 heures du matin, elle était déjà venue à 2 heures du matin et on n'avait pas voulu soigner son enfant au service des urgences. L'enfant avait eu des convulsions dues à une forte fièvre mais on n'a pas voulu le soigner parce qu'il y avait beaucoup de malades qui étaient arrivés aussi, des blessés, des accidentés, alors on lui a donné rendez-vous avec le docteur G., un docteur pastuso (de la ville de Pasto). Mon rendez-vous était justement avant celui de cette femme, l'enfant a eu alors une convulsion et après il est devenu raide et sa mère, dans un accès de rage, a donné des coups de pied contre la porte du cabinet. Le docteur, furieux, lui a dit : je ne vous soigne pas votre enfant, emmenez-le au service des urgences, c'est un problème pour les urgences. Mais le service des urgences l'avait renvoyée le matin à la consultation médicale ; c'est incroyable ! on se met à penser que ça peut arriver aussi à nous, imaginez-vous arriver à l'hôpital avec un enfant dans ces conditions et avoir une réponse de ce style. Si j'étais dans son cas, Dieu ne le veuille pas, je préférerais m'adresser à Monsieur C., le pharmacien* » (femme paysanne, 41 ans, études primaires).

2.2. L'hôpital est un lieu inaccessible

Selon les réponses des enquêtés (tableaux II et III), le principal problème de l'hôpital est celui de son accessibilité, dû aux longues attentes, à l'horaire réduit du service, au mauvais service nocturne. Néanmoins, dans environ un quart des cas le service de l'hôpital a été jugé d'accès facile et immédiat dans les horaires diurne et nocturne, ce qui montre une fois de plus la relativité d'une opinion. Dans les entretiens, on trouve une constante allusion aux longues files d'attente, dans des conditions pénibles, pour justifier la non utilisation des services de l'hôpital et le recours aux médecins privés. Ces difficultés sont perçues avec plus d'intensité par les usagers, si on tient compte que la plupart d'entre eux n'ont recours à l'hôpital que lorsque la maladie est déjà avancée, dans les cas de grossesse, d'urgence ou d'intervention chirurgicale. Comme le dit une de nos enquêtées : « *On pourrait améliorer le service des urgences. Par exemple, si on arrive avec un blessé et qu'il y a d'autres blessés qui attendent, on peut frapper à la porte mais tant qu'on n'a pas fini de soigner ceux qui sont à l'intérieur, on ne s'occupe pas de ceux qui sont dehors. Alors, avec un blessé ça peut être délicat. Même pour se faire administrer une piqûre, c'est*

(6) En 1983 (date de l'entretien) un franc équivalait à onze pesos colombiens.

lent ; c'est pourquoi on se décourage, parce qu'on perd beaucoup de temps » (femme paysanne, 41 ans, 2 ans d'études primaires).

C'est pour éviter tous les aspects pénibles des services proposés par l'hôpital que les familles du village disent préférer aller chez les médecins privés. Pour une population qui vit principalement du travail agricole dans les *veredas* (unités de voisinage rural) éloignées du bourg (où se trouvent les pharmacies, les cabinets médicaux et l'hôpital), se déplacer, pour se soigner, représente un énorme effort de temps et d'argent. Les femmes qui ont plusieurs enfants en bas âge ne peuvent pas non plus les emmener tous à la consultation médicale. C'est pourquoi ils préfèrent payer un médecin privé et bénéficier de facilités telles que des horaires plus souples et des attentes moins longues.

2.3. L'hôpital néglige ceux qui n'ont pas d'argent

Le problème qui occupe la deuxième place dans les critiques des enquêtés est ce qu'ils appellent « la discrimination sociale à l'intérieur de l'hôpital ». Ils ont l'impression qu'on accorde la priorité aux patients qui peuvent payer les services et que la qualité de ces mêmes services est meilleure pour eux. C'est ainsi qu'ils critiquent l'hôpital « *parce qu'il s'occupe mal ou pas du tout des patients avec des faibles revenus* » (femme paysanne, 32 ans, études primaires). L'idée que les services de l'hôpital devraient être gratuits est très répandue parmi eux et nombreux sont ceux qui qualifient comme un abus l'exigence d'un paiement à l'avance des consultations.

Les personnes interrogées disent qu'à l'intérieur de l'hôpital se reproduisent les rapports inégaux de classe qui existent dans la société. Les paysans parlent constamment d'une attention différenciée selon la classe sociale et manifestent leur sentiment d'exclusion : « *Les pauvres paysans, on ne les écoute pas ; on leur fait la sourde oreille, il se peut qu'ils aient besoin de quelque chose, il se peut qu'ils le demandent, mais c'est très difficile qu'ils obtiennent ce qu'ils veulent parce qu'aujourd'hui ce qui vaut c'est l'argent, et que ces gens grands et en cravates regardent d'un mauvais oeil le pauvre paysan.* » (homme paysan, 38 ans, 2 ans d'études secondaires). La critique adressée aux institutions de santé se transforme facilement en une mise en question du gouvernement et du pouvoir de l'État et devient l'occasion d'exprimer ouvertement leur mécontentement devant cette situation d'oppression sociale : « *On ne sait pas pourquoi le service à l'hôpital fonctionne mal, si c'est à cause des médecins et des infirmières, si c'est à cause du gouvernement, peut-être ces ordres viennent d'en haut n'est-ce pas ? On ne peut pas savoir, c'est qu'ici on ne s'occupe que de ceux qui ont des sous* » (homme paysan, 45 ans, études primaires).

Cette critique des institutions de santé n'est pas sans rapport avec une interprétation de la maladie où les conditions d'existence, voire la pauvreté, sont signalées comme causes de maladie. Pour certains de nos enquêtés, la maladie est le signe visible, l'incarnation de la discrimination sociale dont ils sont l'objet.

2.4. Mauvais diagnostics et traitement inefficaces

Deux autres critiques sont adressées à l'hôpital, toutes les deux se rapportent à la qualité des services. La première qualifie le service de mauvais parce que les diagnostics et les traitements n'ont pas contribué à la guérison du patient. La deuxième fait allusion au manque d'équipement et de personnel médical et paramédical qualifié. Certains parmi les enquêtés ont attribué les problèmes de l'hôpital à la faible qualification du personnel médical et paramédical et à l'absence de médecins

spécialistes. La plupart de ces enquêtés sont des patients qui ont dû être renvoyés à d'autres services plus grands ou spécialisés, parce que l'hôpital de Villeta n'était pas en mesure de traiter leur problème de santé.

2.5. La considération et le coût : deux questions polémiques

Deux des questions les plus controversées sont celles qui concernent le traitement donné aux patients par le personnel hospitalier et le coût des services offerts par l'hôpital. Il y a autant de réponses qui abordent ces aspects en termes négatifs qu'en termes positifs.

La plupart des critiques qui insistent sur la mauvaise considération dont les malades font l'objet proviennent de femmes qui ont accouché à l'hôpital. Une des enquêtées raconte à ce propos : « *Lors de l'accouchement de ma petite fille, je suis allée à l'hôpital à 4 heures du matin parce que je savais que c'était le moment où elle allait naître ; les infirmières m'ont examinée et m'ont dit : vous êtes en avance, l'enfant n'est que pour demain. Après le médecin est arrivé et m'a dit la même chose. Mais je n'en pouvais plus, je sentais que ma fille allait sortir. Je me disais : Sainte Vierge Bénie si ça continue comme ça je vais mourir... A cinq heures elles m'ont dit d'arrêter de me plaindre, qu'il n'était pas encore temps... et l'enfant est arrivé... je me suis allongée... elle est arrivée là sur le lit. Les infirmières sont arrivées en criant : l'enfant est née ! et elles ont dit : cette femme a tout gâté. Et je leur ai répondu : c'est vous qui avez tout gâté parce que vous êtes des médecins et des infirmières et alors pourquoi me dire que mon enfant n'allait pas naître aujourd'hui...* » (femme paysanne, 33 ans, études primaires). Néanmoins, plus de la moitié des vingt-quatre enquêtées ont évalué ce même service comme satisfaisant. Pour deux d'entre elles, le bon traitement est dû au fait qu'elles ont payé ; malgré cette appréciation une femme qui a été soignée quasi gratuitement nous dit : « *Ils ont été très attentionnés à mon égard, les médecins et les infirmières... la nourriture aussi était bonne... j'ai été prise en charge et j'ai été bien traitée... on ne m'a demandé que 750 pesos pour trois jours d'hospitalisation...* » (femme paysanne, 32 ans, études primaires). En ce qui concerne le coût des services offerts par l'hôpital, on note autant d'avis positifs que négatifs.

De façon générale on pourrait dire que l'hôpital de Villeta est considéré par ses usagers comme une institution présentant plus d'inconvénients que d'avantages. Toutefois il faudrait se demander pourquoi il existe cet écart entre un discours sur l'hôpital plutôt négatif et un comportement de grande fréquentation qui semblerait manifester une appréciation positive. Le rapport entretenu par les habitants de Villeta avec l'hôpital est ambigu : ils sont critiques au sujet de la qualité du service reçu mais, en même temps, ils ne le rejettent pas, considérant que c'est un droit qui leur revient. Disposer d'équipements et de services médicaux signifie pour eux ne pas être exclus de la vie sociale. Dans le même sens, tenir un discours critique par rapport aux institutions médicales exprime leur besoin d'affirmer une identité sociale.

Si l'hôpital ne « produit » pas directement les inégalités d'accès aux soins, il est pourtant perçu comme le lieu où se consolident et se renforcent ces inégalités. Le patient des classes populaires (qui constitue la majorité de la clientèle de l'hôpital) ne vit pas sa relation avec les médecins comme une relation individualisée mais comme un rapport avec l'institution médicale, avec ceux qui sont du côté du savoir et du pouvoir dominant (Boltanski 1970). Entrer à l'hôpital est pour lui se déposséder de son identité sociale, seul point de repère par rapport au médecin, pour se soumettre à l'anonymat de l'institution médicale. Le contenu des critiques portées sur l'hôpital révèle les différentes situations objectives et subjectives dans la hiérarchie sociale des enquêtés et manifeste leur insatisfaction face au système médical et plus largement au système social (Azougli 1989).

3. MALADES ET THÉRAPEUTES POPULAIRES : LE POINT DE VUE DES MÉDECINS

Après avoir montré comment les malades se représentent les services hospitaliers, on peut se déplacer vers l'autre versant de la relation thérapeutique à l'hôpital : les médecins. On les situera d'abord dans l'espace social du village pour montrer ensuite quelle est leur perception des malades, appartenant aux classes populaires pour la plupart, et leurs pratiques thérapeutiques (qui comprennent aussi bien la « médecine » familiale que le recours aux différents spécialistes de la médecine populaire).

3.1. Qui sont les médecins qui exercent dans l'hôpital Salazar de Villeta

Dans le haut de la hiérarchie de l'hôpital se situe son directeur dont l'essentiel de l'activité consiste à gérer les ressources économiques, matérielles et humaines de l'hôpital. Issu d'une famille de classe moyenne établie depuis longtemps dans la région, le directeur de l'hôpital reçoit sa clientèle dans son cabinet privé, situé sur la place centrale du bourg, lieu de passage et de concentration commerciale. Outre les habitants du village, il reçoit des clients des régions voisines qui viennent les mercredis ou les samedis, jours de marché, vendre ou acheter des marchandises.

En dehors du directeur de l'hôpital et d'un ou deux médecins établis depuis longtemps dans le bourg, les soins de santé à l'hôpital sont à la charge d'un jeune médecin récemment diplômé, contraint par l'université d'effectuer une année de service social dans les zones rurales. De façon générale, les jeunes médecins dans cette situation perçoivent cette année de service comme une année de sacrifice. Plusieurs facteurs à notre avis expliquent leur attitude : d'une part, leur intérêt va à l'orientation curative de la pratique médicale urbaine ; d'autre part, de par leur origine sociale (couches sociales moyennes et aisées), ils ne partagent aucune valeur culturelle avec la grande majorité de leurs patients. Pendant cette « année rurale », leur activité se réduit à des consultations dans l'hôpital, dans le dispensaire de la Sécurité Sociale ou dans le poste de santé, au détriment d'une approche globale des problèmes de santé de la population dont ils s'occupent. La politique du Ministère de la santé ne contribue pas non plus à changer cette situation : ses programmes de soins privilégient l'élargissement de la couverture sanitaire, et non pas son adéquation aux besoins des populations. Cette inadéquation de la pratique médicale par rapport aux pathologies locales montre les contradictions entre un discours officiel qui vante la prévention, les soins de santé primaires, la participation communautaire, et une pratique fondamentalement curative.

3.2. Comment ils se représentent leur tâche

Etant donné que les médecins qui soignent à l'hôpital de Villeta sont directement confrontés aux membres des classes populaires, leurs représentations des classes populaires interviennent dans leur pratique de la médecine et dans le type de rapport qu'ils établissent avec leurs patients.

Ils caractérisent les malades des classes populaires par leur « ignorance » et leur « négligence » : *« Les gens des campagnes ne vont consulter le médecin qu'à la dernière minute quand l'enfant est gravement malade, presque mourant. Une mère a amené ici (à l'hôpital) un enfant après une diarrhée qui durait depuis cinq jours et l'enfant est mort. Il était trop tard. Ce sont des cas courants ici chez les gens des campagnes, je ne sais pas si c'est par ignorance ou n'importe quoi d'autre, mais les*

gens emmènent leurs enfants trop tard. » (médecin travaillant à l'hôpital). « Si les enfants ont tellement de maladies parasitaires, c'est aussi parce que leurs parents ne font pas attention à bouillir l'eau. L'hôpital mène des campagnes éducatives pour apprendre aux gens qu'il faut bouillir de l'eau, qu'il faut se laver les mains, qu'il faut laver les fruits, mais la plupart des gens ne le font pas parce qu'ils sont très négligents. » (médecin travaillant à l'hôpital).

Cette « ignorance » n'est pas pour les médecins le seul fait de ne pas avoir d'éducation mais aussi le fait d'avoir recours à des pratiques « magiques » et « superstitieuses », le fait d'affirmer un savoir sur le corps autre que le savoir médical : *« Les gens des campagnes utilisent beaucoup de remèdes-maison, mais pour une diarrhée, surtout quand elle se prolonge, à quoi ça sert de prendre une tisane de camomille ? »* (médecin travaillant à l'hôpital).

En disqualifiant ces recours, les médecins expriment le rejet d'une certaine représentation du corps et des maladies qui ne correspond pas à celle de la biomédecine, la seule qui peut fournir à leurs yeux une explication scientifique des maladies. Et ce refus inclut aussi bien les pratiques populaires en matière de soins que les démarches auprès des spécialistes du système parallèle de santé.

3.3. Comment ils se représentent les « médecins populaires »

Parmi les thérapeutes populaires consultés par la population, les médecins distinguent deux types de thérapeutes : ceux qui peuvent « s'intégrer au système officiel de santé », comme le prône l'Organisation Mondiale de la Santé, et ceux qui constituent « un obstacle pour l'exercice de la pratique médicale ».

Parmi les premiers, l'exemple des *comadronas* illustre bien l'intégration proposée. Les *comadronas* sont des femmes généralement âgées auxquelles les femmes font encore appel lors des accouchements. Elles disent avoir acquis leur savoir de façon empirique au contact d'autres *comadronas* plus âgées qui font partie souvent de leur groupe familial, ou bien le posséder de façon innée. Leur activité déborde la pratique des accouchements et comprend aussi le guérison des maladies infantiles, surtout celles qui ne sont pas reconnues par les médecins (comme *el susto*, *el descuaje*, *el yelo*, des maladies gastro-intestinales). Les accouchements tendent de plus en plus à se faire à l'hôpital, pour les nouvelles générations, ce qui réduit le champ d'action des *comadronas* et leur autonomie par rapport aux institutions médicales. A l'heure actuelle, certaines *comadronas*, encouragées par les médecins de l'hôpital suivent des formations à l'hôpital. Aux yeux des médecins, cette action devrait permettre de répondre aux besoins des populations qui, pour des raisons diverses, ne sont pas couvertes par les institutions officielles. Dans ces cas, les *comadronas* sont envisagées comme des adjoints qui aident les médecins dans leur tâche. Aux yeux des *comadronas*, chercher la reconnaissance des médecins de l'hôpital signifie aussi chercher à bénéficier de la légitimité du système médical officiel, aussi bien par rapport à leur clientèle que par rapport à l'ensemble du champ thérapeutique.

Quant au deuxième type de thérapeute populaire, il s'agit souvent de spécialistes qui font intervenir des principes surnaturels dans leur activité de guérison, le recours au pouvoir surnaturel définissant la spécificité et l'efficacité de leur pratique curative. Dans l'ensemble de l'offre thérapeutique, ils se situent en opposition et en concurrence vis-à-vis de la médecine officielle (ce qui ne permet pas d'envisager une possible intégration avec elle). Les médecins expriment en général un rejet de ces agents de la médecine populaire, les qualifiant de « charlatans qui ne guérissent rien » et les rendant responsables de l'aggravation de certaines maladies, voire de la

mort. Les médecins plus jeunes adoptent une autre position : celle d'admettre les compétences de certains thérapeutes dans le domaine psychologique, réconfortant le malade, l'encourageant à suivre les traitements médicaux. Mais combien de thérapeutes sont prêts à accomplir cette tâche aussi docilement ? Combien se limiteraient à être les auxiliaires psychologiques des médecins ?

L'attitude hostile des médecins vis-à-vis des thérapeutes populaires peut s'expliquer par le fait que les malades recourent pour la plupart et à des degrés divers à la médecine populaire, ce qui les met en situation de concurrence vis-à-vis d'elle. En plus, l'attitude des patients des classes populaires à leur égard tend à leur rappeler qu'ils ne sont qu'une alternative parmi d'autres et que leur pratique professionnelle est jugée plus en fonction de son efficacité que de la légitimité de son savoir. Une femme (études primaires) dit à ce propos : *« J'ai confiance en tous les deux (l'homéopathe et le médecin), même si à un moment d'urgence j'ai recours au médecin parce que c'est lui qu'on trouve le plus vite aussi dans le village. Mais c'est l'homéopathe qui nous a remis tous en bonne santé dans la famille. »*

4. LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

Les discours des médecins de l'hôpital à propos des malades se confrontent aux discours que les malades tiennent sur l'hôpital au moment de la consultation médicale, même si parfois cette rencontre est silencieuse. Que recouvre ce silence ?

Le rapport entre le médecin de l'hôpital et son malade est une relation établie entre le représentant d'une institution et un individu isolé de son groupe social. Cette relation déséquilibrée est vécue par le malade à travers l'opposition entre « nous » et les « autres », les médecins de l'hôpital appartenant au monde des « autres ». Le couple d'opposition « eux » et « nous » lui sert à généraliser des situations vécues individuellement, à marquer son identité et à organiser son rapport au monde social (Loyola 1983). Le monde des « autres » est surtout le monde des classes dominantes : la distance qui sépare le « profane » du « professionnel » s'agrandit par l'écart entre l'origine sociale des médecins et celle des patients.

Si on analyse le comportement des médecins de l'hôpital vis-à-vis des malades des classes populaires, on peut observer combien il est marqué par la conviction que ce sont l'ignorance et la négligence qui sont à l'origine de la plupart de leurs maladies. C'est pourquoi ils se sentent dans l'obligation de transformer toute consultation médicale en une occasion pour « éduquer » le patient et lui inculquer les « bons » principes d'hygiène et d'alimentation. Et cette « éducation » a un caractère paternaliste cherchant à imposer un autre comportement par rapport au corps et à la maladie sous couvert d'une attitude de bonhomie. Comme ils tablent *a priori* sur « l'ignorance » des patients des classes populaires, ils ne leur font pas part du diagnostic, ils simplifient les explications et ne mentionnent que la façon de prendre les médicaments.

Pire encore, certains médecins infantilisent leurs malades, ne leur laissant aucune responsabilité sur eux-mêmes, en exagérant les risques encourus par le patient s'il ne suit pas sagement l'ordonnance médicale : *« Ici il y a des gens à qui il faut faire peur pour qu'ils prennent le traitement complet. Je ne leur fais pas confiance »* (médecin travaillant à l'hôpital).

L'attitude du malade vis-à-vis des médecins est ambiguë : derrière la confiance et la passivité apparentes se trouvent la méfiance ainsi que la volonté d'en savoir plus sur

sa maladie et de maîtriser les traitements ordonnés. Il ne dit rien, mais à la maison il n'en fait pas moins (Loux 1983). « *En fait, il semble que ce soit surtout le recours à l'expérience des voisins, parents et autres personnes partageant, localement, la même situation de classe qui constitue un moyen de contrebalancer l'efficacité de son traitement* » (Loyola 1983 : 139).

Le rapport conflictuel entre médecins et malades à l'hôpital ne se reproduit pas de façon identique, lorsque le médecin (parfois le même qui fait sa consultation à l'hôpital) et le malade se rencontrent dans le cabinet privé du médecin. L'opinion, explicitement positive, à l'égard des consultations privées laisserait penser le contraire. Comment une population, ayant tant de contraintes matérielles et comptant sur un hôpital local, peut avoir une valorisation aussi positive des soins payants ?

Pour comprendre, il faut lier cette appréciation avec la logique globale qui oriente les attitudes de ce groupe social. Analysant de plus près le contenu de cette évaluation « positive », on se rend compte que celle-ci se réfère surtout à des conditions d'accueil plus pratiques et moins contraignantes que celles de l'hôpital.

A Villela, les principaux obstacles à la consultation médicale à l'hôpital sont la difficulté d'obtenir une consultation et les empêchements personnels pour y aller. Pour avoir recours à l'hôpital, il faut d'abord avoir beaucoup de temps. En tenant compte de ces circonstances, on comprend mieux que ceux qui ont les moyens suffisants préfèrent payer un médecin privé et bénéficier des facilités qu'il offre : des horaires plus souples, des attentes moins longues, une clientèle limitée en nombre et une relation plus individualisée. Il faut également remarquer que l'exercice de la médecine privée s'apparente davantage à l'image que cette population a de la pratique médicale. « *Le docteur B. reçoit les gens la nuit ou à n'importe quelle heure, avec ou sans argent. Ça, c'est le plus important parce que parfois on est sans un sou dans la poche et on va chez lui et il vous fait une piqûre s'il l'a chez lui, et sinon il vous fait une ordonnance pour la pharmacie..* » (femme, vendeuse de repas au marché, 5 ans d'études primaires).

Les gens qui utilisent la médecine privée peuvent choisir le médecin et consulter toujours le même, ce qui favorise un rapport plus personnalisé. Et ce choix se fonde sur des critères, non de compétence technique mais surtout de rapport personnel. (Freidson 1970). Un minimum d'attention de la part du médecin conduit à le faire classer comme un bon médecin. Un « bon médecin » est donc celui qui est « plus attentif », « bien élevé », qui « les écoute », qui « explique le traitement ». La relation médecin-malade est plus satisfaisante pour le malade en cabinet privé qu'à l'hôpital : « *Le médecin privé prend le temps d'examiner ce qui, à mon avis, peut le mener à bon diagnostic et à la guérison de la maladie* » (homme, petit commerçant, 4 ans d'études secondaires).

Dans le cabinet privé, le patient des classes populaires se sent moins dépossédé de son identité parce qu'à travers un rapport plus individualisé, l'écart entre son univers et celui des médecins s'atténue. Ainsi, dans les cabinets médicaux, les exigences à l'égard du médecin sont plus grandes, le paiement de l'acte médical jouant un rôle dans l'établissement de leur relation. D'une part, le médecin est perçu comme étant plus motivé qu'à l'hôpital, de l'autre, le patient se sent investi du pouvoir de client. Cette opposition entre « ils » et « nous » qui apparaît constamment dans leur discours s'efface quand ils se réfèrent au médecin privé, plus près de la description de Hoggart : « un médecin généraliste qui se fait accepter en se dévouant à ses clients n'est pas « un autre » ; il a lui-même...une physionomie sociale » (1970 : 177).

Pour conclure, on peut signaler que la population de Villeta entretient une relation contradictoire avec la médecine officielle. D'une part, elle porte un jugement négatif sur les services de l'hôpital ; de l'autre, elle décrit volontiers, de façon positive, les médecins privés. Cette perception contradictoire exprime comment ce qui est remis en cause n'est pas la compétence médicale pour guérir les maladies, mais la façon dont le savoir médical est utilisé pour exercer un pouvoir. Les membres des classes populaires ont une double raison d'être mécontents face à l'institution médicale : le médecin privé qui est perçu positivement est difficilement accessible d'un point de vue financier ; et l'hôpital, plus abordable économiquement, est envisagé comme un moyen auquel on a recours faute de mieux.

Les rapports entre les habitants du village et la médecine officielle ne sont pas figés comme pourrait le laisser penser une analyse ponctuelle de cette question. L'inter-relation continue entre malades et médecins n'est pas sans effets sur les uns et sur les autres. Plusieurs facteurs interviennent dans la définition et la modification de cette relation : d'abord, le recours alternatif ou simultané à d'autres systèmes thérapeutiques à travers lesquels les malades affirment une relative indépendance par rapport aux médecins ; ensuite l'urbanisation croissante et le développement touristique de Villeta, phénomènes qui induisent une « médicalisation » progressive de la vie quotidienne. On peut se demander si l'homogénéisation culturelle et la restructuration des liens d'entraide et de solidarité, récemment apparues dans le bourg, n'impliqueraient pas d'autres formes de contrôle de l'exercice et du pouvoir de la pratique médicale officielle...

TABLEAU 1
Évaluation générale sur la qualité de l'hôpital,
selon la fréquence de son utilisation

Qualification des services de l'hôpital	Fréquence d'utilisation	Lieu de résidence		Total
		Rural	Urbain	
BON	Toujours	5	2	7
	Parfois	-	3	3
	Jamais	-	-	-
MOYEN	Toujours	-	-	-
	Parfois	2	-	2
	Jamais	-	-	-
MAUVAIS	Toujours	1	-	1
	Parfois	8	-	8
	Jamais	5	1	6
Ne connaît pas l'hôpital		1	-	1
Ne répond pas		3	-	3
Total		25	6	31

TABLEAU 2
Classification des opinions positives sur l'hôpital de Villeta,
selon le lieu de résidence

Observations positives		01	02	03	04	05	06	Total
	Rural	3	6	4	2	-	1	16
	Urbain	1	4	2	2	1	1	11
Total		4	10	6	4	1	2	27
Pourcentage		14,8	37,1	22,2	14,8	3,7	7,4	100,0

01 : Efficacité curative. Bons médecins et infirmières. Diagnostics justes. Traitements efficaces.

02 : Bon traitement humain.

03 : Accès facile et immédiat aux services diurnes et nocturnes.

04 : Coût réduit des services

05 : Service complet médical et odontologique.

06 : La dotation de l'hôpital s'est considérablement améliorée.

TABLEAU 3
Classification des opinions négatives sur l'hôpital de Villeta,
selon le lieu de résidence

Critiques	01	02	03	04	05	06	07	08	Total
Rural	7	7	12	4	1	4	9	5	49
Urbain	1	-	2	1	-	2	1	3	10
Total	8	7	14	5	1	6	10	8	59
Pourcentage	13,5	11,9	23,7	8,5	1,7	10,2	17,0	13,5	100,0

01 : Mauvaise qualité et inefficacité du service. Mauvais diagnostics et traitements

02 : Mauvais traitement humain, manque d'attention.

03 : Problèmes d'accès : longues queues, horaires réduits et mauvais service nocturne.

04 : Coût élevé du service.

05 : Négligence

06 : Manque de qualification du personnel.

07 : Discrimination économique.

08 : Manque d'équipement.

BIBLIOGRAPHIE

AZOUGLI S.

1988 *Systèmes de santé en Algérie et perception de l'institution médicale dans deux quartiers d'Alger*, Thèse de IIIème cycle, EHESS.

BOLTANSKI L.

1970 *Consommation médicale et rapport au corps*, Centre de sociologie européenne, Paris.

FASSIN D.

1988 *Thérapeutes et malades dans la ville africaine*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris.

FREIDSON E.

- 1970 « Influence du client sur l'exercice de la médecine », in *Médecine, maladie et société*, Herzlich C. ed., Mouton, Paris.

HERZLICH C.

- 1968 *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Mouton, La Haye.
1970 *Médecine, maladie et société*, Mouton, Paris.

HOGGART R.

- 1970 *La culture du pauvre*, Minuit, Paris.

JARAMILLO J. et al.

- 1983 *Estado y campesinos : el caso de Villeta*, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología.

LAPLANTINE F.

- 1986 *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris.

LOUX F.

- 1983 *Traditions et soins d'aujourd'hui*, InterEditions, Paris.

LOYOLA M.A.

- 1983 *L'esprit et le corps, des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Maison des Sciences de l'Homme, Paris.

MOSCOVI S.

- 1968 « Introduction », in *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Herzlich C., Mouton, La Haye.

PEIXAO H.

- 1987 *Santé et classes populaires au Brésil*, Thèse de IIIème cycle, EHESS, Paris.

QUERUBIN de M.

- 1983 *Monografía del municipio de Villeta*, Bogota, ronéo.

VIVEROS M.

- 1984 « Les conceptions profanes de la maladie : le cas d'une communauté colombienne », *Cahiers d'anthropologie et de biométrie humaine*, 2(4).

WARTEMBERG L.

- 1985 *Análisis de las estrategias familiares frente a los servicios de salud en el municipio de Villeta*, Universidad Javeriana, F.E.I., Bogota.

LE MALADE ET SA FAMILLE

Une étude de cas à Brazzaville

Marc-Eric GRUÉNAIS

Les récits de malades font pénétrer l'observateur dans un univers d'événements (épisodes pathologiques, recours à différents thérapeutes, conflits familiaux) dont il n'est pas toujours aisé de comprendre la cohérence. Des études de cas approfondies permettent cependant de mettre en évidence les logiques qui sous-tendent les itinéraires thérapeutiques et de prendre la mesure du « drame social » (Turner 1972) qui se joue autour de la maladie et du processus de recherche de la guérison. L'analyse de l'histoire d'un malade fournira un exemple de démarche adoptée (« stratégie » d'enquête, méthodologie, outils d'analyse) pour mener une étude de cas.

1. HISTOIRE DU MALADE

Joseph est un jeune homme de 24 ans habitant Brazzaville. Célibataire et orphelin de père, il s'adonne, comme beaucoup de jeunes Brazzavillois, à différentes activités : il apprend la mécanique mais aide aussi parfois le frère de son père à tenir son commerce. Hospitalisé une première fois en novembre 1984 dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Général de Brazzaville, nous le rencontrons en juillet 1987 au cours d'une seconde hospitalisation. Plusieurs entretiens avec le malade et des membres de sa famille nous ont permis de reconstituer son itinéraire thérapeutique.

Un épisode diarrhéique et un accès de fièvre, premiers symptômes de la maladie, amènent Joseph à se rendre dans un des hôpitaux de Brazzaville. Les soins qui y sont prodigués n'apportant pas les résultats escomptés, Joseph consulte un guérisseur qui, à l'aide de plantes médicinales, parvient à soigner sa diarrhée mais non sa fièvre. Un voisin, adepte d'une église prophétique ⁽¹⁾, se propose alors de venir prier avec Joseph pour le libérer du « mauvais esprit » qui serait à l'origine de la maladie. Après une des séances de prières, Joseph est pris d'une crise violente : il crie, puis veut étrangler sa mère avec laquelle il vit ; des voisins, alertés par le bruit, interviennent pour les séparer. A la suite de cet incident, le « prier » (pour reprendre le terme en usage à Brazzaville) conduit le malade dans son église.

Le chef de l'église (distinct du prier) convoque les familles paternelle et maternelle de Joseph. En organisant ainsi une réunion de famille sous son égide, le chef religieux, d'une part, attend des parents qu'ils manifestent leur accord vis-à-vis

(1) Dans la suite du texte, nous désignerons par « églises prophétiques », ou plus simplement par « églises », les communautés religieuses d'inspiration chrétienne et qui se présentent comme un des types de recours thérapeutique possible au Congo.

des pratiques thérapeutiques de son église, et d'autre part, cherche à reconstruire un consensus qui permettra d'atténuer les possibles dissensions familiales qui pourraient être à l'origine de la maladie. Or, les parents paternels refusent de se présenter et sont alors soupçonnés d'avoir provoqué la maladie. Joseph résidera durant plusieurs semaines à l'église et sera soigné par des prières et des aspersions d'« eau bénite ».

Bibila, frère de la mère du malade et aîné de la famille maternelle ⁽²⁾, ne renonce pas pour autant à organiser une rencontre des familles paternelle et maternelle du malade. Il parvient à convaincre Malonga d'organiser la réunion de famille chez lui. Malonga est le frère du père du malade qui est aussi le « tuteur » de ce dernier depuis la mort de son père. Au cours de cette réunion de famille, Malonga se montre opposé à tout autre recours que l'hôpital. Il fait état également de son opinion sur le malade et sa maladie : Joseph ne lui montre pas suffisamment de respect et s'il est malade, c'est à cause du chanvre ⁽³⁾. Bien que Martine (la mère du malade) émette des doutes sur la cause attribuée par Malonga à la maladie, la réunion s'achève par des paroles rituelles prononcées par l'ensemble des participants pour souhaiter le rétablissement du malade et sur la décision de conduire Joseph à l'hôpital.

Joseph est hospitalisé pendant trois mois dans le service de psychiatrie, les soins étant pris en charge par Malonga. L'hospitalisation n'interrompt pas cependant le cours des recherches des causes de la maladie. Pendant que Joseph est à l'hôpital, Raoul, un frère classificatoire ⁽⁴⁾ de Malonga, en accord avec Matanga, le chef de la famille paternelle qui réside au village, se rend auprès de trois devins qui attribuent la maladie de Joseph à une mésentente dans la famille maternelle. Joséphine, la sœur cadette de la mère, consulte pour sa part un prier qui recommande l'organisation d'une réunion où les différents parents maternels devraient faire état de leurs griefs les uns vis-à-vis des autres pour que Joseph se rétablisse (attribuant ainsi implicitement la responsabilité de la maladie aux parents maternels). Bibila affirme pour sa part : « pendant qu'il était hospitalisé, j'ai combattu (en allant consulter différents praticiens) ; il est sorti (de l'hôpital) et je suis encore allé chez quelques priers ».

Toutes ces consultations, qui se font en l'absence du malade, ne donneront cependant pas lieu à de nouvelles décisions qui engageraient les familles dans une nouvelle « étape thérapeutique ». En effet, au sortir de l'hôpital, l'état de santé de Joseph s'améliore, et il parvient même à reprendre son travail.

Quelques mois plus tard, Joseph se rend, en visite, dans son village maternel. De retour à Brazzaville, la maladie reprend. Martine et Joséphine le conduisent alors dans une église. Mais Bibila n'est pas satisfait des soins qui y sont donnés. Après une semaine d'« hospitalisation » du malade dans cette église, Bibila juge les progrès trop lents, reproche au chef de l'église de n'avoir rien révélé de l'origine de la maladie et estime les prestations trop coûteuses. Il décide de faire sortir Joseph de l'église et d'aller consulter un devin. Pour ce dernier, Joseph est victime de la vengeance de son patron qu'il aurait volé ; de plus, il est attaqué par des « fétiches » présents dans la parcelle ⁽⁵⁾ où il réside. Le devin commence le « traitement » en conjurant l'action

(2) La figure 1 présente le diagramme des relations de parenté entre le malade et les différents membres de sa famille dont il est question ici.

(3) Très souvent le fait de fumer du chanvre est avancé comme cause de la « folie » chez les jeunes.

(4) Parent de la même génération que Malonga et appelé « frère » par celui-ci mais n'étant pas son frère réel.

(5) Au Congo le terme « parcelle » est utilisé notamment pour désigner l'unité d'habitation en ville.

néfaste du patron de Joseph, mais la famille maternelle ne dispose pas de l'argent nécessaire pour rémunérer les opérations du devin qui permettraient d'endiguer les effets des fétiches.

Bibila veut alors organiser à nouveau une rencontre des familles maternelle et paternelle, cette dernière étant toujours l'objet de soupçons. Malonga, excédé par les soupçons qui pèsent sur lui et par toutes les démarches auxquelles se livrent les parents maternels du malade, refuse toute nouvelle réunion de famille et enjoint Bibila de clarifier la situation dans sa propre famille.

Alors que Bibila tentait en vain de réunir sa famille, pour décider notamment des mesures à prendre à l'encontre de Malonga, ce dernier se présente chez Joseph en compagnie d'une voyante. Devant une assemblée réduite à Malonga, Joseph, Bibila et Martine, la voyante révèle que Joseph est malade parce qu'il a pris « quelque chose » ayant appartenu à son père, mais aussi parce qu'il est constamment confronté aux fétiches qu'utilisent ses parents maternels. Elle précise que Joseph ne sera guéri qu'à condition de rechercher jusques et y compris dans les villages d'origine (paternel et maternel) les causes de la maladie.

En premier lieu, Malonga, Martine, Bibila, Joseph et la voyante vont au village paternel. La voyante découvre alors que Joseph a dérobé une « médaille »⁽⁶⁾ sur la tombe de son père. Pour rompre le lien néfaste unissant le malade à la médaille de son père, la voyante frotte le corps de Joseph avec de la terre prise sur la tombe. Puis tout le groupe retourne à Brazzaville.

A Brazzaville, une réunion de famille est à nouveau convoquée pour traiter des responsabilités des parents maternels. A cette occasion, la voyante, devant tous les parents paternels et maternels réunis, déterre des fétiches enfouis dans la parcelle où réside le malade ; elle déclare également que Tondele, le précédent chef de la famille maternelle, a succombé à des pratiques de sorcellerie anthropophagique dues à deux vieilles femmes (sœurs aînées de Bibila et Martine) résidant au village et qui s'en prennent maintenant à Joseph. Il convient alors de se rendre au village maternel pour identifier la cause ultime du mal. Au village maternel, la voyante trouve dans la maison des deux vieilles parentes des fétiches qui seraient responsables de la maladie de Joseph. Décision est prise de procéder à Brazzaville, chez la voyante, à la neutralisation de l'ensemble des fétiches découverts.

Au jour fixé, les deux familles se retrouvent chez la voyante pour assister à la séance de neutralisation des fétiches ; cependant Bibila est absent. La voyante présente les fétiches à l'assistance mais s'aperçoit qu'il en manque un et soupçonne Bibila de l'avoir dérobé. La voyante est accusée de se permettre d'incriminer un membre de la famille alors qu'elle n'a pas pris toutes les précautions nécessaires pour garder les fétiches. Face à la discorde générale, Malonga estime qu'il n'y a plus lieu de poursuivre les recherches auprès des églises, prieurs ou devins-guérisseurs, et que Joseph doit être reconduit à l'hôpital. La famille maternelle acquiesce et Joseph est hospitalisé pour une seconde fois dans le service de psychiatrie.

(6) Les médailles sont les porte-bonheur fabriqués en Europe et vendus par correspondance. Elles sont censées apporter la réussite mais véhiculeraient également des forces peu connues qui provoqueraient notamment la folie de leur détenteur non averti.

2. OBJET DE L'ÉTUDE ET CONDITIONS D'ENQUÊTE

L'exemple choisi pourra apparaître par trop spécifique dans la mesure où il concerne un individu souffrant de « troubles » ou de « crises (de folie) », pour reprendre la terminologie en vigueur à Brazzaville. En fait, pour la perspective retenue ici, la compréhension des enjeux sociaux de la maladie et de la recherche de la guérison, la « maladie mentale » ne présente guère de différence de nature avec la maladie en générale. La « maladie mentale » engage peut-être le malade et son entourage dans un processus plus long et donc plus complexe qu'une maladie qui ne serait qualifiée que de « somatique », notamment du fait que la « guérison » est ici plus harsardeuse. Parfois, aussi, la « maladie mentale » appelle des thérapies traditionnelles très particulières (réclusion, initiation), mais il n'en est fait aucunement mention pour le cas retenu. Cependant, pour toute maladie, à partir du moment où les premiers soins ne donnent pas satisfaction, et où il est alors nécessaire de se livrer à une « quête thérapeutique », pour paraphraser Janzen (1978), on peut observer les mêmes errances parmi l'ensemble du dispositif thérapeutique (hôpitaux, guérisseurs, devins, prophètes), les mêmes enjeux sociaux, les mêmes dynamiques familiales pour tenter de résorber la maladie (réunion de familles, rivalités entre parents au sujet de la cause de la maladie, etc.). Dans cette mesure, le cas retenu n'offre guère de spécificité et aucune raison ne justifie d'accorder ici un statut particulier à la « maladie mentale ».

On aura remarqué que nous n'avons guère évoqué les symptômes du malade. Certes le malade dispose d'un dossier médical dans lequel est consigné le diagnostic du médecin, et le malade lui-même a un discours sur ses propres maux ⁽⁷⁾. Mais, dans la perspective qui est la nôtre, nous ne tiendrons pas compte de l'appellation scientifique ou locale donnée à la maladie. L'objet de notre démarche n'est ni une maladie particulière, ni la compréhension de l'articulation entre diagnostic médical et diagnostic local, mais l'analyse de la dynamique sociale, et en particulier familiale, liée à la survenue d'un épisode pathologique.

Telle que nous l'avons rapportée, l'histoire de Joseph est une reconstitution ; reconstitution faite à partir d'une réorganisation chronologique des informations fournies par le malade lui-même, mais aussi à partir des témoignages recueillis auprès de différents parents paternels et maternels de celui-ci. En fait, pour mener une étude de cas, le récit du malade, livré lors d'une première rencontre avec l'observateur dans une institution hospitalière, ne peut constituer que le point de départ du recueil de l'information.

En premier lieu, il convient de rappeler que l'hôpital est un contexte très particulier, considéré parfois comme répressif par le malade et son entourage. Dans l'exercice de leur métier (mais pas toujours dans leur vie personnelle), les praticiens de la biomédecine condamnent souvent les conceptions traditionnelles de la maladie et les recours aux devins-guérisseurs ou prophètes. Lors du premier entretien en milieu hospitalier, le malade, n'ayant aucune raison d'opérer *a priori* une distinction entre l'observateur menant une étude de cas et les praticiens de la biomédecine qu'il

(7) Joseph rapporte ses symptômes dans les termes suivants : « avant la maladie j'ai rêvé que mon père, qui est mort, était décédé une nouvelle fois. Je rêvais de gens qui venaient me parler, c'étaient des murmures incompréhensibles. Je sens comme des cordes qui sont attachées à mon cou. Je sens des vertiges, je vois mon père mort. Quand j'ai vu mon père décédé, j'ai crié ; après les gens ont dit que c'était le chanvre qui faisait cela. Je fuguais aussi. Parfois, je n'avais pas assez de sang, et on me donnait des médicaments pour augmenter le sang ».

rencontre habituellement, risque de délivrer uniquement ce qu'il juge pertinent pour un médecin en passant sous silence certaines étapes de son itinéraire thérapeutique. Mener l'enquête également au dehors du milieu hospitalier s'impose donc pour obtenir la meilleure vision d'ensemble du cas.

En second lieu, il nous est apparu que tout récit en lui-même, qu'il s'agisse de celui du malade ou d'un des membres de sa famille, contraignait à une reconstitution, ou plutôt à une réorganisation chronologique. Tout naturellement, la personne interrogée est plus particulièrement affectée par certains événements, et ceux-ci seront mis en avant au détriment d'autres, parfois oubliées ou cachées. Les événements ne sont donc pas toujours présentés selon une chronologie rigoureuse et il convient alors, une fois la version spontanée recueillie, de compléter l'information avec le malade lui-même, mais également avec d'autres personnes.

Si nous ne pouvions nous contenter du discours du seul malade c'est surtout parce que Joseph n'est âgé que de 24 ans, il connaît peu l'histoire familiale et n'a pas une perception d'ensemble des différentes étapes du processus thérapeutique, d'autant moins qu'il ne fut pas toujours associé aux démarches qui le concernaient : par exemple, différents parents sont allés consulter devins et prophètes pendant que Joseph était hospitalisé. Nous avons donc enquêté auprès des principales personnes impliquées dans la maladie de Joseph (le frère du père, le frère de la mère, la mère), mais aussi auprès de deux « cadets » (le frère classificatoire de Malonga, la sœur cadette de la mère) afin d'obtenir le point de vue de personnes qui ne figuraient pas parmi les principaux acteurs ni de la maladie, ni du « jeu » familial.

Il faut cependant savoir qu'à interroger ainsi des personnes appartenant à des familles distinctes et qui peuvent être en conflit, l'observateur est parfois contraint de prendre parti malgré lui : confronté à des situations de tension liées à la maladie, il peut être assimilé à une des parties plutôt qu'à l'autre. Un risque existe alors de ne pouvoir recueillir l'information qu'auprès de la partie à laquelle il est associée et de se faire opposer une fin de non recevoir par l'autre partie.

3. MALADIE ET ORGANISATION SOCIALE

L'ensemble du processus dans lequel le malade est engagé (soupçons, conflits familiaux, recours aux différents praticiens) se fonde sur une logique familiale dont la compréhension requiert l'utilisation d'un « canevas » d'analyse propre à l'anthropologie. Ainsi, l'histoire singulière de Joseph pourra être rapportée à un système de pensée et à des pratiques sociales globales.

La lecture de l'histoire de Joseph fait immédiatement apparaître que les intéressés interprètent la maladie en termes d'agression d'un agent extérieur (sorcellerie, attaque de fétiches) manipulé par un membre de la famille. La sorcellerie est à considérer comme un « idiome », pour reprendre l'expression utilisée par Evans-Pritchard (1972 : 98). En effet, toute maladie qui n'est pas rapidement résorbée aboutit la plupart du temps à des soupçons d'agression d'un tiers (parent, voisin, collègue de travail, par l'intermédiaire ou non d'un fétiche) envers le malade : agression d'un sorcier qui dévore le double du malade, mais aussi agression, parfois involontaire, par des fétiches ou plus simplement par des paroles prononcées à

l'encontre du malade (8). Le processus thérapeutique consistera essentiellement à donner un sens aux soupçons et à trouver les moyens de lever les obstacles qui s'opposent à la guérison, sans toujours chercher à identifier précisément la personne responsable de la maladie.

Tout au long du récit, il est constamment fait allusion à la responsabilité probable de la famille paternelle ou maternelle. La recherche de la cause de la maladie en ces termes se fonde sur une règle d'organisation sociale selon laquelle l'individu se définit prioritairement en fonction du groupe de filiation (ou lignage) auquel il appartient. Dans le contexte que nous envisageons ici, un individu se situe au moins par rapport à deux lignages de référence : le lignage du père et le lignage de la mère. Tout individu est soumis à la double autorité d'un père (réel ou classificatoire, c'est-à-dire un homme appartenant au lignage du père et de la même génération que ce dernier, tel le frère du père) et surtout d'un oncle (frère de la mère, réel ou classificatoire, c'est-à-dire un homme appartenant au lignage de la mère et de la même génération que cette dernière). Plus précisément, la famille de Joseph ressortit à un système d'organisation sociale matrilineaire : un individu appartient au lignage de son oncle (frère de la mère) et hérite de ce dernier, mais non de son père (9) ; de plus, il existe souvent une relation privilégiée (mais non exclusive) d'« ensorcellement », si l'on peut dire, entre l'oncle maternel et le neveu. Ceci explique pourquoi, dès les premiers soupçons, on cherchera d'abord à savoir si l'agression vient du « côté » (lignage) paternel ou du « côté » maternel (ou encore des deux « côtés »).

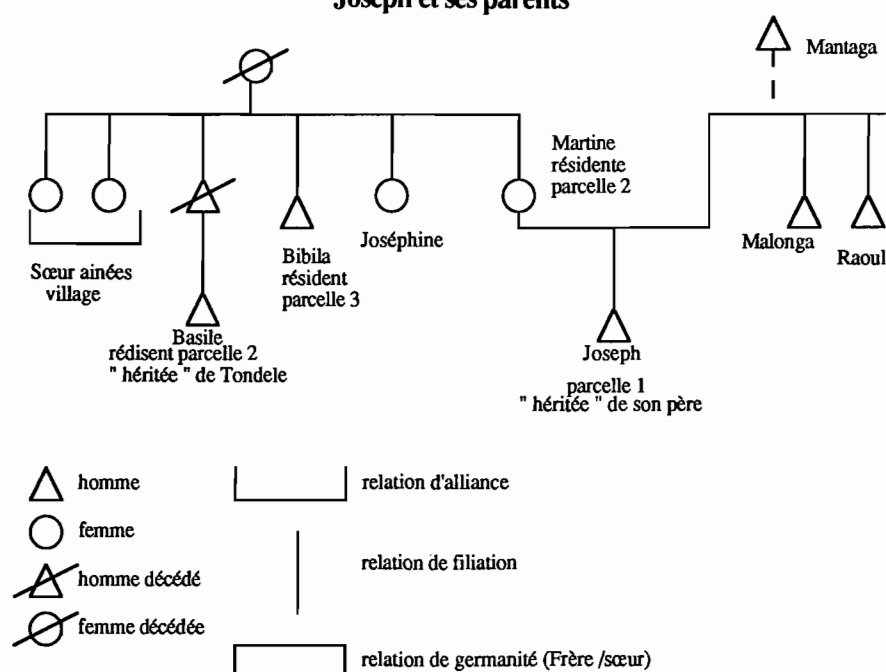
Au Congo, les groupes de filiation constituent donc le cadre privilégié des agressions en sorcellerie. Au sein de ces groupes, les agressions sont orientées : les aînés agressent les cadets. Dans le cas de Joseph les soupçons pèsent successivement sur le frère du père, les sœurs aînées de la mère qui résident au village, le frère de la mère ; tous sont des aînés par rapport au malade. D'une manière générale, au sein des groupes de filiation, toute initiative dépend du bon vouloir des aînés. Ainsi, l'initiative d'un cadet, qu'il s'agisse de son désir d'agresser un autre cadet ou au contraire de prendre une décision pour remédier à la maladie d'un parent, n'aura guère de chance d'aboutir si elle ne reçoit pas l'aval d'un aîné.

Dès lors, étant donné cette logique sociale dans laquelle s'inscrit la maladie, il devient indispensable, pour mener une étude de cas, de dresser la généalogie du malade, ou au moins d'établir les liens généalogiques exacts qui unissent le malade aux différentes personnes impliquées dans la maladie (cf. figure 1) : les personnes citées appartiennent-elles au lignage maternel ou au lignage paternel du malade ? Dans leur génération, sont-elles en position d'aîné ou de cadet ? La connaissance de ces quelques éléments de l'organisation sociale est nécessaire pour circonscrire le contexte familial en fonction duquel se développe l'histoire du malade et son itinéraire thérapeutique.

(8) Les fétiches ne servent pas nécessairement à nuire à une personne ; ils peuvent être utilisés à des fins de protection, ils « attaqueront » alors la personne qui voudra nuire au détenteur de ces fétiches. La maladie peut être attribuée également à d'autres causes que la sorcellerie telles que la rupture d'un interdit ou la colère des ancêtres.

(9) Nous verrons cependant plus bas que, dans le cas de Joseph, la règle traditionnelle d'héritage du frère de la mère au fils de la sœur vient parfois se heurter à une dynamique « moderne » de transmission qui privilégie le fils au détriment du neveu.

FIGURE 1
Joseph et ses parents



4. MALADIE ET SITUATIONS DE CONFLIT

Bibila, aîné de la famille maternelle, résume ainsi la situation : « si vous cherchez les raisons de la maladie de Joseph, il y a plusieurs façons : sa famille paternelle l'influence, notre famille (la famille maternelle) l'influence, et Joseph lui-même a des motifs » ; en d'autres termes, la responsabilité de la maladie incombe à la fois au malade lui-même, à sa famille paternelle et à sa famille maternelle.

La maladie de Joseph s'organise en fait autour d'une histoire familiale complexe dont les éléments, qui ont trait essentiellement à des conflits d'héritage et d'autorité, vont venir nourrir les soupçons au sujet de parents qui seraient à l'origine de la maladie. Le contexte familial à partir duquel se développent les soupçons permet de comprendre pourquoi un individu particulier devient l'objet des agressions néfastes qui provoqueraient la maladie, mais aussi quels sont les enjeux sociaux du processus de recherche de la guérison.

4.1. La personne du malade

Au cours de la première réunion de famille, Malonga demande que Joseph cesse de fumer du chanvre et se plaint du manque de respect du malade à son égard. Après la seconde crise de Joseph, le devin consulté révèle que la maladie de Joseph est due non

seulement au chanvre mais aussi à la vengeance de son patron à la suite d'un vol⁽¹⁰⁾. Lors de la séquence qui se déroule auprès de la tombe paternelle, la voyante déclare que Joseph est malade parce qu'il a dérobé la médaille de son père. Toutes ces raisons ont en commun d'attribuer la cause de la maladie au comportement du malade lui-même.

Pour Malonga, Joseph serait seul responsable de sa maladie : « L'homme c'est quelqu'un qui pense, l'homme peut se rendre malade lui-même. Qu'est-ce qui l'a rendu fou ? les idées ou les actes ? ça peut être les idées ». Quelle est la nature de ces actes et de ces idées ? La consommation de chanvre, certes, mais aussi les mauvaises fréquentations, le manque de confiance en soi, et les remords d'avoir perpétré des actes répréhensibles : « il a volé, chez moi et aussi chez les autres. Quand vous volez, ce sont des complications qui vous arrivent ; quand il sait qu'il fait l'action et qu'il (la) reconnaît, la maladie peut arriver. Il a quelque chose qui bouge, il a un rappel de ce qu'il a fait ». Mais la personne du malade n'est pas toujours seule en cause.

Malonga se plaint du manque de respect du malade parce que Joseph ne se montrerait pas suffisamment reconnaissant vis-à-vis de lui. Dans la conception de la maladie à l'œuvre ici, cet aveu fait en public signifie que Joseph, par son comportement, a attiré contre lui la colère du frère de son père, colère qui pourrait contribuer à le rendre malade. De même, en volant, Joseph s'exposait à la réaction d'un patron qui pourrait utiliser un fétiche pour se venger. Et à vouloir utiliser la médaille de son père, censée amener la réussite, sans être averti de son utilisation, Joseph risquait d'activer des forces qu'il ne saurait maîtriser. Le malade est bien responsable de sa maladie, mais à la suite de l'agression d'un agent extérieur (la colère de Malonga, le fétiche du patron, la médaille du père) déclenchée par un comportement individuel inapproprié.

4.2. Conflits entre le malade et le frère de son père

Les récriminations de Malonga au sujet du comportement de Joseph se fondent en fait sur un différend qui oppose les deux individus au sujet de l'héritage des biens du père du malade.

Le père de Joseph serait mort dans un accident de chasse. Mais Joseph refuse de croire qu'il s'agissait d'un accident et accuse Malonga d'avoir participé à son assassinat pour s'en approprier les biens. Joseph, prétendant à hériter des biens de son père, serait désormais la future victime désignée de Malonga : « Je suis malade, dit Joseph, à cause des biens de mon père ». Malonga voudrait ainsi tuer (en sorcellerie) le malade pour être le seul bénéficiaire de l'héritage. Malonga serait aidé dans cette entreprise par le chef de la famille paternelle, Matanga, réputé pour son intérêt pour la sorcellerie et les fétiches, qui avait présidé au partage des biens du père décédé.

Malonga semble faire peu de cas de ces accusations. Il reconnaît qu'il s'est approprié quelques biens de son frère décédé. Il précise cependant qu'il a toujours

(10) Bibila rapporte les propos du devin dans les termes suivants : « Joseph et un de ses amis ont pris quelque chose, et le type de cette chose l'a poursuivi, il a fait un envoûtement et l'a attaqué. Il a un morceau de mégot de chanvre et un morceau de verre (fétiche) en lui. Le chanvre, c'est cela qui fait tourner les yeux ; le verre c'est ce qui brille dans son cœur. Faisons un effort pour lui enlever ça et après il guérira ». Et Bibila de préciser : « Le morceau de verre, il avait eu ça là où il avait volé. Il avait même été emmené en prison. Si tu ne prends pas quelque chose, le fétiche ne peut pas t'attaquer. C'est son patron qui lui avait jeté ça car là où il travaillait, il avait volé une vitre et une batterie ».

apporté une aide conséquente à son frère lorsqu'il était vivant, ainsi qu'à ses enfants : il a aidé son frère à acquérir ses biens et notamment sa parcelle (parcelle 1) ; lorsque son frère se déplaçait, il prenait en charge ses enfants ; et depuis sa mort, il veille sur ses enfants et fait face à leurs dépenses (n'est-ce pas lui qui s'est chargé des frais d'hospitalisation de Joseph ?). Il estime les accusations portées contre lui d'autant moins fondées qu'il n'a jamais manifesté aucune prétention à s'approprier la parcelle de son frère qu'il a attribuée à Joseph. Il se présente donc comme une personne n'ayant rien à se reprocher.

La famille maternelle, moins catégorique que Joseph, semble relayer dans une certaine mesure les soupçons du malade contre son oncle paternel. Selon Joséphine, la sœur de la mère de Joseph, « il y a eu des problèmes, des envoûtements, la maison était chaude, les enfants étaient obligés de quitter le foyer paternel ». Elle explique ainsi que des fétiches auraient été enterrés dans la parcelle 1, que Joseph a hérité de son père par l'entremise de Malonga, ce qui a contraint Joseph et ses frères à aller habiter sur la parcelle 2 où réside Martine (la mère du malade) depuis la mort de son mari (le père de Joseph). Tout semble donc concourir à faire de Malonga un « soupçonné » idéal, responsable de la maladie.

4.3. Conflits dans la famille maternelle

Au sein de la famille maternelle, la situation qui peut être mise en rapport avec la maladie est plus complexe.

Après la mort de son mari, Martine, la mère de Joseph, est allée habiter, d'abord seule puis avec ses enfants, sur la parcelle 2 ayant appartenu à Tondele, aujourd'hui décédé. Elle voulait y construire une nouvelle maison. Un conflit surgit alors entre Martine et Basile, le fils de Tondele. La présence de Martine et de ses enfants sur cette parcelle, et son désir de construire venaient en effet menacer l'héritage de Basile : « si moi et mes frères habitons sur cette parcelle, précise Joseph, l'enfant de l'oncle décédé (Basile) va croire que nous voulons la lui ravir, alors que nous avons notre parcelle » (parcelle 1 héritée du père). Il ne saurait être question pour Joseph de résider sur cette parcelle avec sa mère, surtout si l'on considère, comme l'avance Joséphine, qu'elle pourrait être « envoûtée », soupçonnant ainsi implicitement la famille maternelle de contribuer à la maladie de Joseph.

Chassé par les fétiches de la parcelle de son père (parcelle 1) et de la parcelle de sa mère (parcelle 2), Joseph a pu envisager d'aller habiter avec Bibila, le chef de la famille maternelle (parcelle 3). Une telle alternative s'est avérée cependant difficilement réalisable car le statut de cette troisième parcelle est des plus incertains. Martine revendique la propriété de la parcelle 3 et précise que, par solidarité familiale envers un frère aîné qui n'avait pas de logement, elle a invité Bibila à venir résider sur cette parcelle. Bibila conteste cette version : Martine avait trouvé le terrain et commencé les négociations pour son achat mais n'avait pas suffisamment d'argent ; c'est lui qui a alors réellement acheté le terrain puis construit la maison. « Si je vais habiter sur cette parcelle, dit Joseph, l'oncle (Bibila) va croire que l'on veut le chasser, et si on demande à l'oncle de quitter la parcelle il va casser la maison avant de libérer la parcelle ». La présence de Joseph sur la parcelle 3 pourrait en effet être perçue comme un désir de Martine de récupérer, par l'entremise de ses enfants, un bien qui est également revendiqué par Bibila.

Joseph, par l'intermédiaire de sa mère, est donc en situation de conflit latent avec Basile, d'une part, et Bibila, d'autre part. Lorsque l'on sait que la relation oncle

maternel/neveu est ici le « canal » privilégié des agressions en sorcellerie, on comprend alors que la situation peut permettre également d'attribuer la responsabilité de la maladie à la famille maternelle.

Mais au-delà de ces questions complexes du droit à l'héritage, c'est toute l'organisation de la famille maternelle qui est en cause. Lors du recours au village maternel, la voyante trouve des fétiches dans la maison de deux vieilles sœurs de Martine. En questionnant Bibila, l'aîné de la famille maternelle, sur l'histoire de sa famille et les raisons pour lesquelles ces deux vieilles femmes pourraient également être impliquées dans la maladie de Joseph, il nous révéla que le précédent chef de famille, Tondele, avait été tué à la suite d'une agression en sorcellerie et que lui-même craignait d'être atteint. Il nous précisa également que les parentes du village (plus aucun homme de la famille ne réside au village) s'opposaient à l'enrichissement des hommes, la richesse ne devant revenir qu'aux femmes.

La mort par sorcellerie du précédent chef de famille signifie que la position de chef de famille est devenue vulnérable. Dès lors, Bibila, en tant que nouveau chef de famille, se garde d'assurer pleinement les responsabilités qui incombent à sa charge, ce que lui reprochent d'ailleurs ses parents⁽¹¹⁾. En effet, pour Bibila, qui en tant que chef de famille devrait être celui qui règle les conflits en dernière instance, toute prise de décision concernant la famille pourrait aller à l'encontre des parentes du village et risquer ainsi de l'exposer à une agression en sorcellerie. Le chef de famille refusant de jouer son rôle, tous les conflits peuvent se développer sans contraintes⁽¹²⁾, et la maladie de Joseph sera perçue (notamment par Bibila) comme participant de cette lutte des parentes villageoises contre les hommes de Brazzaville qui s'« enrichissent ».

4.4. La désorganisation familiale

L'ensemble des situations dans lesquelles Joseph est impliqué peut être rapporté à une dynamique générale de l'organisation familiale et de ses transformations.

A notre sens, le comportement de Joseph est condamné par « ses » familles non seulement parce qu'il se traduit par des actes répréhensibles (consommation de chanvre, vol), mais aussi parce qu'il renvoie à tout un nouveau « complexe » de la réussite sociale fondée sur la seule légitimité individuelle. Le manque d'égards de Joseph vis-à-vis de Malonga, sa volonté d'entrer en possession de tous les biens de son père décédé, son désir de réussir individuellement, à l'instar de son père, en dérochant la médaille censée apporter la richesse, sont autant d'indices d'une attitude visant à parvenir à une position sociale indépendamment des obligations familiales. Tout se passe comme si Joseph refusait de s'identifier à sa position de cadet soumis à l'autorité des aînés (en l'occurrence Malonga), aînés qui, dans la logique « traditionnelle », accèdent prioritairement à la richesse.

La convergence des conflits au sujet des parcelles vers la personne de Joseph est liée à une dynamique engendrée par la confrontation entre deux modalités d'héritage : l'une, « traditionnelle », l'autre, liée aux nouvelles règles s'imposant en milieu urbain. La « logique traditionnelle » suppose que l'héritage se transmet, d'abord dans la même génération, des aînés aux cadets, puis, après extinction de la génération supérieure, des oncles maternels aux neveux. Le milieu urbain, en revanche, favorise

(11) Joséphine nous déclarait : « Quand il y a un problème, nous devrions pouvoir rencontrer Bibila. Mais, même lorsqu'il fixe un jour de réunion, il ne vient pas ».

(12) « Il n'y a personne pour prendre la direction de la famille actuellement », dit Joseph.

l'appropriation individuelle et les citadins s'attachent de plus en plus à disposer eux-mêmes de leurs biens et à privilégier leurs fils au détriment de leurs neveux. Aussi, schématiquement, on pourrait dire que Joseph n'a aucun droit « traditionnel » à hériter de la parcelle de son père décédé, mais Malonga a bien voulu lui concéder ce droit au titre de la « logique urbaine ». En revanche, en tant que neveu, Joseph peut revendiquer la parcelle 2 que Basile veut s'approprier au titre de la « logique urbaine ». Par ailleurs, Joseph, toujours en tant que neveu, aura également un droit sur la parcelle 3 revendiquée par Bibila. Or, selon nous, l'enjeu du conflit au sujet de la parcelle 3 consiste, tant pour Martine que pour Bibila, à s'approprier individuellement la parcelle (pour la transmettre éventuellement chacun à leurs enfants propres) de telle sorte qu'elle ne soit plus « gérée » comme un bien familial.

Enfin, Joseph participe d'une rivalité entre, d'une part, des parents restés au village, souvent plus âgés que les citadins, et qui prétendent, sinon à rester maîtres du jeu familial, du moins à ne pas être écartés de l'ensemble des affaires familiales, et d'autre part, le segment familial urbain qui tend de plus en plus à s'autonomiser par rapport au milieu villageois (Gruénais 1986).

La personne du malade apparaît donc comme le point de convergence d'un faisceau de tensions qui ressortit à la réorganisation globale de la sphère familiale. Ces tensions sont autant d'éléments qui viennent aiguïser les soupçons. Le recours aux différents praticiens dans le processus de recherche de la guérison permettra notamment d'identifier progressivement chacune des relations conflictuelles pertinentes pour la maladie, puis tenter de trouver une solution afin que ces relations conflictuelles ne soient plus considérées comme un obstacle à la guérison.

5. L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE

La maladie de Joseph conduit le malade et son entourage familial à tenir des réunions de famille, à recourir à différents praticiens, à effectuer certains rites pour résorber la maladie. C'est cet ensemble que nous désignons par « itinéraire thérapeutique ».

Dans le cas de Joseph, pratiquement tous les types de praticiens présents à Brazzaville sont consultés : médecins, guérisseur-herboriste, devin-guérisseur, prophète. Il n'est pas nécessaire ici de préciser la nature des pratiques des médecins. Les guérisseurs-herboristes sont des spécialistes des plantes médicinales. Les devins-guérisseurs, contrairement aux précédents, se livrent à la recherche des causes de la maladie par la divination et administrent ou non, selon le type de devin auquel on a affaire, des remèdes aux patients. Les prophètes ou « prieurs » opèrent en relation avec des églises issues des mouvements prophétiques nées pendant la période ⁽¹³⁾ ; adeptes de religions synchrétiques, la plupart des prophètes fondent leur message sur la Bible, se présentent comme des ennemis fervents de la sorcellerie, et soignent les malades par la prière et par des aspersions d'« eau bénite ». Cette typologie est évidemment très grossière. Relevons, en particulier, le cas de la voyante qui joue un rôle déterminant dans l'itinéraire thérapeutique de Joseph. Elle est présentée, par nos

(13) Pour une analyse de la dimension historique et politique de ces églises, cf. Dozon, J.P., « Les mouvements politico-religieux. Synchrétismes, messianismes, néo-traditionalismes » in *La construction du monde. Religion, représentation, idéologie*, M. Augé ed., Paris, Maspero, 1974 : 75-111. On se reportera également utilement à *Prophétisme et thérapeutique*, C. Piault ed., Paris, Hermann (collection Savoir), 1975.

interlocuteurs eux-mêmes, parfois comme une femme prier, parfois comme un devin : elle est adepte d'une église prophétique et utilise notamment quelques objets rituels propres aux prophètes. Cependant, dans sa pratique, elle s'apparente aux devins : elle exerce individuellement, et non dans le cadre d'une église, et la séance de neutralisation rituelle des fétiches à laquelle elle se livre diffère du traitement que leur font subir habituellement les prophètes, à savoir la destruction pure et simple.

Les jugements recueillis sur les avantages ou inconvénients des différents praticiens pourraient être résumés de la manière suivante. L'hôpital (entendu ici comme le symbole de l'ensemble du secteur biomédical), mais aussi les guérisseurs-herboristes, administrent des soins et des remèdes efficaces mais qui, pour beaucoup, ne sont pas suffisants lorsque la maladie est due à l'agression d'un agent extérieur (sorcier, fétiche). Le traitement donné à l'hôpital n'aura alors d'effet que dans la mesure où l'action de l'agent néfaste qui empêche la guérison sera neutralisée par d'autres praticiens. Les devins, en revanche, font souvent l'objet d'un jugement sévère : leurs pratiques participent de la sorcellerie, et, recherchant systématiquement un sorcier parmi les parents, ils sèment le désordre dans les familles. Les prophètes, pour leur part, bénéficient plutôt d'une appréciation positive : ils prennent en compte la dimension de la sorcellerie dans leur traitement et la combattent, mais, contrairement aux devins, ils ne cherchent pas à découvrir systématiquement le parent responsable de la maladie. En fait, quel que soit le jugement émis, la situation contraint souvent d'avoir recours à un praticien condamné par ailleurs.

L'itinéraire thérapeutique de Joseph (cf. figure 2) peut être décomposé en trois séquences : la période allant jusqu'à la première hospitalisation, la période allant de la première hospitalisation jusqu'à l'intervention de la voyante et la période de l'intervention de la voyante. Nous présenterons brièvement notre interprétation de la logique de l'enchaînement des séquences.

FIGURE 2
Tableau récapitulatif des étapes
de l'itinéraire thérapeutique de Joseph

Événements pathologiques	Étapes de l'itinéraire	Causes attribuées	Nature des « soins »
Premiers symptômes	1- Hôpital		médicament
	2- Guérisseur		médicament
	3- Prier	mauvais esprit	prière ; eau bénite
Première crise	4- Eglise	mise en cause famille paternelle	hospitalisation ; prières prières ; eau bénite
	5- Réunion de famille	chanvre	souhaits rituels de guérison
	6- Hôpital ; Devins Prieurs	mise en cause, famille maternelle	hospitalisation
Rémission	Arrêt des consultations		
Deuxième crise	7- Eglise		hospitalisation ; prières
	8- Devin	vol chez patron fétiches maternels	neutralisation du fétiche « lancé » par le patron
	9- Voyante	médaille du père fétiches maternels	neutralisation de l'effet de la médaille ; tentative de neutralisation des fétiches
	10- Hôpital		hospitalisation

Le recours de première intention, dès les premiers symptômes de la maladie (diarrhée, fièvre), est l'hôpital, puis un guérisseur-herboriste. A ce premier stade de la maladie la recherche de la guérison ne consiste qu'à trouver le remède adéquat. La première crise de Joseph va à la fois infirmer la pertinence des traitements prodigués jusqu'alors, éveiller les premiers soupçons et déclencher une première étape où il s'agira de lever les obstacles s'opposant à la guérison.

L'intervention du premier prier a pour seul but de rompre le lien entre le malade et un « mauvais esprit » indéterminé qui pourrait être à l'origine de la maladie. Il n'est pas encore nécessaire de rechercher l'auteur de l'« agression ».

La réunion de famille qui devait avoir lieu à l'église n'avait pas, non plus, ce but. Il s'agissait plutôt de procéder à une « confession » familiale au cours de laquelle parents paternels et maternels du malade se réunissent, exposent chacun leurs griefs, et souhaitent publiquement le rétablissement du malade. Chacun signifie ainsi que, s'il a pu accabler le malade et se rendre alors responsable de la maladie, il ne voit plus à présent d'inconvénient à la guérison. Ne se présentant pas à l'église, Malonga est immédiatement soupçonné par la famille maternelle. Malonga, en conflit avec Joseph, a toutes les raisons d'« agresser » le malade ; il ne s'est pas présenté parce qu'il ne souhaite pas le rétablissement du malade et, de fait, devient le coupable présumé.

La confession familiale a tout de même lieu, mais en dehors du cadre d'une église. Malonga souhaite alors effectivement le rétablissement du malade et lève ainsi un obstacle probable à la guérison. On se souviendra que Malonga attribue au seul malade la responsabilité de sa maladie et non à un agent extérieur. Fort de cette position, il se montre hostile à tout recours autre que l'hôpital. Au terme de cette première séquence, personne, en fait, n'est totalement satisfait. Pendant l'hospitalisation de Joseph, et aussi peu après sa sortie de l'hôpital, tant les parents paternels que les parents maternels consulteront devins ou prophètes. Ces consultations s'arrêteront provisoirement après une période d'amélioration de l'état de santé de Joseph.

Pourquoi l'itinéraire thérapeutique de Joseph ne s'achève-t-il pas après la première confession familiale et la décision de son hospitalisation ? La confession familiale peut clore la recherche des causes de la maladie si elle se traduit aussi par une réconciliation : les participants doivent s'y présenter sans arrière-pensées de vengeance (selon les propres termes de nos informateurs), elle doit permettre de trouver une solution pour le règlement des conflits et ainsi dégager un consensus qui enlève tout fondement aux soupçons. La réunion fut loin de remplir ces conditions, ce qui explique la poursuite des consultations même pendant l'hospitalisation de Joseph ⁽¹⁴⁾. La seconde crise de Joseph montrera *a posteriori* que les recours initiaux n'étaient pas suffisants.

Durant cette première séquence, il n'y a eu aucune dénonciation explicite du coupable présumé. Au cours de cette période on assiste à la naissance d'interrogations imprécises au sujet des causes de la maladie et à des divergences quant aux recours appropriés. Ces désaccords et la crise d'autorité au sein de la famille maternelle ne facilitent guère les prises de décision. La décision de Malonga d'hospitaliser Joseph l'emportera finalement. Malonga est un aîné, disposant d'un statut économique lui

(14) Les consultations sont entreprises avec ou sans le malade, qu'il soit ou non à l'hôpital. En particulier, il n'est pas rare, de trouver des prophètes dans les hôpitaux venus rendre visite à leur patient, ou inversement, de trouver des patients en cours d'hospitalisation chez un prophète ou un devin, les patients quittant l'hôpital dans la journée et y retournant le soir.

permettant de faire face aux dépenses liées à l'hospitalisation, ce qui le met en position de force pour prendre une initiative. Son interprétation de la maladie (absence d'agression d'un agent extérieur manipulé par un membre de la famille) peut prévaloir et faire de l'hôpital (qui soigne sans se préoccuper des causes sociales de la maladie) un recours approprié.

Après la seconde crise de Joseph, qui détermine le début de la seconde séquence, les consultations reprendront. Les résultats de ces consultations sont apparemment contradictoires : sont mis en cause les parents paternels ou les parents maternels, parfois les deux, ou encore le comportement individuel du malade.

Les différentes consultations n'aboutissent donc pas nécessairement aux mêmes conclusions, mais les diagnostics ne sont pas considérés pour autant comme s'infirment les uns les autres. D'une part, une maladie peut avoir plusieurs causes, et d'autre part, dans ce processus cumulatif où il s'agit de cerner toujours de plus près les causes de la maladie, un praticien peut faire apparaître une dimension que l'on ne soupçonnait pas.

A ce stade de l'itinéraire thérapeutique, parents paternels et maternels consultent chacun plusieurs praticiens et cela indépendamment les uns des autres. Il convient en effet de multiplier les consultations : un diagnostic ne peut être considéré comme vrai ou probable que s'il est posé par des praticiens différents. De plus, dans le rapport de forces qui se développe alors entre deux familles, chacune risquant potentiellement d'être mise en cause, une des parties ne peut laisser l'autre se forger seule son interprétation de la maladie. Au terme de ces séries de consultations, une nouvelle réunion de famille doit avoir lieu afin que chacune des deux parties présente à l'autre les résultats de ses recherches et qu'une nouvelle décision soit prise en commun en fonction de ces résultats au sujet du thérapeute approprié.

Malonga refusera en premier lieu la réunion de « bilan » des recherches entreprises auprès des différents praticiens. Ce nouveau refus le désigne encore plus précisément comme sorcier aux yeux des parents maternels : dans la logique du soupçon de sorcellerie, son refus équivaut à la crainte d'être identifié comme seul responsable de la maladie⁽¹⁵⁾. Malonga, partisan convaincu de l'hôpital, mais de peur sans doute des représailles (dénonciation à la police, confection d'un fétiche pour tuer la personne soupçonnée) se présente alors spontanément en compagnie de la voyante. Commence alors ce que nous avons appelé la troisième séquence.

L'intervention de la voyante marque une étape supplémentaire. En premier lieu, contrairement à la séquence précédente où chacune des deux parties consultait indépendamment, les deux familles se retrouvent ici ensemble face au praticien. Ce stade n'est généralement atteint que si les deux familles se sont entendues pour désigner nommément le sorcier. En second lieu, le recours aux villages d'origine signifie que sont désormais impliqués dans le processus, non plus seulement les segments familiaux urbanisés, mais, en substance, l'ensemble des deux familles. Au cours de cette séquence, Malonga et la famille paternelle se verront disculper : aucun fétiche n'est découvert dans le village paternel ; la voyante découvre seulement que Joseph a dérobé la médaille de son père et procède rituellement à la rupture du lien entre Joseph et la médaille. En revanche, la famille maternelle devient entièrement responsable de la maladie puisque la voyante découvre des fétiches et dans le village d'origine, et dans la parcelle où réside Martine. Il reste alors à neutraliser ces fétiches.

(15) Crainte justifiée puisque, lorsqu'un individu est nommément identifié comme étant un sorcier, il s'expose à la vengeance de la famille du malade qui, s'il y a mort du malade, ne prend parfois d'autre forme que le meurtre.

Cette opération est particulièrement dangereuse pour l'auteur de l'« agression » : le sorcier, c'est-à-dire celui qui anime les fétiches avec sa « substance ensorcelante » si l'on peut dire, risque la mort une fois les fétiches neutralisés. Précisons que seul le rituel complet de neutralisation des fétiches permet d'identifier le sorcier ; dans cette mesure, rien ne permet *a priori* à la voyante de désigner comme sorcières les deux vieilles parentes villageoises. On sait ce qu'il en advient : la voyante remarque la disparition d'un des fétiches, l'absence de Bibila fait peser sur lui tous les soupçons, et la voyante est prise à partie pour avoir impunément mis en cause des membres de la famille. Aucune preuve n'est établie et Joseph retourne à l'hôpital.

L'itinéraire thérapeutique de Joseph apparaît comme un enchaînement de recours qui tentent de cerner toujours de plus près la cause de la maladie et son auteur. Cet enchaînement, dû à l'absence de guérison, dessinera de manière toujours plus précise les lignes de rupture entre les différents parents tout en exacerbant les rapports de force parce qu'il va du recours socialement le plus « économique » (la recherche de remède auprès d'une institution hospitalière ou d'un guérisseur) au recours susceptible de dévoiler toutes les stratégies de pouvoir et d'enrichissement des individus (ici, l'appropriation des parcelles, les luttes d'influence entre les parents villageois et les parents urbanisés) fondées sur des pratiques relevant de l'univers de la sorcellerie. Mais l'itinéraire de Joseph n'a abouti à aucun dénouement réel de la situation au moment où nous menions l'enquête, comme si personne ne désirait réellement qu'il s'achève au risque d'une remise en cause totale de l'ordre familial. Alors que le « drame social » n'est pas encore achevé, l'hôpital semble intervenir comme un refuge, pour le malade et aussi peut-être pour la famille, le temps sans doute de « pacifier » la situation pour trouver une nouvelle orientation au processus de recherche de la guérison.

À partir de cette étude de cas, nous nous sommes efforcés de souligner l'ensemble des dimensions sociologiques à prendre en considération pour l'analyse d'une situation de maladie. Il s'agissait surtout indépendamment de toute interrogation sur la nature des diagnostics et la pertinence des recours à tel ou tel praticien, de montrer la cohérence d'un processus fondé sur une situation familiale pour le moins conflictuelle.

L'exemple retenu montre combien les institutions du secteur biomédical (l'hôpital en l'occurrence) sont intégrées dans le processus de recherche de la guérison. Dans la pratique des individus, l'opposition système « moderne »/ système « traditionnel » n'existe pas, et si système de santé il y a, ses éléments en sont aussi bien les institutions biomédicales que les devins-guérisseurs et les prophètes. Cet exemple révèle surtout que la dynamique réussite/échec qui oriente les recours ne doit pas seulement être envisagée du seul point de vue de la pratique des thérapeutes mais aussi en fonction des « risques sociaux » auxquels s'exposent les familles du malade lors du recours à tel ou tel type de pratique thérapeutique. Dès lors, on peut supposer que les décisions relatives au choix des recours sont largement dépendantes des rapports de forces intra-familiaux.(*).

(*) Cette étude, menée dans le cadre de l'Unité de recherche « Urbanisation et santé » de l'ORSTOM, a pu être réalisée grâce à un financement de la Mission Recherche-Expérimentation du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.

BIBLIOGRAPHIE

EVANS-PRITCHARD, E.E.

1972 *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Gallimard, Paris, 1ère édition 1937.

GRUENAI, M.-E.

1986 « Pour une étude des systèmes familiaux en milieu urbain » in *Journées d'étude sur Brazzaville*, Actes du colloque ORSTOM-AGECO, Brazzaville, 25-28 avril 1986, pp. 599-611.

JANZEN, J. M.

1978 *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles.

TURNER, V. W.

1972 *Les tambours d'affliction*, Gallimard, Paris, 1ère édition 1968.

ANTHROPOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

Une approche du paludisme au Burkina Faso

Doris BONNET

Jusqu'au siècle dernier en Europe, le paludisme était considéré comme provenant de l'air vicié et des miasmes des marécages. D'où son appellation : *malaria*, de l'italien *mal aria*, air vicié. La théorie « aériste » où « l'air et le climat sont les premiers facteurs explicatifs des maladies » (Herzlich et Pierret 1984 : 136) s'est prolongée jusqu'à l'élaboration du modèle pasteurien et la découverte du parasite. Plus exactement c'est en 1880 qu'un médecin français, Laveran, découvre l'agent causal du paludisme et en 1897 qu'il est démontré que les moustiques sont les vecteurs du paludisme. A partir de ce moment, les « théories anciennes des miasmes, des humeurs, de l'influence des éléments naturels, de l'harmonie avec les puissances du milieu ont été définitivement rangées au rayon des superstitions » (Prost 1988-1989 : 34).

Les conceptions du paludisme, dans d'autres parties du monde, ont été jusqu'à présent peu connues. L'accès palustre s'inscrit-il, par exemple, dans des systèmes nosographiques de la maladie ? Cette interrogation a été formulée au début des années 80 par des paludologues – des médecins et des entomologistes médicaux – à l'adresse d'ethnologues de l'ORSTOM : existe-t-il une entité « paludisme » dans les populations auprès desquelles vous travaillez ? Y répondre aujourd'hui, ce n'est pas uniquement poursuivre l'histoire du paludisme à travers le monde et les âges, mais aussi relater une expérience d'anthropologie médicale et s'interroger sur la finalité de ce type de recherche.

1. HISTORIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'interrogation des chercheurs s'insérait dans une problématique de santé publique : le paludisme correspond-il à une morbidité ressentie par les individus et à un besoin de soins et de services exprimé par les populations ? Celles-ci établissent-elles une relation entre le moustique et le paludisme, entre l'accès palustre simple et l'accès pernicieux ?

La demande de l'équipe médicale avait l'avantage d'être clairement formulée. Même si l'ethnologue remet en question la problématique posée par les médecins, il est indispensable que ceux-ci aient des objectifs clairs et précis lorsqu'ils le sollicitent afin de redéfinir ensemble, au besoin, les objectifs du projet.

L'accès palustre, d'un point de vue biomédical, est une affection dont le seul examen clinique ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude : le plus souvent la

symptomatologie diffère selon les âges de la vie et se présente, dans tous les cas, avec des tableaux cliniques polymorphes. Un diagnostic formel ne peut donc être que biologique : les chercheurs du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso ont ainsi constaté que l'examen biologique infirmait leur présomption clinique une fois sur deux. Encore faut-il ajouter que les paludologues ne se réfèrent pas tous au même taux de parasites dans le sang pour déclarer qu'il y a ou non accès palustre et que ce niveau est variable selon l'état immunitaire des populations et selon l'âge du sujet (Mouchet et Camevale 1988).

Le signifiant « paludisme » ou plus exactement l'expression française « j'ai un palu » est utilisée par les Burkinabè – surtout en zone urbaine – pour désigner un ensemble de troubles somato-psychiques aigus divers et aussi afin d'obtenir une espèce de passeport d'entrée dans le circuit du biomédical ou encore justifier un arrêt de travail qu'une simple déclaration de mal-être n'aurait peut-être pas permis d'obtenir. Le paludisme devient donc en zone urbaine un terme « fourre-tout » qui conduit parfois les paludologues à dire que « plus on en parle, moins c'en est ». Effectivement, leurs enquêtes montrent que les accès palustres sont beaucoup plus importants (en nombre et en gravité) en zone rurale qu'en zone urbaine. Il y a donc une relation inverse entre la pathologie observée et le discours des citadins et des ruraux.

Le paludisme, par sa symptomatologie polymorphe (maux de tête, hyperthermie, autres symptômes), provoque donc un « éclatement » du diagnostic aussi bien au sein de la biomédecine (le syndrome associant céphalées et fièvre peut avoir des étiologies diverses) qu'auprès des guérisseurs et devins burkinabè pour qui le signifiant « corps chaud » (fièvre) peut avoir de multiples signifiés.

Les paludologues demandaient donc à l'ethnologue si les populations percevaient une maladie qu'eux-mêmes ne parvenaient pas totalement à identifier cliniquement. Loin d'être contraignante, cette situation a eu l'avantage de m'accorder une grande liberté de recherche.

D'un point de vue méthodologique, deux possibilités s'offraient à moi. Soit enquêter auprès de malades atteints d'accès palustre que j'aurais suivis dans leur démarche thérapeutique, notant ainsi les diverses causes attribuées à leur affection par les guérisseurs et devins ; soit travailler à partir de descriptions orales rétrospectives de maladies par des individus et/ou des guérisseurs.

L'étude des sujets atteints d'accès palustre aurait nécessité la présence continue d'un médecin et l'examen parasitologique des malades. Les modalités et le temps d'enquête en auraient été considérablement modifiés. La présence de l'ethnologue accompagnée d'un médecin aurait aussi influencé les individus dans leur demande de soins et aurait donc faussé l'enquête. Enfin, l'étude des personnes à l'unique plainte de « corps chaud » était beaucoup trop vaste. J'ai donc décidé de travailler à partir d'entretiens avec des guérisseurs et non pas sur des observations de malades. Dans tous les cas, il s'agit d'enquêtes qualitatives.

De plus, l'anthropologue travaillant à la reconstitution de systèmes de pensée, ne peut pas raisonner -au stade ethnographique tout au moins- à partir de concepts de sa propre société. Le paludisme tel que le décrivent nos cliniciens ne pouvait donc pas être un point de départ au niveau de l'enquête. L'étude de la notion de « corps chaud », de la convulsion chez l'enfant et du système nosologique mossi (transcription officielle : *moose*) a permis de pallier ces difficultés.

La partie concernant les entités nosologiques pouvant faire songer au paludisme a été reprise par les démographes de l'équipe dans des enquêtes quantitatives.

L'ensemble du travail ethnographique a été réalisé à proximité de Bobo Dioulasso (deuxième ville du Burkina Faso) dans la vallée du Kou où le gouvernement burkinabè a mis en place avec l'aide de la Chine un aménagement hydro-rizicole. Ce choix géographique a été fait en fonction des lieux d'implantation de mes collègues médecins et entomologistes.

La vallée du Kou est une zone de migration récente (années 70). La plupart de ses habitants proviennent de la frange nord du pays mossi (régions du Yatenga et de Sanmatenga) ⁽¹⁾ où j'avais enquêté entre 1975 et 1980. Je connaissais donc de nombreux villages d'où provenaient les guérisseurs avec qui j'ai mené les entretiens.

2. LA NOTION DE « CORPS CHAUD »

Les malades qui se rendent auprès des centres de santé se plaignent souvent de maux de tête et d'avoir le « corps chaud » (*ne-tulgo*). Dans de nombreux cas, l'interprète burkinabè traduit spontanément ce tableau par « il a un palu ». Du point de vue de la santé publique, ce manque de rigueur linguistique n'est pas problématique car il suscite un comportement thérapeutique recommandé par les paludologues et par l'Organisation Mondiale de la Santé dans les zones où le parasite est sensible à la chloroquine : tout accès fébrile doit être suivi d'un traitement d'anti-paludéens. Encore faut-il être sûr que le « corps chaud » désigne une hyperthermie. Du point de vue de la relation médecin/malade, cette mauvaise traduction peut en revanche entraîner quelques confusions au niveau de la compréhension du discours du malade tout au moins en ce qui concerne ses représentations du corps et de la personne. D'un point de vue médical, il est évident que cet abus de traduction peut conduire à des erreurs de diagnostic. D'un point de vue épidémiologique, il a peut-être contribué à exagérer le nombre de décès attribués au paludisme. Enfin, d'un point de vue anthropologique, cette traduction restreint l'expression à un sens uniquement médical ; or les données recueillies par l'enquête ethnographique montrent, au contraire, qu'« avoir le corps chaud » ne signifie pas dans tous les cas « avoir de la fièvre ».

L'étude sémantique de la notion de « corps chaud » révèle une logique binaire de la pensée où le chaud nommé *tulgo* en moré (langue des Mossi) s'oppose au frais *masga*. Cette organisation dualiste du chaud/frais est commune à de nombreuses sociétés en Afrique et même sur d'autres continents. Pour certaines d'entre elles, les Touareg notamment, elle est le fondement de la nosographie et de la thérapeutique traditionnelles ; ce qui a conduit des anthropologues à subordonner ces systèmes classificatoires aux principes de la médecine humorale. Selon M. H. Logan, le principe de base de cette médecine humorale est « la croyance selon laquelle la santé peut être perdue ou retrouvée par le résultat des effets des qualités du « chaud » et du « froid » sur le corps humain (...). Ces qualités ne se réfèrent pas à une température réelle ou à un goût mais plutôt à une propriété intrinsèque trouvée ou associée à des états de maladie ou à la plupart des substances naturelles, particulièrement les aliments et les agents thérapeutiques » (Logan 1977 : 88). Ainsi, les maladies jugées fraîches

(1) La forte densité démographique des populations du Nord, la pauvreté des sols cultivés, et les modalités d'organisation du pouvoir politique ont conduit les Mossi des royaumes du Yatenga et de Sanmatenga à s'installer dans les régions du Sud-Ouest du pays à partir du début du XX^{ème} siècle et plus massivement dans les années 1930-1940.

sont soignées par des traitements associés au chaud et inversement. Les Sonrhaï, par exemple, considèrent que certaines formes d'alopécie, un prolapsus anal ou même des maux de dos sont consécutifs à un excès de chaud. Ces troubles sont traités avec du sable humide ou de l'eau froide (Jaffré 1987 : 20).

Chez les Mossi, le système binaire du chaud/frais n'organise pas à ce point le système nosographique ; il révèle surtout l'existence d'une théorie partiellement humorale de la personne. Un individu au tempérament impulsif et nerveux est classé dans la catégorie du chaud alors qu'une personne calme et mesurée est fraîche. Les fortes émotions (une peur, un effet de surprise) et les efforts physiques donnent au corps un excès de chaleur qu'il est souhaitable d'atténuer par la pratique d'ablutions d'eau fraîche. La notion de chaleur étant associée à celle de rapidité et inversement celle de fraîcheur à celle de lenteur, les individus rapides font partie de la classe du chaud tandis que les personnes lentes sont fraîches. Par exemple, un chef marque sa noblesse par la lenteur de sa démarche tandis qu'une sorcière, prompte à saisir sa proie, est chaude et rapide.

Les Samo, aux conceptions religieuses voisines des Mossi, classent l'homme dans la catégorie du chaud et la femme dans celle du froid. Le sang, le sperme et le lait étant des substances associées au chaud, une femme en période menstruelle, enceinte ou allaitante est considérée comme étant chaude. Elle doit veiller alors à maintenir un équilibre humoral, de crainte que l'excès de chaud n'ait une incidence sur sa vie corporelle (altération du lait maternel) ou sur celle de son nouveau-né (diarrhée, fièvre). L'hyperthermie du nourrisson est censée provenir dans ce cas d'un excès de chaleur maternelle. On interdit alors aux femmes d'avoir des relations sexuelles durant ces périodes afin de ne pas introduire de déséquilibre humoral dans leur corps. Le sperme et le lait sont ainsi considérés comme incompatibles, ce qui expliquerait, selon F. Héritier-Augé (1987 : 7-17) l'interdit sexuel d'allaitement (2).

Dans le cas mossi comme dans celui des Samo, la dichotomie du chaud/frais renvoie davantage à une théorie sociale de la personne qu'à une théorie explicative de la maladie. D'après F. Héritier-Augé, ce système de pensée relève, dans une perspective plus générale, d'« une logique de l'identique et du différent » (le chaud et le frais, l'humide et le sec, l'amer et le sucré, etc.) commune à toutes les sociétés mais plus ou moins à l'oeuvre dans leurs systèmes médicaux.

Du point de vue sémantique, l'état de chaleur, dans la langue moré, s'exprime par deux expressions. Le terme *ne-tulgo* regroupe d'un point de vue causal un ensemble de sensations d'origine affective, sensorielle, thermique ; ou encore désigne un ensemble de personnes ou même d'êtres surnaturels associés à la catégorie du chaud de par leur statut social et/ou symbolique. Ce terme ne correspond donc pas spécifiquement à un état pathologique mais plutôt à un état physiologique ou à un statut symbolique : autrement dit un état physique peut être associé à un état symbolique.

Le terme *ne-wendgre* (corps échauffé) désigne plus spécifiquement l'hyperthermie et contient aussi l'idée de cuisson. Il ajoute aussi celle de souffrance corporelle qui n'est pas contenue dans l'expression *ne-tulgo*. *Ne-wendgre* est le terme utilisé par l'ensemble des malades pour évoquer la fièvre dans les consultations biomédicales. Il désigne donc plus particulièrement un état pathologique et constitue même une entité en soi. Vingt pour cent des consultations d'un dispensaire rural des

(2) Les femmes sont soumises à un interdit sexuel post-natal d'une durée moyenne de 21 mois en ce qui concerne les Mossi. Si cet interdit témoigne de la croyance en la dangerosité de contiguïté de certaines substances (lait/sperme), il vise aussi à espacer les naissances (D. Bonnet, 1988 : 39)

environs de Bobo-Dioulasso sont du reste motivées uniquement par un accès fébrile (Baudon, Gazin, Rea et coll. 1984 : 138). Le « corps échauffé » est donc un symptôme isolé qui peut engager un itinéraire thérapeutique. Néanmoins, un accès fébrile n'est pas considéré dans tous les cas comme étant pathologique. Une « poussée de fièvre » à un changement de saison est jugée, à l'instar de la médecine hippocratique, comme une expurgation régénératrice (Foucault 1972).

L'hyperthermie est, pour les Mossi, le résultat d'un échauffement du sang. Alors que la transpiration du « corps chaud » exsude « l'eau du corps », l'accès fébrile d'un « corps échauffé » fait sortir « l'eau du sang ». La qualité et le mouvement du sang sont donc des éléments repérés comme déterminants dans l'observation de l'hyperthermie. Une mauvaise circulation sanguine (sang considéré comme trop abondant ou insuffisant, noir, trop sucré, mal réparti dans le corps, etc.) provoque une dysharmonie des humeurs corporelles et une dévitalisation de la personne. Les représentations relatives à la fièvre sont donc étroitement liées à celles du sang.

Ces croyances de type hippocratique conduisent les Mossi à considérer qu'il est nécessaire d'évacuer le mauvais sang. Tout écoulement à la pleine lune est jugé néfaste ; par contre, il est bénéfique à la lune descendante. Un malade qui saigne du nez à la lune descendante est estimé sur la voie de la guérison. Un mauvais sang non évacué est susceptible de donner céphalées et dermatoses.

Parfois, le sang s'échauffe par contiguïté avec le principe vital lorsque ce dernier est lui-même échauffé. Celui-ci a en effet la capacité d'effectuer des allées et venues hors du corps humain et de subir des variations calorifiques qu'il communique au corps à son retour. Par exemple, un individu qui s'endort dans la journée à l'ombre d'un arbre et dont l'énergie vitale quitte le corps à l'occasion d'un rêve, risque de se réveiller fiévreux si l'énergie vitale est partie circuler au soleil. Le principe vital en réintégrant l'enveloppe corporelle transmet au corps la chaleur contractée à l'extérieur. De nombreuses maladies sont ainsi censées provenir des sorties diurnes et nocturnes de l'énergie vitale du dormeur. Ces idées expliquent, pour les Mossi, la fréquence des maladies qui apparaissent au réveil. Le même processus peut se rencontrer à l'occasion d'une frayeur, car la peur est susceptible d'expulser le principe vital du corps humain pendant quelques instants. A cette occasion, il peut contracter des maladies qu'il communique au corps humain à son retour.

La contamination ne s'effectue pas toujours par le biais du sang. Dans certains cas, il y a même une absence totale de médiation par des substances corporelles. Le principe vital entretenant une relation métonymique avec le corps humain, la dévitalisation de l'un implique celle de l'autre. Le devin peut, par exemple, déterminer que le malade est victime d'une agression en sorcellerie lorsqu'il observe chez le consultant des éclatements de vaisseaux sanguins ou des yeux rouges qui sont, dans cette société, des signes d'agression en sorcellerie au même titre que l'enflure (3). Dans ce cas, on juge qu'il y a eu attaque du principe vital par le sorcier sans médiation physique.

Les théories relatives à la contamination présentent en fait deux niveaux de discours, l'un de type mécaniste, et l'autre de type plus symbolique. Les deux discours

(3) Précisons que le choix d'une cause par le devin n'est pas univoque mais soumis à un ensemble de critères : événements personnels associés à l'apparition de la maladie, événements antérieurs mais à dimension répétitive, mode d'apparition du trouble (brutal, par exemple), évolution de la maladie, caractéristiques de certains signes tels que l'enflure, discours du malade et de sa famille au moment de la consultation divinatoire, histoire du lignage, statut du devin (marabout, devin qui officie par communication avec les génies), etc.

peuvent se rencontrer chez le même individu. Dans certains cas, une personne privilégie une interprétation plutôt qu'une autre. Par exemple, les guérisseurs auprès desquels j'ai travaillé dans la vallée du Kou, avaient un discours où les interprétations de type mécaniste prédominaient. La plupart d'entre eux étaient musulmans, tous étaient migrants. Leur religion qui abolit le culte des ancêtres et la croyance aux esprits de lieux (remplacés néanmoins par les djinns), leur statut de migrant en rupture avec les structures d'autorité d'origine, le fait qu'ils recevaient de nombreuses informations des animateurs de l'éducation sanitaire du pays, tous ces facteurs ont certainement contribué à « matérialiser » leur propos sur la maladie. De même lorsque je travaillais sur les conceptions relatives à la vie intra-utérine, les descriptions différaient selon que le locuteur était une accoucheuse ou un devin, même si les deux se référaient au même univers symbolique.

Tout ceci nous oblige donc à appréhender avec attention le statut du locuteur et à reconnaître qu'il n'existe pas un discours vraiment homogène sur la maladie au sein d'une « ethnie » même si l'on observe un ensemble de représentations culturelles communes. Les individus ne parlent pas de la même façon de la maladie selon qu'ils sont homme ou femme, païen ou musulman, chef ou forgeron, malade ou en bonne santé, scolarisé ou non, citadin ou rural, etc.

Des sociologues (Garfinkel 1984, Pharo 1982)⁽⁴⁾ et des linguistes (Austin 1970) ont montré déjà l'importance à accorder à la position du locuteur ainsi qu'à la relation entre le sens d'un mot et la situation contextuelle où il est employé. Lorsqu'une personne se plaint d'avoir le « corps chaud » à l'hôpital devant l'infirmier, chacun songe qu'il ne peut s'agir que d'hyperthermie. Dans bien des cas, c'est exact ; mais il peut s'agir aussi d'un glissement sémantique des signifiés. Le patient, bien sûr, ne se réfère pas à un état symbolique mais il peut utiliser cette expression afin de traduire un malaise somato-psychique qu'il ne parvient pas à exprimer, si ce n'est par des plaintes corporelles ; et peut-être aussi parce qu'il pense que l'infirmier ne peut entendre que des plaintes corporelles. Si le personnel soignant prend à la lettre cette plainte, il risque de s'en tenir à une pathologie uniquement somatique.

En conclusion, le « corps chaud » ne désigne pas toujours un état pathologique. Son étude sémantique révèle qu'un état physique peut être associé à un état symbolique, et qu'il peut aussi être utilisé afin d'exprimer un malaise somato-psychique non étiquetable. Le « corps chaud » en zone rurale comme le « palu » en zone urbaine viennent donc souvent signifier autre chose qu'une hyperthermie ou un accès palustre. Il constitue, en fait, une entité autonome susceptible d'engager un itinéraire thérapeutique.

3. TRADUIRE

Un malade présentant l'unique symptôme de « corps échauffé » peut souffrir d'un accès palustre. Mais cette entité peut s'appliquer à une trop grande variété d'affections. Trois termes moré permettent, en revanche, d'appréhender le paludisme d'un point de vue clinique.

(4) L'ethnométhodologie est un courant de pensée américain qui traite notamment des interactions sociales et de la façon dont les individus interprètent leurs règles sociales. L'étude des échanges linguistiques constitue donc une des méthodes de travail de ce mouvement.

Weogo et *koom* s'appliquent au binôme hyperthermie/céphalées. Une distinction est effectuée selon l'âge du sujet, *koom* concernant les moins de quinze ans alors que le terme de *weogo* est utilisé pour l'adulte. Le *weogo* est, en fait, décrit comme un accès fébrile accompagné de frissons, de courbatures et de céphalées. Il est donc susceptible d'inclure un syndrome grippal ou certaines arboviroses.

Si un dysfonctionnement digestif ou hépatique s'adjoint au *weogo* on parle alors de *sabga* : l'évolution de la maladie peut donc la faire changer de catégorie nosologique. Mais des affections digestives ou hépatiques d'origine non palustre (l'hépatite, par exemple) peuvent être aussi qualifiées de *sabga*.

D'une région mossi à l'autre des différences s'observent du point de vue nosographique. Au Nord-Ouest du Burkina (Yako) le terme *koom* est connu mais jamais employé; il est remplacé par celui de *sabga* qui désigne tout syndrome infectieux chez l'enfant (fièvre, diarrhée, vomissements). Au Nord-Est du pays (Pissila), *koom* est largement utilisé et décrit alors que *sabga* concerne plus spécifiquement les affections accompagnées de troubles digestifs, surtout chez l'adulte (5).

Le rythme de la fièvre (tierce, quarte) n'est pas observé comme dans la médecine hippocratique. On a vu que la qualité du sang est d'avantage pertinente. Il n'existe pas, non plus, différents types de fièvre comme cela est le cas chez les Ewé du Togo (Wendle 1983) ou chez les Kiswahili d'Afrique australe (Sibertin-Blanc 1983). Ainsi, on qualifie chez les premiers de fièvre blanche une hyperthermie accompagnée d'enflures, de frissons et de selles fréquentes; et de fièvre jaune, une fièvre avec urine colorée, selles blanches et ongles jaunes (hépatite). Chez les seconds, la fièvre jaune désigne aussi une jaunisse, tandis que la « fièvre du ventre » serait une typhoïde.

Si on retient, dans le cas mossi, *weogo*, *koom* et *sabga* comme trois entités pouvant faire songer au paludisme, on doit faire appel à un quatrième terme, *liula* (l'oiseau), pour évoquer l'accès pernicieux de l'enfant.

L'accès pernicieux chez l'enfant, appelé aussi neuro-paludisme, s'exprime cliniquement notamment par des convulsions, et peut entraîner le décès de l'enfant. Le terme moré *liula*, l'oiseau, désigne divers accès convulsifs infantiles, quelle qu'en soit l'étiologie biomédicale. Cette appellation se justifie par une analogie qui est effectuée entre la convulsion et le battement d'ailes ou de queue d'un oiseau identifié comme étant *Glaucidium perlatus*, communément appelé chouette chevêchette perlée, et jugé responsable de la crise. La maladie qui en résulte se caractérise par une « connexion biunivoque entre un symptôme et son agent » (Zempléni 1985 : 30).

Ce thème de « l'oiseau » responsable de la convulsion de l'enfant est commun à la plupart des sociétés africaines. Il s'agit dans tous les cas d'un oiseau de nuit, qui prend parfois l'allure d'un oiseau mythique, chez les Goin notamment (6), et qui peut parfois être manipulé par les sorciers comme en Afrique centrale par exemple. Chez les Mossi, il s'agit d'un oiseau nocturne qui nidifie dans les tombes ou dans des cavités naturelles, parfois utilisées comme tombes par les populations. Bien que *liula* soit fréquemment évoqué en tant que cause du syndrome convulsif chez l'enfant, ceux de « lapin » (*soamba*) et d'« antilope cheval » ou hippotrague (*wil-pelgo*) sont aussi utilisés. Chez les Evuzok (Cameroun), l'antilope est aussi jugée responsable, dans certains cas, des convulsions de l'enfant (Mallart Guimera 1977 : 40).

(5) M. Debouverie, médecin ORSTOM, communication personnelle.

(6) D'après M. Dacher (1988 : 31), sa description fait parfois songer à l'engoulevent à balanciers (*Macrodipteryx longipennis*), personnage de nombreux contes africains.

Dans le cas mossi, il ne semble pas que le choix du terme soit fait en fonction de la symptomatologie du sujet mais plutôt selon l'effet considéré du traitement. Si les crises se renouvellent malgré les soins apportés, on considère que l'étiologie était erronée. L'interprétation s'oriente alors vers les autres animaux contaminants « lapin » ou « hippotrague » ou encore vers l'épilepsie. La seule distinction symptomatologique que j'ai pu remarquer à ce sujet est que la maladie du lapin est plus souvent décrite par des contractures que par des convulsions. Elle peut donc faire songer au tétanos ombilical. Mais les médecins de l'équipe ont rencontré des tétanos qualifiés de maladie de l'oiseau. Les Bambara, d'après Jaffré (1987 : 18), regroupent sous le terme *kono* (oiseau) l'accès pernicieux, le tétanos ombilical et les diverses convulsions du nourrisson. Il faut donc, là encore, rester prudent au niveau d'une traduction terme à terme.

De la même manière qu'il n'y a pas de notion d'évolutivité de la maladie entre *weogo* et *sabga*, il n'y a pas de relation effectuée entre *koom* et *liula*, soit entre un syndrome infectieux chez l'enfant et un état convulsif. Ceci ne veut pas dire, pour autant, qu'il n'existe pas de notion d'évolutivité de la maladie en règle générale.

D'un point de vue préventif, il est recommandé aux femmes enceintes de ne pas dormir au dehors afin d'éviter d'être survolées par l'oiseau contaminateur. Si la chaleur oblige la femme à dormir à l'extérieur de sa case, on lui conseille alors de déposer auprès d'elle unealebasse remplie d'eau afin que l'ombre de l'oiseau, qui représente en fait son âme ou son principe vital, soit captée par l'eau au moment où son image s'y reflète. Le même rite est effectué pour l'enfant en bas âge. Il est fréquent aussi de voir les petits enfants scarifiés au visage (deux traits obliques en haut, des pommettes) ou sur le corps pour leur introduire dans le sang une poudre dont un élément représente l'oiseau. Parfois, on les munit d'un collier fabriqué à l'aide d'un morceau de peau de bête qui contient une plume de l'oiseau. Enfin, selon le même principe, on baigne l'enfant dans une eau où a trempé le nid de la chevêchette. Ces derniers procédés employés (scarifications, bain ou port de remèdes magiques) correspondent à ce que Fainzang (1986 : 85) appelle, en référence à Frazer, une « homéopathie symbolique », c'est-à-dire une « thérapeutique utilisant un remède confectionné à partir de l'élément pathogène ou d'un objet le représentant, sur la base d'un processus de marquage analogique ». Notons qu'il s'agit ici autant d'un rite d'évitement que d'un traitement.

De par son caractère polymorphe, il n'est pas étonnant que le paludisme ne soit pas reconnu comme une entité unique par les populations. Les Kiswahili ont aussi plusieurs termes pour appréhender le paludisme. Chez les Bantou, A. M. Madingou écrit qu'il n'a pas rencontré de « désignation commune unificatrice ». Chez les Goin, « aucune entité nosologique n'est reconnue comme telle » (Dacher 1988). Les termes utilisés ne sont d'ailleurs même pas autochtones mais dioula (*sumbaya* et *sumbaya ba*).

Faut-il en déduire que le paludisme ne constitue pas pour de nombreuses populations une maladie en soi, comme cette idée a pu être développée par Ackerknecht (1945) à l'occasion de son étude sur la malaria au 19^{ème} siècle dans la vallée du Mississippi ? Selon l'auteur, la fréquence de certains tableaux cliniques banalise des affections au point qu'elles ne sont plus considérées comme des maladies ou qu'on leur attribue plus facilement une origine naturelle. A Java, écrit-il, toutes les maladies proviennent des esprits des morts sauf le paludisme ; les Kwoma, ajoute-t-il, croient que tous les troubles « sérieux » viennent de la sorcellerie sauf le paludisme et la tuberculose. En fait, pour Ackerknecht le paludisme est surtout prétexte à montrer la différence entre le concept de *disease* qui relève du biomédical et celui d'*illness* qui ressortit du culturel. Une affection (*disease*) peut donc être culturellement définie comme n'étant pas une maladie (*illness*).

En ce qui concerne l'étiologie mossi, il s'agit aussi, comme dans la plupart des sociétés citées par Ackerknecht, d'une origine « naturelle » : *weogo* est censé provenir d'un excès d'humidité; *koom* peut avoir différentes origines mais toutes se réfèrent à une causalité naturelle (excès de fraîcheur, déséquilibre alimentaire, etc.); *sabga* a une cause du même type (excès de sucre et/ou de graisse) bien que les mécanismes de sa transmission, qui ne seront pas développés ici, soient d'ordre plus symbolique. Notons pour répondre à ceux qui s'interrogent sur la relation moustique/maladie, qu'en aucun cas les Mossi n'attribuent la maladie au moustique qui ne représente qu'une nuisance pour le dormeur. Cette même observation a été faite par M. Madingou pour les *Ko* : *ongo bantou*, par Dacher dans le cas des Goin (1988 : 23) et par S. Fainzang (1986 : 60) pour les Bisa qui attribueraient l'origine du paludisme à l'eau et à l'humidité de la saison des pluies⁽⁷⁾.

Weogo, *koom* et *sabga* sont donc qualifiées de « maladies de Dieu » par les personnes interrogées, c'est-à-dire non intentionnellement données par un agent humain (sorcier) ou surnaturel (ancêtre, génie). Mais il faut distinguer le système tel qu'il est donné à l'ethnologue par les thérapeutes de la façon dont un ou des symptômes peuvent prendre sens dans la vie d'un individu lorsqu'il se rend chez un thérapeute. Le malade fiévreux et courbatu qui se rend auprès d'un devin peut très bien n'entendre jamais parler de *weogo* ou de *sabga*. Si cette fièvre obstinée intervient dans sa vie après bien d'autres malheurs (difficultés conjugales, mauvaise récolte, etc.) le devin qui détermine son interprétation en fonction d'un ensemble de critères où la parole du malade est parfois davantage influente que ses symptômes, peut déclarer qu'il s'agit en fait de l'attaque d'un sorcier ou de l'avertissement d'un ancêtre. Dans certains cas, la durée prolongée d'une affection ou son évolution orientent le devin vers des suspicions de sorcellerie. On est loin, alors, du *weogo* ou du *sabga*. Pourtant il s'agira des mêmes symptômes. La présentation d'un système médical ne restitue donc pas la dimension individuelle et événementielle de la maladie. Il y a ainsi une marge à observer entre une théorie médicale et la « réalité » de l'interprétation, appelée par M. Augé la « logique de l'événement » (1983 : 5).

L'utilisation des lexiques terme à terme doit donc être effectuée avec prudence. Elle est même souvent illusoire, d'un point de vue tant anthropologique que médical. Il s'agit plus d'un calcul de probabilités pour le médecin que d'une traduction littérale.

Les études d'anthropologie médicale ou d'ethnomédecine qui se focalisent uniquement sur l'étude du médical ont le désavantage de ne pas restituer la logique sociale dans laquelle s'inscrit un système médical, notamment la façon dont il peut être manipulé ou subi par les individus (malades, familles de malades, thérapeutes). A trop vouloir délimiter le champ médical d'une société, on en vient à mettre en place des modèles qui ne rétablissent pas la dynamique sociale dans laquelle ils s'insèrent. Certains anthropologues, en France en particulier, refusent cette approche qu'ils considèrent comme étant trop sectorielle et relevant davantage de la médecine, au même titre que l'épidémiologie et la santé publique, que de l'anthropologie. Ils revendiquent la nécessité d'une étude plus globale ou « holiste » de la maladie en tant que fait social et préfèrent parler d'anthropologie de la maladie plus que d'anthropologie médicale ou d'ethnomédecine (Augé 1986).

(7) Ackerknecht déclare que déjà en 1910 les Masai établissaient une relation entre la malaria et le moustique!

4. L'USAGE DE L'ANTHROPOLOGIE PAR LA DÉMOGRAPHIE, L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Pour les épidémiologistes et les démographes, les mesures de morbidité rétrospective et de mortalité se heurtent aux problèmes de diagnostic, particulièrement en ce qui concerne la mortalité étudiée par autopsie verbale sans possibilité d'examen biologique. De plus, on a vu que le paludisme n'est pas reconnu comme une entité unique et qu'au contraire plusieurs entités sont utilisées. La multiplicité des entités et le fait qu'une entité de notre clinique ne corresponde pas nécessairement à une entité mossi et vice versa introduisent un flou dans les statistiques. L'utilisation des entités de l'enquête ethnographique ne résout donc pas le problème mais, pour les démographes, elle est plus fiable qu'un questionnaire par symptômes.

En effet, l'approche démographique classique laisse à l'enquêteur la responsabilité de la traduction en français, traduction dans laquelle il introduit ses présupposés des risques de maladies et de mort. On a vu plus haut que la plupart des enquêteurs traduisent par paludisme ce que l'enquêté a déclaré être un « corps chaud » accompagné de céphalées. Les risques d'erreur sont donc nombreux.

L'étude ethnographique des entités nosologiques pertinentes dans la langue des Mossi a été reprise par les démographes et les médecins de l'équipe à l'occasion d'une enquête sur la consommation médicale effectuée auprès d'un échantillon d'un millier de personnes en zone rurale mossi (Vaugelade et Gazin 1987).

Les résultats de l'enquête donnent une prévalence maximale du *koom* et du *weogo* entre les mois d'août et d'octobre (respectivement 90% des cas de *koom* et 71% des cas de *weogo*) ; ce qui correspond aux variations saisonnières du paludisme constatées par les paludologues. Par ailleurs, le *koom* et le *weogo* correspondent à 7% de l'ensemble des maladies déclarées, de même que d'après les enquêtes médicales, le paludisme figure pour 6% des motifs de consultations (Baudon, Gazin, Rea et coll. 1984).

Une étude menée actuellement sur la mortalité avant l'âge de cinq ans attribue 1 à 2% des décès au *koom* et au *weogo* (Debouverie, Duboz, Vaugelade 1988). Ce chiffre est faible, comparé aux estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé qui considérerait dès 1970 le paludisme comme responsable de la mort d'un million d'enfants africains par an, soit environ 20% des décès (8). Une première hypothèse formulée par les démographes et les médecins de l'équipe est que la mortalité du paludisme est beaucoup plus faible que ce que l'on pense. Par exemple, le taux de létalité du paludisme dans un service hospitalier (pédiatrie) de Dakar n'est que de 5% pour les garçons et 12% pour les filles (conduites plus tardivement à l'hôpital), ce qui représente 1,7% des décès (de 0 à 14 ans) alors que le taux de létalité pour l'ensemble des pathologies de ce service est de 17% (Lallement, Teyssier 1988 : 215). Une deuxième hypothèse non exclusive de la première peut être posée par l'ethnologue : les entités nosologiques retenues (*koom*, *weogo*) ne sont plus pertinentes en cas de décès, ceux-ci étant mêlés à d'autres causes d'ordre plus persécutif (ancêtres, sorciers, génies) et/ou s'appréhendant dans des entités nosographiques encore plus composites comme le *sabga* et le *liula*.

(8) L'O.M.S. ne livre que des estimations relatives à la mortalité infantile due au paludisme.

L'enquête quantitative est donc en plein accord avec les observations de l'étude qualitative. On observe dans les deux cas la possibilité d'un changement d'entité nosologique soit entre *koom* et *liula* ⁽⁹⁾ soit entre *weogo* et *sabga* ainsi que la faculté à passer d'une interprétation « naturelle » de la maladie à une interprétation « surnaturelle » de la mort.

L'enquête sur la consommation médicale en zone rurale mossi a permis de recueillir des informations relatives aux recours thérapeutiques de *koom*, *weogo* et *sabga*. Elle nous informe notamment que le *ne-wendgre* et le *weogo* sans signes d'inquiétude associés dans la vie du sujet, sont de plus en plus fréquemment traités par l'agent de santé villageois. Elle nous apprend aussi que si le recours à l'infirmier est beaucoup plus important, comme on s'en doute, dans les villages situés à proximité d'un dispensaire que dans ceux qui sont éloignés de toute structure sanitaire, le recours au guérisseur, en revanche, n'en diminue pas pour autant. En fait, l'infirmier est consulté non pas au détriment du guérisseur, mais au désavantage du vendeur de comprimés installé sur les marchés (vente de chloroquine, d'acide acétylsalicylique et de sulfamides).

Infirmiers et guérisseurs n'entretiennent pas de rapports concurrentiels, soit parce que leurs compétences ne concernent pas les mêmes maux, soit parce que la demande des malades à leur égard n'est pas de même nature. La stérilité conduit généralement la femme chez le devin tandis que les maux de tête sont souvent traités par l'agent de santé villageois ou l'infirmier (comme premier recours thérapeutique).

De même, les mères d'enfants de moins de cinq ans consultent d'avantage l'agent de santé ou l'infirmier que le guérisseur ou le devin, en recours de première intention tout au moins. D'autres enquêtes menées au Togo et en Côte d'Ivoire (Guillaume et Rey 1987) ont déjà souligné cette évolution des comportements lorsque les soins et les médicaments modernes sont disponibles. Plusieurs explications peuvent être données à l'observation de ces faits. D'abord, les femmes sont de plus en plus fréquemment suivies au cours de leur grossesse dans les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI). Elles prennent donc de plus en plus souvent l'habitude de s'y rendre après la naissance de l'enfant. Ensuite, chez les Mossi, jusqu'au sevrage, l'enfant est pris en charge par sa mère, même souvent financièrement. Un nourrisson malade est donc conduit chez le thérapeute par sa mère tandis qu'à partir de 5-6 ans c'est le père ou le chef du groupe familial, responsables à l'intérieur du lignage de leur progéniture, qui l'y amèneront. De plus, la femme n'étant pas soumise aux obligations sociales consécutives à la consultation divinatoire (sacrifices à accomplir), ce sont des critères d'ordre plus individuel qui interviendront dans le choix de son premier recours.

L'enquête inclut dans ce qu'elle qualifie de thérapie moderne : les agents de santé villageois, les infirmiers, les vendeurs de comprimés et l'automédication par comprimés ; et dans ce qu'elle nomme thérapie traditionnelle : les guérisseurs, les devins et l'automédication par phytothérapie. D'après les réponses au questionnaire de l'enquête sur la consommation médicale, les diarrhées de l'enfant sans fièvre sont soignées par des thérapies familiales traditionnelles (lavements ou infusions de plantes) mais le *koom* est déclaré être traité dans 67% des cas par voie moderne. Dans 4% seulement des cas, les femmes déclarent avoir utilisé différents recours (moderne et traditionnel). Le *weogo* et le *sabga*, par contre, sont déclarés avoir été traités avec de multiples recours dans 10% des cas.

(9) Des mères déclarent que l'enfant a eu le *koom* comme maladie et qu'il est mort du *liula*.

Cette étude a l'intérêt de faire valoir l'importance de l'automédication comme recours thérapeutique (45% pour l'ensemble des maladies). Une thèse récente de médecine au Bénin montre que les 3/4 des personnes interrogées lors d'une enquête sur 275 ménages de Cotonou, essaient de résoudre leurs problèmes de santé par l'automédication (Akangah 1988).

L'enquête, néanmoins, ne prend pas en compte les interprétations de type « persécutif », car les statistiques ne recueillent que les maladies qui ont une identification nosographique. Or de nombreuses affections ont des interprétations sociales mais ne sont pas identifiées au niveau nosographique. Si on demande aux mères de nommer les maladies dont ont souffert leurs enfants dans les mois qui précèdent l'enquête, on ne leur permet pas d'évoquer les affections qui ne s'insèrent pas dans la nosographie de leur système médical mais qui peuvent engager un itinéraire thérapeutique.

De plus, les personnes interrogées ont dû parfois répondre en élaborant un auto-diagnostic. La femme qui a eu recours à l'infirmier et qui déclare que son enfant a eu un *koom* ne se réfère pas au diagnostic d'un thérapeute mais à une terminologie « populaire » comme on pourrait parler en français de « grippe », de « bronchite » ou de « crise de foie ». Ces observations confirment l'aspect composite de certaines entités nosologiques comme *weogo*, *koom* et *sabga*.

La pluralité des recours thérapeutiques est aujourd'hui communément observée. Les affections courantes (fièvre, maux de tête) sont souvent soignées par l'automédication (par phytothérapie ou par comprimés) et par l'agent de santé villageois. Si le symptôme persiste, la famille du malade se mobilise et engage un itinéraire thérapeutique aux multiples recours. L'accès palustre ayant une pathologie polymorphe et une évolution variable, sa thérapeutique est obligatoirement différenciée.

L'interpellation initiale des médecins à l'égard des ethnologues s'appliquait, rappelons-le, à pouvoir communiquer avec les populations. « Comment parler du paludisme s'il n'est pas identifié comme une maladie ? ». La lutte contre le paludisme est non seulement thérapeutique mais prophylactique. Le souci des paludologues est donc que les populations associent le moustique au paludisme et consécutivement s'en protègent individuellement et collectivement (assainissement, moustiquaires, insecticides). Pour ce faire, les paludologues ont recours à l'éducation sanitaire qui élabore et diffuse des messages du type « le moustique donne le paludisme, donc protégez-vous du moustique ».

L'expérience en la matière permet de poser trois questions :

- 1 – L'information communiquée par l'éducation sanitaire permet-elle d'introduire un savoir nouveau auprès des populations ?
- 2 – Comment un savoir nouveau est-il intégré à un savoir précédent ?
- 3 – L'acquisition d'un nouveau savoir conduit-elle à un changement de comportement ?

La formule « le moustique donne le paludisme, ... » n'introduit pas nécessairement un savoir nouveau même si le message établit une relation de cause à effet dans sa formulation. Le récepteur peut recevoir le message comme une information qu'il n'est pas capable de reproduire à la première personne. De plus, ce n'est pas seulement la reproductibilité d'une information qui lui permet d'acquérir le statut de savoir. On peut du reste se demander par quelle opération mentale et selon quelles conditions sociales une information devient un savoir.

Dans certains cas, le savoir est incorporé mais il n'a aucune incidence sur la vie du sujet. Il n'est ainsi pas rare de rencontrer des enfants d'animatrices en rééducation nutritionnelle, gravement atteints de malnutrition. L'animatrice possède un ensemble de connaissances qu'elle n'est pas en mesure d'appliquer dans sa vie quotidienne, soit parce que ses conditions d'existence ne le lui permettent pas, soit parce que ce savoir introduit une contradiction trop importante avec les connaissances acquises auparavant. Ces observations corroborent celles de chercheurs (Bourdieu 1972, Sperber 1979) qui ont fait valoir l'existence de mécanismes de rejet ou de ré-interprétation d'informations nouvelles lorsque celles-ci remettent en cause des informations de structures cognitives ou sociales incorporées.

L'enseignement reçu dans le cas de l'animatrice, comme le message sanitaire dans celui du simple quidam non seulement n'annulent pas l'acquis préalable mais sont ré-interprétés selon les schèmes classificatoires de leur société. S. Fainzang dans le cas des Bisa a montré que la diffusion du terme « onchocercose » dans les programmes d'information sanitaire au cours des dernières années a provoqué la création d'une nouvelle catégorie nosologique : *ôko*, considérée comme « maladie des génies ». « L'idée, écrit-elle, aujourd'hui largement admise selon laquelle la maladie *ôko* est transmise par la simule, ne modifie en rien le fait qu'elle soit considérée (...) comme « maladie des génies », et en l'occurrence des génies de l'arbre, utilisant ici la mouche pour « envoyer » la maladie » (Fainzang 1986 : 105). Cet exemple montre bien la ré-interprétation des informations nouvelles selon les schèmes classificatoires bisa.

Les guérisseurs auprès desquels j'ai enquêté dans la vallée du Kou connaissaient pour la plupart d'entre eux, comme dans le cas bisa, l'existence du paludisme et son vecteur, le moustique. Ils possédaient aussi des moustiquaires que leur avaient remis les animateurs locaux ou qu'ils s'étaient procuré eux-mêmes mais qu'ils utilisaient pour lutter contre la nuisance du moustique et non par mesure prophylactique. Leurs connaissances sanitaires nouvelles n'annulaient pas non plus leurs représentations culturelles « traditionnelles » de la maladie. On observait même une stratification de la pensée où s'ajoutaient de manière cumulative des savoirs acquis par la tradition, l'enseignement coranique, les émissions radiophoniques, l'éducation sanitaire, etc. Dans le même ordre d'idées, les médecins ont observé la facilité avec laquelle les malades absorbaient les dérivés de la quinine et acceptaient en cas de désordre intestinal l'arrêt de la consommation de fruits. Or la dyade amer/sucré est une catégorie mentale et sociale pertinente dans cette société où de nombreux traitements sont à base d'amertume et où l'excès de sucre est jugé nuisible à la santé. Il est commun d'entendre des personnes affirmer que « les mangues donnent le paludisme » (on retrouve là le *sabga* causé par un excès de sucre). Dans ce dernier cas, l'information nouvelle peut s'incorporer à un schème classificatoire déjà existant (amer/sucré). Les mécanismes de traitement de l'information par les populations peuvent donc expliquer en partie les réussites ou les échecs de certains programmes d'éducation sanitaire.

*

L'étude présentée ici a été essentiellement utile aux médecins cliniciens, aux démographes et aux épidémiologistes. Elle a permis aux premiers d'être plus attentifs aux discours des malades par une meilleure compréhension des logiques symboliques qui les sous-tendent. Elle a conduit les autres à reconsidérer leurs méthodes de travail, de façon à améliorer la fiabilité de leurs résultats.

L'objectif de l'anthropologie est l'étude des organisations sociales et des systèmes de pensée des populations, même lorsque cette discipline se donne pour objet d'étude les faits de santé et de maladie. Une équipe de recherche médicale qui fait appel à l'anthropologie ne doit donc pas considérer cette science sociale comme un simple outil méthodologique supplémentaire mais comme une discipline scientifique qui a ses contraintes épistémologiques et ses objectifs propres. Les travaux des ethnologues doivent ainsi surtout aider les développeurs à mieux comprendre les structures cognitives et sociales des populations au sein desquelles ils cherchent à intégrer de nouveaux modèles de penser et de savoir-faire.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERKNECHT E.T.

- 1945 *Malaria in the Upper Mississippi Valley 1760-1900*, Johns Hopkins Press, Baltimore, (supplements to the *Bulletin of the History of Medicine*) N°4 : 142.
- 1946 « Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XIX, N° 5, May : 467-495.

AKANGAH A.S.

- 1988 *Automédication en milieu urbain béninois. A propos d'une enquête auprès de 275 ménages*, Thèse de doctorat en médecine, Université nationale du Bénin, Faculté des Sciences de la Santé.

AUGE M.

- 1983 « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », in *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé, Cl. Herzlich, éd. des archives contemporaines, Paris.
- 1986 « L'anthropologie de la maladie », in *L'Homme. Anthropologie. État des lieux*, EHESS/Lib. Gnl. Française, Paris : 77-88.

AUSTIN

- 1970 *Quand dire c'est faire*, Seuil, Paris.

BAUDON D., GAZIN P., REA D. & COLL.

- 1984 « Epidémiologie clinique : morbidité palustre, mortalité palustre », *Études Médicales*, N° 3, Sept. 135-144.

BONNET D.

- 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*, ORSTOM, coll. Mémoires N° 110, 138 p.

BONNET D. (en collaboration avec J. VAUGELADE)

- 1988 « Approche culturelle du paludisme et mesures de la morbidité et de la mortalité chez les jeunes enfants au Burkina Faso », *Congrès Africain de Population*, Dakar, vol. 1 : 1.2.39-1.2.44.

BOURDIEU P.

- 1972 *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Librairie Droz, Genève/Paris, 269 p.

DACHER M.

- 1988 *Les représentations de la maladie chez les Goin du Burkina Faso*, multigraph., EHESS/ORSTOM, Paris, 94 p.

DEBOUVERIE M., DUBOZ P. & VAUGELADE J.

- 1988 « Analyse de la mortalité dans l'enfance après 3 années d'observation. Région de Pissila (Burkina Faso) », multigraph., Ouagadougou, 13 p.

FAINZANG S.

- 1986 « L'intérieur des choses ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, L'Harmattan, Paris.

FOUCAULT M.

- 1972 « La crise des fièvres », *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 177-198.

GARFINKEL H.

- 1984 « Arguments » in *Problèmes d'épistémologie en sciences sociales*, 3, CEMS/EHESS, Paris.

GUILLAUME A. & REY S.

- 1987 « Morbidité par diarrhée : quels recours thérapeutiques ? », *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara*, Union Internationale pour l'Étude Scientifique de la Population, Yaoundé.

HERITIER-AUGE F.

- 1987 « La mauvaise odeur l'a saisi », *La fièvre. Le Genre Humain*, 15, Editions Complexe : 7-17.

HERZLICH C. & PIERRET J.

- 1984 *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris.

JAFFRE Y.

- 1987 « Les mots du malade », *Développement et santé*, Paris : 18-19.
1987 « Ethnolinguistique et santé publique », *Documents et réflexions*, N°4 : 20.

LALLEMENT A.M. & TEYSSIER J.

- 1988 « Étude sur la morbidité et la mortalité dans un service de pédiatrie au Sénégal », *Population*, INED, 43ème année, N°1, Janvier-Février : 215.

LOGAN M.H.

- 1977 « Anthropological Research on the Hot-Cold Theory of Disease : Some Methodological Suggestions », *Medical Anthropology*, I, 4 : 88.

MADINGOU A.M.

- s.d. *Représentations de la maladie par deux ensembles culturels congolais et notamment du paludisme holo-endémique en milieu de forêt humide*, Projet de thèse 3ème cycle, sous la direction de G. Balandier, ronéo, 83p.

MALLART GUIMERA L.

- 1977 « La classification evuzok des maladies », *Journal des Africanistes*, 47, 1 : 40.

MOUCHET J. & CARNEVALE P.

- 1988 « Le paludisme composante de l'environnement africain », *ORSTOM Actualités*, N°20, Janvier-février.

PHARO P.

- 1982 « Structures sociales et "mise en place" », *Revue Française de Sociologie*, vol. 23, oct-déc., 23-4 : 639-667.

PROST A.,

- 1988-1989 « Environnement, comportements et épidémiologie des maladies », *Environnement de la santé*, ronéo, Université Pierre et Marie Curie : 34.

SIBERTIN-BLANC J.L.

- 1983 « Matériaux pour une terminologie de la maladie en Kiswahili », *Bulletin d'ethnomédecine*, N° 22, mai : 11-28.

SPERBER B.

- 1979 « La pensée symbolique est-elle pré-rationnelle ? » in *La fonction symbolique. Essais d'anthropologie*, réunis par M. Izard et P. Smith, Gallimard, Paris : 17-42.

VAUGELADE J. & GAZIN P.

- 1987 « Les besoins de santé exprimés par une population rurale du Burkina », in Symposium *Le médicament essentiel dans les pays en développement*, Groupe d'Études Épidémiologiques et Prophylactiques, Paris, 19-20 mai.

WENDLE T.

- 1983 *Einige Konzeptionen von Krankheit und Heilung bei den Ewe*, Universität München.

ZEMPLÉNÍ A.

- 1985 « La "maladie" et ses "causes". Introduction », *L'Ethnographie*, numéro spécial : Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, 81, 96-97, 2 et 3.

ETHNOLOGIE ET NUTRITION

L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande

Annie HUBERT

En anthropologie, le travail de terrain consiste en un recueil sur place de données couvrant, dans la mesure du possible les divers aspects de la société, puis, au besoin, l'approfondissement de la connaissance de certains de ces aspects. Le terrain classique est avant tout de type qualitatif, il requiert une observation fine. Contrairement au chercheur des sciences dites « exactes », l'anthropologue mène sa recherche sur le terrain d'une manière relativement peu structurée, couvrant un éventail de sujets et d'événements d'une façon exploratoire qui permet d'aboutir à une connaissance globale du groupe étudié.

Peut-on parler d'une méthodologie précise et rigide pour les recherches de terrain ? Certainement pas dans le sens où ce terme est employé dans les sciences de la vie. Il ne sera pas question ici des techniques de pointe utilisées pour des études de nutrition, car il ne s'agit pas de l'aspect biologique de l'alimentation, mais d'une lecture culturelle de ce qui peut se passer entre un groupe ethnique et ses aliments. Une certaine marche à suivre peut faciliter la tâche de l'ethnologue. Deux aspects fondamentaux et indispensables sont nécessaires à la réussite d'une recherche sur le terrain : la durée et la pratique de la langue. Il y a une vingtaine d'années on estimait à un minimum de deux ou trois ans le temps nécessaire à la réalisation d'une première étude anthropologique sur le terrain. Les problèmes budgétaires de la recherche interdisent pour beaucoup aujourd'hui des séjours d'une telle longueur. Quoi qu'il en soit, plusieurs mois sont nécessaires à la réalisation d'une étude correcte. La connaissance de la langue est d'une grande importance : il faut pouvoir communiquer directement avec les gens, dans leur propre langage, c'est la base de l'ethnologie. La plupart du temps elle s'apprend par une pratique quotidienne sur le terrain.

La recherche dont il sera question ici a duré deux ans et s'est déroulée chez les Yao du nord de la Thaïlande. Pour faciliter la compréhension des résultats de cette étude réalisée par ce que l'on pourrait appeler une immersion de longue durée dans le groupe observé, il me paraît utile de dresser un rapide tableau de la société étudiée.

Les Yao sont venus du sud de la Chine au cours du siècle dernier et se sont installés en petites communautés éparpillées sur les montagnes du nord de la Thaïlande. Ils parlent une langue du groupe miao-yao, s'expriment plus difficilement en thaï, et les hommes lisent et écrivent en utilisant les caractères chinois. Il s'agit de la seule minorité ethnique lettrée de Thaïlande. Les villages comportent entre dix et vingt maisons, entourées de leurs dépendances : poulaillers, porcheries et greniers. Sous chaque toit vit une famille étendue : parents, enfants, femmes des fils mariés et leurs enfants. L'ensemble des Yao se divise en douze clans patronymiques, divisés en lignages eux-mêmes divisés en sections. L'unité sociale de base est le lignage localisé minimal ou « maison » qui représente la famille étendue décrite plus haut. Ils pratiquent le culte des ancêtres : chaque maisonnée est associée à un groupe d'ancêtres

communs envers lesquels on a des obligations rituelles, prises en charge par le maître de maison, ou « chef de maisonnée », le patriarche en quelque sorte. La santé et la prospérité des maisonnées dépend du bon vouloir des ancêtres. On s'assure de ce dernier par le respect de rituels au cours desquels on les « nourrit » et on leur offre de l'argent.

Les Yao pratiquent la culture sur brûlis, défrichant et brûlant un emplacement dans la forêt, et y cultivent du riz pour les humains, du maïs pour les cochons et de l'opium pour se procurer de l'argent. Des légumes sont cultivés sur tous les types d'essarts. Tous les deux ou trois ans, à épuisement du sol, un nouveau site est exploité. Ils élèvent cochons, poulets et chevaux.

1. MÉTHODE ET TECHNIQUES D'ENQUÊTE

Le but du travail était de rendre compte de l'alimentation du groupe yao. S'agissant d'anthropologie et non de nutrition, l'étude devait couvrir l'aspect avant tout qualitatif, rendant compte de certains aspects d'un système alimentaire. La notion de système alimentaire couvre tout ce qui touche à l'aliment : acquisition, production, transformations, conservation, consommation ; les phénomènes sociaux et religieux qui s'y rattachent, les implications économiques, les systèmes d'échange etc. Par l'analyse d'un tel système j'ai pu voir qu'il était possible de retrouver le système de représentations de l'espace et du temps de ce groupe et les grandes lignes de sa manière de fonctionner, à travers les schémas qui régissent le comportement alimentaire de ses membres.

1.1. Le choix du village

En Thaïlande, la majorité des villages yao se trouvent dans le nord, dans la province de Chiangrai. Après discussion avec des collègues thaï de l'Université de Chiangmai, il apparaissait que le canton de Mae Chai comptait plusieurs villages intéressants, car habités par des gens installés dans le pays depuis au moins trois générations, et comprenant un nombre suffisant de maisonnées (au minimum 10) pour être bien représentatifs des regroupements territoriaux de cette ethnie.

Ayant rencontré le chef de canton et le chef de la police locale (personnages stratégiques, dont l'accord est indispensable pour un travail de terrain) le choix s'est porté sur le village de Pan Pu Lo, et ce, pour plusieurs raisons. Ce hameau d'une vingtaine de maisons n'était pas trop éloigné, situé à une journée de marche (en montagne) de la route reliant Chiangmai à Chiangrai. La piste qui y menait partait d'un village thaï qui pouvait servir d'étape de relais, et où des jeunes gens, moyennant rémunération, pouvaient au besoin aider à porter un peu de matériel. D'autre part ce village se trouvait aussi à une journée de marche d'autres villages yao du canton, ce qui permettait d'étendre les observations de terrain et multiplier ainsi les occasions d'observer rituels et cérémonies.

1.2. Les premiers contacts

Accompagnée de trois jeunes du village thaï et d'un fonctionnaire du canton, je suis arrivée dans le village pour être accueillie dans la maison du « chef de village ». Ce titre lui était conféré par les autorités thaï mais il s'agissait plutôt du « porte-

parole », les Yao n'ayant pas de « chef » et constituant une société tout à fait acéphale. Les décisions concernant l'ensemble de la communauté villageoise, comme la distribution des essarts ou la date de certains rituels, ou bien encore les communications avec les fonctionnaires thaï, sont prises par l'ensemble des chefs de maisonnée qui se réunissent et discutent jusqu'à l'obtention d'un consensus. En cas de conflit, il arrive que certaines maisonnées se déplacent et aillent fonder un petit hameau plus loin. Le fonctionnaire du canton déclara que ma visite parmi eux avait été autorisée par les autorités de Bangkok et de la province et que ma présence ne posait pas de problèmes au niveau administratif. De mon côté j'expliquai, en thaï, que je venais pour apprendre leurs traditions, étudier leur histoire pour en faire un livre. Un peu interloqué, le « chef » acquiesça.

En Asie du Sud Est, à cette époque, tout étranger se trouvant dans un hameau ou village éloigné de la ville était logé et nourri. Cette hospitalité est une règle de base, et, dans la mesure du possible l'étranger doit faire un cadeau ou rendre un service à son hôte. C'est pourquoi, à Pan Pu Lo, il n'y a pas eu de difficulté de logement. Le « chef » me demanda de m'installer chez lui durant tous mes séjours. Il s'établit une relation d'échange entre sa maisonnée et moi : médicaments, courses en « ville », almanachs, divers objets utilitaires etc. contre le bat-flanc en bambou servant de lit aux hôtes de la maison, et le partage de tous ses repas. Ces trois ou quatre mètres carrés de bat-flanc dans la maison aux parois de bambou tressé, posés à même la terre, représentèrent mon seul espace personnel durant plus de deux ans. Il m'est occasionnellement arrivé de loger chez quelqu'un d'autre, mais la maison de Fou Hin demeura ma base pour la durée du terrain.

Il fallut en fait des semaines de conversations et d'explications avant que les villageois eussent bien saisi ce que j'étais venue faire. La plupart pensaient que j'étais venue « me promener ». Finalement c'est le côté « prestige » qui l'emporta et les gratifia : que l'on veuille écrire un livre sur eux leur faisait plutôt plaisir.

Je voudrais faire ici une remarque d'ordre général qui pourrait être utile à tous : il faudrait avoir toujours à l'esprit que sur un terrain, on vient en demandeur, pour apprendre et pour comprendre, ce désir doit être clairement ressenti par ceux qui nous accueillent. Il faudrait donc aborder son travail avec une certaine humilité, et du respect pour les particularités de l'« autre ». J'ai trouvé que dans la pratique ce n'était pas toujours chose facile.

Mes séjours de un mois à six semaines à Pan Pu Lo, étaient séparés par quelques jours passés « en ville », pour me reposer. Le fait d'habiter sous le même toit qu'une famille du village permettait ce que l'on appelle « l'observation participante », c'est-à-dire observer les activités d'un groupe tout en les partageant, apprendre à « faire » yao et « dire » yao. Ce qui implique presque toujours une absence totale d'intimité, une vie communautaire de tous les instants, de dormir sur son bat-flanc avec parfois d'autres invités, d'être soi-même observé constamment sans un instant de répit. Psychologiquement parlant, ce mode de vie demande une certaine résistance d'où la nécessité de coupures régulières par des séjours en ville afin de souffler un peu.

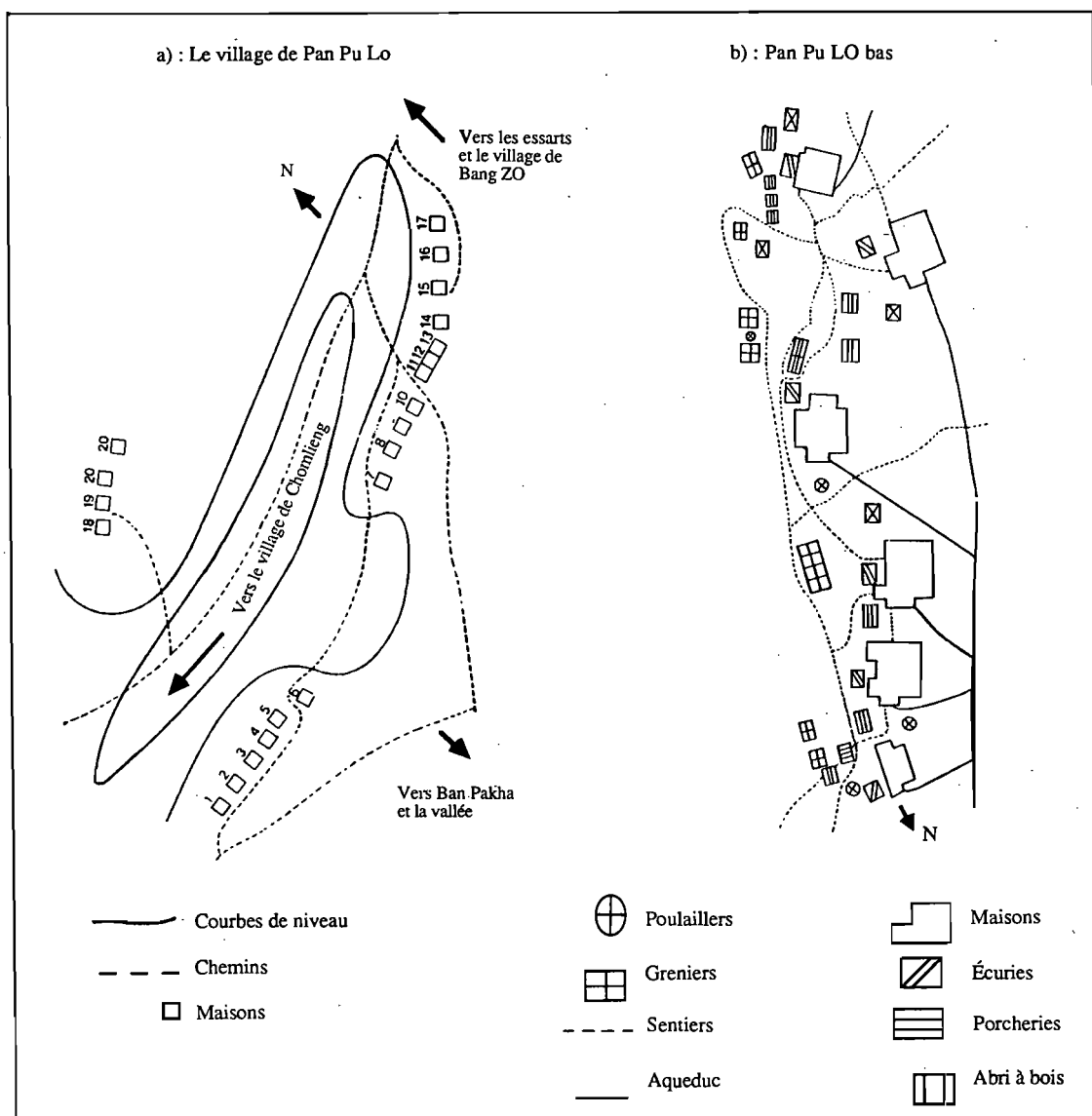
1.3. Le début de l'enquête

Au tout début, le plus simple et le plus utile est de commencer par des observations ethnographiques de la vie matérielle en s'initiant à la pratique de la langue, tout en faisant connaissance avec les villageois. Puis, parmi ces derniers, reconnaître les individus les plus aptes à devenir ce que l'on appelle des « informateurs principaux ». Sur le terrain, tout le monde est un informateur potentiel, même et parfois surtout les

enfants. Tout le monde ne dit pas nécessairement les mêmes choses et c'est cette multiplicité d'informations qui donne la dimension du travail. Il est tout de même nécessaire d'avoir un ou deux interlocuteurs privilégiés à qui l'on va pouvoir poser des questions sur tous les sujets sur lesquels on a besoin d'information. Cette relation « informateur-informé » peut s'établir sur des bases financières, avec paiement d'un salaire, ou, comme dans mon cas, par échanges de services, ou de voyages « à la ville ».

La première démarche pratique est l'établissement du plan du village, afin de le situer dans l'espace et d'y placer les habitants. Ce plan doit comprendre les courbes de niveau, les allées, les maisons, les dépendances (porcheries, abris à bois, poulaillers et greniers). Les maisons sont ensuite numérotées et le nom du « chef » de maisonnée indiqué (cf. figure 1).

FIGURE 1
Les cartes du village



Puis, par de patientes visites à chacun, on établit une généalogie pour chaque maisonnée. Ceci permet une connaissance des habitants du village et des relations qui existent entre eux, chaque individu est situé dans son contexte familial et villageois. Ce travail préalable est long, mais on se retrouve enfin avec un dossier pour chaque maison, qui va s'étoffer dans les mois qui vont suivre. Ce dossier comporte, outre la généalogie, le type de relations qui s'est établi entre les membres de la famille, le type de construction de la maison, le plan intérieur, le nombre d'animaux domestiques, la source d'eau, les maladies et causes de mort, etc.

Ces observations ethnographiques sont complétées par un relevé des maisons : construction, plan intérieur, matériau, distribution de l'espace, lieux de stockage, de cuisine, de repos, lieux « privés » et lieux « publics ». Le relevé se poursuit par la localisation des champs de culture, des essarts chez les Yao qui « brûlent » la forêt de montagne.

Une fois la cartographie et les généalogies terminées, ce qui permet de situer la population dans l'espace et dans le temps, j'ai commencé des observations régulières sur les sujets qui me concernaient plus particulièrement : la production et la consommation alimentaire. Mais il est bien sûr impossible de se tenir uniquement à un sujet aussi précis. La vie de terrain vous fait partager, de gré ou de force, tous les événements et activités de la communauté étudiée. Et c'est un bien, car pour une étude même spécialisée, il faut prendre le temps de bien connaître le contexte global. Il faut pouvoir situer les actions et les événements spécifiques dans le contexte de la société, si l'on veut en saisir le sens et les mécanismes. Il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin de soigner un symptôme sans avoir tenté d'en découvrir l'origine. Le programme d'observations spécifiques sur l'alimentation s'est inscrit dans un contexte général d'observations de la vie quotidienne, des rituels, des interactions entre les maisonnées, des réseaux d'influence et de prestige, des activités religieuses. De la production agricole à la consommation des repas, en passant par les échanges et l'économie villageoise, sans oublier les rituels et sacrifices concernant la religion, tout cela relève de « l'alimentation » dans son ensemble, et *a fortiori* d'un aspect purement biologique de l'alimentation qu'est la nutrition.

1.4. La production alimentaire

La cartographie des essarts s'est terminée un peu avant la saison des pluies, début du cycle agraire. Quatre maisonnées ont été choisies pour étudier les techniques de production : une grande maisonnée de 12 personnes, deux de huit personnes et une petite maisonnée, en fait un couple jeune et leurs enfants encore en bas âge. J'ai rendu régulièrement visite aux maisonnées quand elles se déplaçaient pour quelques jours sur leurs essarts, afin d'observer toutes les phases de préparation de la terre et de la culture des produits. J'ai fait un inventaire des plantes cultivées et visité régulièrement les essarts durant toute la durée du cycle agraire. J'ai vérifié et complété l'année suivante les données obtenues la première année. Pour les autres maisonnées j'ai questionné directement les chefs de famille et visité leurs essarts, mais de façon moins régulière. J'ai pu ainsi estimer la production de riz, de maïs et d'opium pour ces maisonnées, et établir des données sur le rendement (cf. figure 2).

La cueillette : Chez les Yao ces activités sont dévolues aux femmes et aux enfants. J'ai donc suivi des groupes de jeunes et de femmes lors de leurs déplacements dans la forêt, et établi un herbier des plantes collectées, afin de pouvoir les identifier.

La chasse : Cette activité strictement masculine est peu fréquente chez les Yao. Les données sur la chasse ont été obtenues en parlant avec les chasseurs du village qui

FIGURE 2
Rendements de riz à Pan Pu Lo pour l'année 1970

Maison	Nombre de personnes	Semence	Récolte
Fou Nian	7 (3 travailleurs)	63 Kg	2800 Kg
Tsoy Tsing	8 (3 travailleurs)	50 Kg	*700 Kg
Yeao Wen	8 (2 travailleurs)	50 Kg	1920 Kg
Fou Hin	8 (5 travailleurs)	56 Kg	2400 Kg
Fou Tseu	3 (2 travailleurs)	24 Kg	800 Kg
Fou Tsing	6 (6 travailleurs)	24 Kg	*420 Kg
Yi Louang	5 (2 travailleurs)	32 Kg	2080 Kg
Fou Tsang	6 (4 travailleurs)	80 Kg	5400 Kg
Yao Tsoy	9 (3 travailleurs)	80 Kg	*1920 Kg
Yao Kouan	5 (2 travailleurs)	64 Kg	2140 Kg
Kiem Sèn	8 (2 travailleurs)	96 Kg	3200 Kg
Kim Hin	8 (3 travailleurs)	64 Kg	1200 Kg
Fou Seu	3 (3 travailleurs)	42 Kg	*420 Kg

* « Le riz est mort ».

m'ont expliqué les techniques de piégeage, et de l'affût. Un autre aspect important est la chasse « enfantine ». Les petits garçons armés de mini-arbalètes, de pièges à glu, chassent pour jouer autour du village et autour des essarts. Ils tuent ainsi du petit gibier, rats de bambou, oiseaux, qu'ils dépècent, dépouillent et consomment entre eux. Cette viande constitue une part non négligeable de leur régime alimentaire.

L'élevage : Le cheptel des quatre maisonnées choisies pour l'observation fut répertorié. Je suivis durant l'année sa consommation et sa reproduction, ainsi que le nombre d'animaux sacrifiés. Il s'agissait principalement de poulets et de cochons.

1.5. La transformation et la consommation des aliments

J'ai choisi de suivre régulièrement 14 maisonnées, considérées comme les plus représentatives, de par leur taille et la composition de la famille. Je les ai visitées deux fois par semaine, durant toute la durée de mon séjour sur le terrain, et les ai accompagnées lors de leurs déplacements de plusieurs jours sur les essarts. Les sept autres maisonnées du village furent visitées de temps en temps, moins régulièrement. Certaines étaient pour ainsi dire « marginales », composées par exemple d'une veuve et d'un enfant adoptif, ou d'un jeune couple isolé, situations atypiques dans la société yao. Ces observations étaient cependant importantes pour voir si leur consommation alimentaire était comparable à celle des autres maisonnées plus prospères.

A chaque visite, je m'installais dans la partie cuisine de la maison, et je demandais aux femmes de me montrer les fruits et légumes de consommation courante qu'elles avaient rapporté des essarts. Je notais également les restes des repas de la veille. J'observais la préparation du repas du matin, qui allait servir également à nourrir tout le monde à la mi-journée, puis je repassais en fin d'après-midi pour observer la préparation du repas du soir, demandant des détails sur les collations, consommées dans la journée particulièrement chez les enfants. J'ai toujours participé à la préparation des repas, ce qui est la meilleure manière de connaître les diverses techniques de transformation des aliments. Si l'ethnologue est une femme, ce genre d'observation participante est évidemment plus facile. Ces observations purement qualitatives sur une période de plus de deux ans ont été complétées par un essai d'évaluation quantitative de la consommation de riz. A chaque visite j'ai mesuré le volume de riz cru utilisé pour la consommation journalière de la maisonnée (cf. figure 3).

FIGURE 3
Quantification de la consommation de riz

Maisonnée		Consommation quotidienne riz cru
Fou Ying	4 adultes 3 enfants	3 Kg (adultes 4 bols riz cuit par repas, enfant 2 à 3 bols)
Tsoy Ying	4 adultes 4 enfants	5 Kg
Yeo Wen	4 adultes dont 2 actifs	3 Kg
Fou Tsiéou	3 adultes	2 Kg
Fou Tsin	6 adultes	3 Kg
Yi Luang	2 adultes 3 enfants	3,5 Kg
Tsoy Tsing	4 adultes 4 enfants	5 Kg
Fou Hin	5 adultes 3 enfants	4 Kg
Fou Tseu	3 adultes	1,5 Kg
Fou Tsang	5 adultes 1 enfant	5 Kg
Yao Tsoy	3 adultes 6 enfants	4 Kg
Yao Kwan	4 adultes 1 enfant	3 Kg
Fou Niaan	4 adultes 3 enfants	3,5 Kg
Kien Sen	2 adultes 6 enfants	4 Kg

Encore une fois, il ne s'agissait pas d'une étude nutritionnelle, mais d'un travail sur les habitudes alimentaires et les relations symboliques et pratiques existant entre les Yao et leurs aliments. J'ai noté également, dans chaque maisonnée, les lieux où se prenaient les repas, les manières de table, les divers comportements des femmes, des hommes et des enfants. Le même type d'observation se faisait sur les essarts lors des séjours pour les grands travaux agricoles.

Toutes les cérémonies et événements exceptionnels à Pan Pu Lo ainsi que dans les autres villages Yao avoisinants ont donné lieu à des observations poussées pour ce qui est du rôle des aliments lors de ces événements, suivies de conversations à ce sujet, pour complément d'information, avec mes divers informateurs.

Une partie importante des observations concernait les enfants, qui, comme je l'ai dit plus haut, avaient leurs propres activités de petite chasse et parfois de cueillette. On remarquait qu'ils ne mangeaient pas seulement lors des repas familiaux, mais qu'ils consommaient durant la journée le produit de leurs expéditions en forêt proche du village. Je les ai suivis dans leurs jeux, et j'ai noté leurs activités et les types d'aliments qu'ils consommaient en jouant.

2. DONNÉES ET INTERPRÉTATION

Au bout de la première année, j'ai pu établir un calendrier agraire de production et d'acquisition des aliments, d'après une observation directe et prolongée, avec une liste quasiment exhaustive des aliments consommés (cf. figure 4). J'avais également des descriptions détaillées des principales cérémonies et sacrifices, avec le rôle joué par la nourriture dans les rituels, ainsi qu'une répartition des aliments lors de ces fêtes, parmi les maisonnées du village.

FIGURE 4
Aliments de Yao

Plante	Manière de consommer	Mois de cueillette
<i>hrug haapg</i> (<i>heuou hap</i>) souche de nénuphar, fruit également comestible	bouillie	4.5.6.7.8
<i>hiad Dxib</i> (<i>hia doï</i>) tubercule Colocasia...	sous la cendre	3.4.5
<i>lai lend</i> (<i>lai lèn</i>) liane au tronc gros comme la main, fleurs blanches	sautée	3.4.5.6
<i>Pyrug trub</i> (<i>piéou teuou</i>) Arbuste épineux, fruits rouges acides	crus	3.4.5.6.7
<i>Tioq swi</i> (<i>tio soui</i>) petite prune âpre et acide, pousse sur un arbre	crue	3.4.5.6
<i>Kiau biug</i> (<i>kiaou bioug</i>) champignon rose à lamelles	sauté, soupe	3.4.5.6
<i>Kiau Lo</i> (<i>Kiaou hlo</i>) champignon de bois mort	sauté, soupe	3.4.5.6.7
<i>Lauq Byaiq</i> (<i>hlaou biai</i>), pousses de bambou <i>Bambusa spp.</i>	soupe, ragoût	3.4.5.6.7
<i>Guya</i> (<i>goung</i>) Mei luab (<i>hméi loua p'heuou</i>) Pousses de lianes	soupe, soupe	3.4.5
<i>taau</i> (<i>taou</i>), Pousses de palmier <i>Wallichia gracilis</i> Bec	soupe	3.4.5.6
<i>Zoiq</i> (<i>t'hsoï</i>), Pousse d'un arbre blanc, <i>Smilax megacarpa</i> D.C.	soupe	3.5.6.7.8
<i>daap fim</i> (<i>dax fim</i>), Cœur de palmier <i>Latanier</i> et <i>Borassus</i>	soupe, sauté	3.4.5.6
<i>bru suv</i> (<i>beuou soung</i>) gingembre sauvage <i>Zingiber...</i>	remplace le piment	toute l'année
<i>Kiau Lap</i> (<i>Kiaou Hlap</i>), champignon de bois mort	sauté, soupe	3.4.5.6
<i>Boy Kiau</i> (<i>boï kiaou</i>), champignon de Termitière <i>Agaricus integer Vertomycus</i>	sauté, soupe	3.4.5.6.7

Il était maintenant possible de réfléchir sur les relations que les Yao avaient établies entre leur environnement et leurs aliments. A la réflexion, il me semblait que le système alimentaire des Yao transposait de manière non ambiguë les catégories d'espace et de temps qui leur étaient propres et qu'on pouvait aborder leur façon de manger un peu comme on aborderait un langage : il semblait y avoir des significations précises et des situations nettement exprimées.

Les derniers mois de terrain ont porté sur la vérification des données obtenues et des idées générales que l'on pouvait en tirer. En même temps, j'essayais de tester la cohérence des différentes parties qui apparaissaient dans l'ensemble de ce système alimentaire. Notons ici que l'apparition d'incohérences est tout aussi instructive sur le système en question, car elles mettent en relief les catégories par leur « anomalie » : chez les Yao, les femmes ne fument pas l'opium, et pourtant j'en ai connue une, assez âgée, qui était devenue véritablement opiomane. Mais elle était veuve, sans enfants,

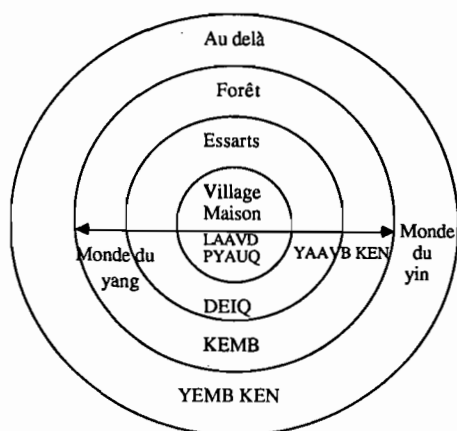
sans maison, et elle était devenue totalement marginale par rapport à son groupe. Son comportement atypique ne faisait que confirmer le fait que chez les Yao, les femmes « normales » ne fument pas...

Mais le véritable travail de réflexion se fait plus tard, hors du contexte du terrain, lorsqu'on commence à rédiger et que l'expérience a eu le temps de « mûrir ».

2.1. La notion d'espace

Elle inclut celle d'un espace intemporel : l'au-delà, le monde des ancêtres (cf. figure 5). Le monde qui entoure les Yao se divise en tranches circulaires et concentriques dont le centre est la maison et le village, suivi d'une zone intermédiaire des essarts, puis à la périphérie la forêt, monde sauvage, et recouvrant le tout comme un vaste dôme, le monde des ancêtres et des génies ou monde du Yin opposé au monde du Yang ou monde des vivants. Cette notion d'espace est capitale pour comprendre les divers schémas de consommation des aliments. Leur vie durant, les Yao agissent sur ces deux niveaux spatio-temporels, et l'au-delà est toujours présent dans les actes de la vie quotidienne. Ils en ont une représentation très concrète : composée de l'assemblée des fidèles du panthéon taoïste, régie pas les Trois Purs et administrée par dix-huit Grands Esprits Parfaits aidés d'une foule de fonctionnaires célestes. Sous ce gouvernement (réplique du système impérial chinois), chaque esprit, chaque ancêtre mène une vie correspondant à son mérite. Ce dernier s'acquiert pour une grande part dans le monde des vivants, lors de grandes cérémonies au cours desquelles le bénéficiaire (vivant ou défunt) « achète » une place dans la hiérarchie céleste. Les vivants sont en contact fréquent avec l'au-delà, chaque fois qu'ils s'adressent à leurs ancêtres et qu'ils leur « donnent à manger ».

FIGURE 5
Représentation de l'espace Yao



La forêt : Elle est considérée comme sauvage, extérieure, fréquentée par de nombreux esprits rattachés au territoire. C'est dans la forêt que se pratique la cueillette.

Les essarts : Ces champs obtenus par un brûlis sur une surface de forêt, sont un espace intermédiaire entre le monde sauvage et la maison. Il s'y déroule la presque totalité des activités de travail, toute l'énergie du groupe familial étant vouée à maintenir un équilibre profitable entre la nature qui fournit et les hommes qui consomment.

Le village et la maison : Ils représentent le centre même de l'espace, lieu domestique et familial, refuge des vivants. On y pratique l'élevage des volailles et cochons, importante source de nourriture. L'espace intérieur de la maison se divise en trois parties s'articulant autour du centre « absolu » représenté par l'autel des ancêtres. La partie droite de la maison est la pièce principale, domaine plus particulièrement masculin, lieu de réception où se déroulent les rituels. La partie gauche est la cuisine, domaine des femmes et des enfants, espace informel où s'accumulent les provisions, où on prépare les repas, sous la protection des génies « Seigneurs de la Cuisine ». Derrière l'autel des ancêtres, lové contre la pente de la montagne se trouve l'espace le plus intime et le plus secret, où sur des bat-flancs en bambou séparés par de minces cloisons, dorment les divers couples de la famille et leurs enfants.

2.2. Les types d'aliments

Ils recouvrent trois grandes catégories : le riz, les végétaux « légumes », la viande, la graisse et le sang. Viande, graisse et sang donnent de l'« énergie » que le riz véhicule et fixe dans le corps, formant la chair. Les légumes apportent un facteur « purifiant », sorte de dépuratif qui nettoie le corps.

Les repas comprennent toujours une base de riz et un ou deux plats d'accompagnement, presque uniquement à base de légumes. La viande, toujours offerte aux ancêtres, nécessite le sacrifice rituel d'un animal, et n'est consommée que lors de cérémonies. La source la plus courante en sont les cochons et les poulets.

La cueillette en forêt est surtout pratiquée par les enfants, femmes ou adolescents qui ramassent fruits et plantes sauvages quand ils se rendent sur les essarts. A ces nourritures considérées comme sauvages, viennent s'ajouter quelques insectes comestibles : larves d'hyménoptères, vers palmistes.

L'eau et le thé sont les boissons courantes, l'alcool de riz, de maïs ou de sorgho est réservé aux jours de fête et de sacrifice, il est toujours associé au sang de l'animal sacrifié.

2.3. La transformation des aliments

La cuisine quotidienne est faite par les femmes. Les hommes ne font la cuisine qu'au moment des sacrifices ; ils se chargent de tuer l'animal, de le découper et de préparer les plats crus.

Le cru : Il constitue une catégorie plus particulièrement liée aux hommes, aux ancêtres et aux génies. Au moment du sacrifice, on réserve toujours une partie du sang et de la chair pour les accommoder crus avec des aromates : c'est le plat masculin par excellence. Le sang des poulets sacrifiés est offert aux ancêtres, mêlé à de l'alcool.

Le grillé : Ce mode de cuisson est utilisé par les enfants quand ils font cuire le produit de leur chasse et de leur cueillette. C'est aussi la technique utilisée pour préparer les aliments sur les essarts. Dans cette même catégorie on retrouve la cuisson sous la cendre ou à l'étouffée, l'aliment enveloppé dans une feuille de bananier.

Le bouilli : Symbole de la cuisine à la maison, il est pratiqué par les femmes.

Les cuissons aux corps gras : Le seul corps gras utilisé est la graisse de porc, dans laquelle on fait sauter les légumes. La friture (uniquement de viande) n'intervient que lors des banquets de sacrifice.

En fait le mode de cuisson le plus courant est mixte : l'aliment sauté dans la graisse est mouillé d'eau de manière à mijoter et produire une sauce.

Selon les endroits, les Yao ne font pas cuire les aliments de la même manière. Les aliments crus ne se consomment à la maison que lors des sacrifices ; par contre ils sont fréquents en forêt (enfants mangeant le produit de cueillette) et dans une certaine mesure au cours des repas dans les champs. Le cru non ritualisé (hors sacrifice) c'est-à-dire n'accompagnant pas un repas offert aux ancêtres, n'a jamais sa place dans la maison. Grillades et cuissons sous la cendre, cuisine « sans récipient », sauvages par rapport à la poêle ou marmite civilisatrice, sont très pratiqués dans les champs. Les cuissons à l'eau et aux corps gras sont exclusivement pratiquées sur les fourneaux de la maison. Nous y retrouvons les concepts avancés par Levi Strauss du cru sauvage et du cuit civilisé (qui sont en fait de très anciens concepts chinois, bien que ces derniers ne les aient pas formulés dans un triangle culinaire).

2.4. Les divers types de repas

Les Yao mangent deux, parfois trois fois par jour, des repas identiques : riz et un ou deux plats d'accompagnement. Mais les types de repas changent selon le lieu où ils sont préparés et consommés.

Le repas sur les essarts : Durant les phases importantes du cycle agraire, quand le groupe familial séjourne plusieurs jours sur les essarts, il y pratique une cuisine particulière : l'habituelle association d'aliments bouillis et sautés fait place au grillé et au cuit sous la cendre. Les ingrédients comportent surtout des produits de cueillette et sont servis sur un morceau de feuille de bananier. Chacun se sert directement dans ce plat communautaire en mangeant avec les doigts.

Le repas quotidien à la maison : Il est toujours cuisiné par les femmes, comporte une base de riz, un ou deux plats de légumes sautés en ragoût. On mange sur une petite table basse. Le riz est servi dans des bols individuels, les plats d'accompagnement dans des assiettes communes et chacun mange avec des baguettes. De bonnes manières de table sont obligatoires. Le cru, le grillé et le cuit sous la cendre n'apparaissent pas.

Le repas de cérémonie : Il se fait toujours lors du sacrifice d'un cochon. Parents et voisins y sont invités. Les hommes prennent place autour de tables basses posées côte à côte. Chaque convive a une coupe d'alcool et une paire de baguettes. Le repas commence par une invocation aux ancêtres, les coupes sont remplies d'alcool, les échanges de politesses pour s'inviter mutuellement à boire très longs et très nombreux. Le repas ne comprend que des plats de sang et de viande, crus et frits. Le riz est servi en dernier lorsqu'on a fini de boire. L'alcool, produit de la distillation est considéré comme l'essence du grain et ce serait une sorte de pléonasmе culinaire que de le servir en même temps que le riz.

Le repas des ancêtres : Une obligation majeure envers les ancêtres et autres génies de l'au-delà consiste à les nourrir. Ils sont conviés à un banquet chaque fois qu'il y a un sacrifice. A la base de toute relation avec l'au-delà il y a une offrande de nourriture qui nécessite une préparation différente de celle des humains. Une fois le cochon égorgé devant l'autel, nettoyé et dépecé sur une étagère spéciale, le maître de maison invoque ses ancêtres pour les convier au festin. Il verse de l'alcool dans des coupelles et égorge un coq dont le sang doit se mêler à l'alcool. Essence de la chair (sang) et essence du riz (alcool) sont les nourritures préférées des ancêtres.

2.5. Les aliments, le sexe et l'âge

Il existe une différenciation de l'alimentation en fonction des consommateurs (cf. figure 6).

FIGURE 6
Différenciation de l'alimentation
en fonction du consommateur

Femmes	Hommes
Intérieur Maison Cuit Bouilli Mou (haché très fin)	Intérieur / Extérieur Cuit / Cru Grillé Frit Alcool et sang
Enfants	Génies
Intérieur / Extérieur Cru / Cuit Grillé Cuit sous la cendre	Extérieur Cru Alcool et sang

Les **hommes** préparent et consomment les aliments crus (sang et viande) et l'alcool ; mangent avant les femmes et sont tenus de montrer un exemple de frugalité.

Les **femmes** préparent la cuisine de tous les jours et mangent après les hommes. Leurs nourritures préférées sont bouillies ou en ragoût.

L'**enfant** une fois sevré fera partie d'une petite bande autonome sous la surveillance d'une aînée. Un des jeux principaux consiste à aller dénicher de la nourriture pour se faire de multiples dînettes au cours de la journée. Baies, champignons, oiseaux, rats de bambou, écureuils, petits crabes d'eau douce, tout est bon. Leur petit monde culinaire englobe le cru, le grillé et le cuit sous la cendre, techniques sauvages (sans récipient) pour nourritures sauvages. Par contre, lors des repas familiaux, on leur donnera de préférence des soupes et du très cuit.

Ancêtres et génies sont nourris exclusivement par les hommes. Tous les aliments sont crus et représentent les deux catégories principales : viande et sang porteurs d'énergie, et riz (cru ou alcool : essence du riz) qui fixent cette énergie. Cela n'indique pas tant un état de « sauvagerie » qu'un état totalement opposé à celui des vivants, visant à marquer les barrières insurmontables entre le monde visible et l'invisible, la vie et la mort, qui se traduisent par l'opposition du cru et du cuit.

2.6. La cuisine et les catégories spatiales

Les Yao se représentent leur espace, comme nous l'avons dit, en couches successives et concentriques à partir d'un centre représenté par la maison (cf. figure 7). A chacune de ces couches successives correspond un mode de cuisson particulier, un certain type d'aliment et des manières de table appropriées.

La **maison** a une pièce exclusivement réservée aux activités culinaires comprenant cuissons aux corps gras et à l'eau, nécessitant l'usage de récipients. On mange sur une table, avec des bols et des baguettes.

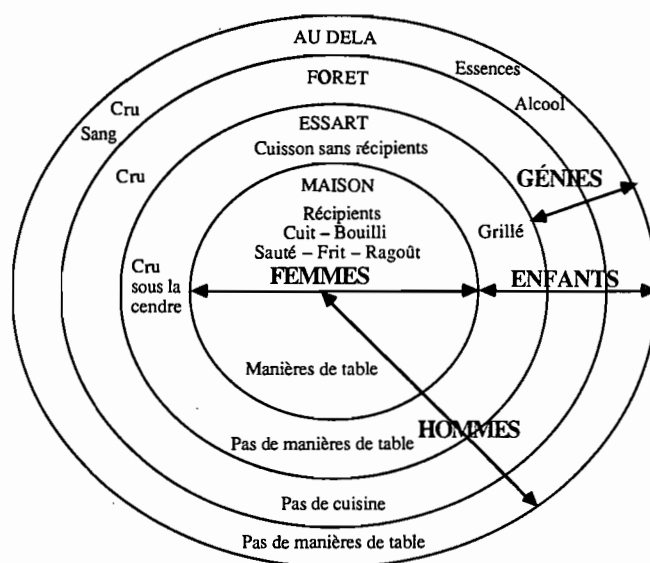
Les **essarts** : on fait un feu entre trois pierres, à même le sol, pour cuire les aliments. Ces derniers proviennent de la petite chasse et de cueillette. Ils sont grillés

ou cuits sous la cendre. Le cru est fréquent sous forme de salades. On mange avec les doigts, sur des morceaux de feuille de bananier.

La forêt : on n'y cuisine jamais. Des produits de cueillette y sont consommés crus sur place : baies, fruits, feuilles, nids d'insectes etc.

L'au-delà, monde invisible des ancêtres, est un lieu sans cuisine. Les aliments offerts sont consommés crus, les essences y jouent un rôle important.

FIGURE 7
Espace, alimentation et société Yao



Ces catégories culinaires qui correspondent à des catégories spatiales se retrouvent également dans le comportement alimentaire spécifique selon le sexe et l'âge.

Les femmes restent dans l'élément intérieur, Yin, domaine du cuit et du cuisiné. Les hommes font le lien entre l'au-delà et la maison, à travers leurs préférences alimentaires, par le biais du cru, de l'alcool et du sang. Les enfants manifestent leur situation transitoire entre ancêtres et vivants : leurs préférences alimentaires correspondent à ce qui se pratique sur les essarts, espace transitoire entre la maison et la forêt.

Les ancêtres, mangeurs d'essences et de cru, s'assimileraient plutôt à la forêt, monde extérieur, s'ils ne rejoignaient en fin de compte le centre absolu du civilisé, le cœur de la maison, par le biais de l'autel des ancêtres et les repas qui y sont offerts.

Pour les Yao, le bien-être et la santé de la maisonnée dépendent du bon équilibre et des bonnes relations entre l'intérieur et l'extérieur, entre les hommes et les ancêtres, les essarts et la main-d'œuvre. La nourriture en est une manifestation. En effet, il faut bien nourrir les ancêtres aux périodes requises pour obtenir d'eux des conditions favorables à la production de la nourriture, et, d'autre part, c'est le type de repas qui délimite, dans l'espace et le temps, les zones d'équilibre. Cette forme d'harmonie s'exprime par le concept taoïste de Yin et de Yang, et la santé aussi bien que la prospérité ne s'obtiennent qu'à la condition que cet équilibre ne soit pas perturbé.

Cette description très schématique de l'alimentation des Yao montre les profondes significations qui s'attachent à l'aliment, aux manières de le préparer et de le consommer. On voit bien comment la connaissance de toutes ces catégories est nécessaire pour comprendre les divers comportements alimentaires des membres du groupe, leurs interprétations, et, à partir de là, les pathologies qui pourraient en découler dans certaines conditions. En outre, pour communiquer sur des concepts d'alimentation et de santé de manière efficace et envisager de changer ou transformer des habitudes, il faut savoir se repérer dans les catégories spatiales et alimentaires du groupe.

Il s'agit ici d'un terrain sans questionnaires, d'un travail de longue durée, d'observation fine, au sein d'un village, dans les maisonnées qui le composaient : de l'anthropologie classique et en ce sens une expérience personnelle. Les résultats en sont purement qualitatifs, mais précisément à ce titre permettent de reconstituer le système alimentaire des Yao, le pourquoi et le comment de leurs habitudes à ce sujet. Lorsqu'on aborde des notions de développement, de transformation ou d'éducation, à quoi peut servir cette approche ethnographique de l'alimentation? Elle peut servir de base à une enquête de type nutritionnel dont la particularité est d'être quantitative, lourde à mener et nécessitant une équipe de spécialistes : en effet un tel travail préalable facilite leur tâche en aidant à l'élaboration de questionnaires cohérents (pour le groupe étudié), en connaissance du rôle pratique et symbolique des aliments consommés. De plus elle permet également d'intervenir efficacement dans des campagnes d'éducation nutritionnelle où l'on demande aux individus de transformer leur comportement alimentaire.

Je ne crois pas beaucoup aux études nutritionnelles menées sur le terrain par une seule personne, en même temps que des observations anthropologiques. Rappaport avait tenté de le faire dans les années soixante en Nouvelle Guinée, mais si ses observations anthropologiques ont été remarquables et novatrices dans l'étude des relations entre un groupe humain et son environnement, nutritionnellement parlant son travail n'a pas été exploitable. L'étude anthropologique devrait donc précéder l'enquête nutritionnelle qui devra être réalisée par des nutritionnistes spécialisés dans ce domaine. On ne s'improvise pas anthropologue, pas plus qu'on ne s'improvise nutritionniste, ce qu'il faut, c'est travailler ensemble en pratiquant une véritable interdisciplinarité fort vantée mais encore peu appliquée.

BIBLIOGRAPHIE

JEROME, KANDEL & PELTO EDS.

1980 *Nutritional anthropology : contemporary approaches to diet and culture*, Redgrave Publishing Company, New York.

GOODY J.

1982 *Cooking, cuisine and class, a study in comparative sociology*, University Press, Cambridge.

RAPPAPORT A.

1968 *Pigs for the ancestors*, Yale University Press, New Haven.

MC ARTHUR M.

1974 « Nutritional Research in Melanesia : a second look at the Tsembaga », *Oceania*, 14, 2.

SOCIOLOGIE ET HYGIÈNE

Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques de Ouagadougou

Arlette POLONI

Les constats d'échecs réitérés en matière de développement, conjugués à la tendance à un réajustement de l'aide due à un contexte de crise dans l'économie mondiale – nécessité oblige – militent en faveur d'études plus approfondies lors de l'attribution de l'aide par les bailleurs de fonds. Pour exemple, nous retiendrons que les mesures ponctuelles prises en matière d'assainissement pour la ville de Ouagadougou sont restées jusqu'alors sans effet. Ainsi, en dépit des 170 forages censés distribuer une eau potable car prélevée en profondeur et malgré les différentes campagnes d'assainissement lancées au niveau national (opération ville propre, concours de salubrité dans les écoles), il reste que les maladies diarrhéiques sont la deuxième cause de mortalité infantile à l'hôpital. Un tel constat incitait donc à examiner plus en profondeur la situation réelle des populations. Il s'agissait naturellement d'élargir le champ de la recherche vers une conception plus globale de la santé, articulant milieu, pratiques sociales et santé afin de pouvoir répondre plus précisément aux préoccupations formulées par les médecins et les urbanistes auxquels il était demandé de faire des propositions concrètes pour élaborer un ensemble de mesures visant à réduire les maladies diarrhéiques.

C'est ainsi que conviée à exhumer les chaînons manquants susceptibles de lever les blocages, de redresser les déviations ou décalages provenant de la non reconnaissance des logiques propres des acteurs, je me suis appliquée à restituer cette vision « du dedans » des populations, concernant leurs pratiques de propreté. Démarche préalable, incontournable à qui désire œuvrer dans le sens des transformations sociales, sauf à prendre le risque de manquer son but. Cette connaissance essentielle « du dedans » devrait constituer le préliminaire obligé pour tout développeur qui se trouve sollicité pour modifier des façons de faire qui touchent à des pratiques aussi intimes que celles relatives au corps, à l'éducation des enfants, à la maladie ou encore à des comportements liés à des pratiques codées comme les préparations alimentaires ou l'organisation de l'espace domestique.

L'association de l'idée de propreté à celle de l'hygiène ne va pas de soi (Peter 1982). Toute société a ses normes de propreté. Vouloir les mesurer à l'aune des règles d'hygiène, produit historique du 20ème siècle, élaboré au cœur de la société occidentale, fait prendre le risque d'une absence de reconnaissance d'un champ de la propreté spécifique à chaque société. Une telle attitude peut conduire à des jugements perçus comme offensants par les populations, en outre elle mène à des incompréhensions préjudiciables à qui désire œuvrer en matière de santé publique.

De plus, avoir pour objectif de transformer des pratiques en matière d'hygiène n'échappe guère à un certain nombre de présupposés implicites tels que :

- la croyance en la supériorité de la biomédecine eu égard à son efficacité objective à réduire les taux de mortalité ;
- l'idée que l'hygiène voire la propreté est la chose du monde la moins bien partagée (présupposé stigmatisant l'Autre dans un univers marqué par l'ignorance de la discrimination entre le propre et le sale) ;

- la pensée qu'il suffit de rendre « visibles » les facteurs de transmission des maladies pour convaincre et engendrer les modifications de comportement.

Autant de présupposés qu'il faudrait déconstruire sous peine de regarder la réalité à travers un prisme déformant et donc se méprendre sur les actions à engager.

L'observation des pratiques de propreté de la population des secteurs périphériques de la ville de Ouagadougou contribuera à fournir les éléments d'une meilleure appréhension du milieu, éléments nécessaires à la déconstruction de ces idées communes.

La notion de santé met en œuvre des conceptions historiquement et socialement relatives et ne saurait être définie universellement. Le trappeur canadien, le mannequin parisien et le paysan africain ont des besoins physiques et mentaux fort différents. L'adaptation au milieu, pour chacun d'eux, induit la mise en œuvre de connaissances, de règles, qui échappent aux constructions faites en laboratoire. A l'instar de R. Dubos j'orienterai mes observations vers des dimensions extramédicales et privilégierai donc des dimensions économiques, écologiques, technologiques tout en les articulant au système symbolique qui donne sens aux pratiques quotidiennes de propreté.

Prendre un tel parti s'inscrit contre toutes les démarches qui posent au cœur des transformations des pratiques la notion de « conscientisation » qui pour ma part participe d'un processus de « culpabilisation » des populations sans leur donner les moyens de pallier un ensemble de difficultés matérielles déterminantes dans leurs pratiques.

Le manque d'eau, le manque d'argent pour acheter des médicaments, l'absence de moyens de transport pour accéder au dispensaire, le sous-équipement de la ville en matière d'évacuation des eaux usées, de bornes fontaines, pèsent trop lourd dans la balance qui cherche à rééquilibrer la santé en agissant essentiellement sur une politique visant la transformation des pratiques des acteurs sociaux.

Les hygiénistes du 19^{ème} siècle en Europe l'avaient bien compris, ce qui fera dire plus tard à R. Dubos que « les sous-vêtements de coton lavables et la vitre transparente qui laisse passer les rayons du soleil ont fait plus que la médecine pour vaincre les infections » (Dubos 1961 : 1).

1. MÉTHODOLOGIE

Soit donc un regard inexpérimenté venant faire écho à l'expérience de l'Autre. L'observation participante a pour but de nous instruire sur cette habileté de l'être humain qui lui permet de résoudre les problèmes imposés par son milieu.

Que s'agissait-il de mettre en forme sinon une expérience inscrite dans des pratiques quotidiennes ? « Parce que la propreté ou la saleté absolue n'existe pas, sinon au yeux de l'observateur » (Douglas 1981 : 24), j'ai pris le parti de déplacer mon analyse du champ de l'hygiène, dont les fondements se veulent aujourd'hui essentiellement scientifiques, vers celui de la propreté qui est d'essence culturelle.

Les pratiques de propreté, objet de la recherche attestent d'une expérience de classement, de mise en ordre du milieu par les acteurs, signent un travail sur la nature, et dans un même élan témoignent d'un travail d'élaboration, et d'accommodation voire de distanciation aux normes du groupe.

Il fallait donc repérer à travers les multiples pratiques quotidiennes, comment et pourquoi les acteurs sociaux effectuent les différents rangements, triages, lavages, nettoyages : manifestations de l'intériorisation du principe de discrimination entre le propre et le sale dans leur milieu.

Le milieu n'est pas une variable indépendante de l'homme. Il participe d'une réalité construite et non donnée. Les acteurs sociaux transforment leur environnement par leurs différentes manières d'agir sur le monde et par leurs différentes façons de se le représenter. C'est donc l'ensemble des pratiques ordonnant la quotidienneté d'un milieu circonscrit à l'espace domestique : soit l'entretien de la cour et de l'habitat, les pratiques de transformation alimentaire et les usages liés aux soins attribués au corps qui ont constitué les dimensions générales de l'observation. Ces dimensions ont été choisies, parce qu'elles composent le cadre à l'intérieur duquel les acteurs sociaux réalisent leur socialité. Ce cadre de la quotidienneté enregistre un ensemble de pratiques susceptibles de servir ou desservir le maintien de la santé.

En outre si la justification de la spécificité des pratiques culturelles ne s'épuise pas dans des explications d'ordre matériel ou fonctionnel, on ne peut néanmoins occulter le fait que toute pratique est toujours enchâssée dans un réseau de contraintes économiques, technologiques, écologiques à partir duquel les acteurs sociaux composent et donnent sens à leurs activités. L'ensemble des discriminations entre des notions comme celles de propre et de sale ne peut finalement se comprendre que rapporté à un système de valeurs inscrit dans la société globale. Toutefois, les variations que les pratiques consistent, dévoilent le jeu des acteurs sociaux avec la norme. Ainsi les gestes que l'on pensait irréfléchis parce qu'incorporés, sont en fait rarement indissociables d'une pensée mettant en œuvre un certain savoir sur eux mêmes, sur les autres, sur les contextes d'application. Savoir-représentation, savoir-action, c'est de ces savoirs dont je voulais rendre compte. Mon système d'interprétation essaiera donc de tenir les deux bouts de la chaîne, articulera contraintes techniques, écologiques et système symbolique.

Par ailleurs, on signalera que la lecture des pratiques de propreté ne peut s'effectuer que dans un continuum d'actions dont les finalités sont autres qu'elles-mêmes. Sorte de trait suprasegmental, la propreté est aux actes de la vie quotidienne, ce qu'est l'accent ou l'intonation au discours. Elle connote les pratiques d'un surplus de sens, lequel justifie les inflexions et variations des acteurs dans l'appropriation de leur espace, dans les pratiques de transformation alimentaire ou dans le rapport qu'ils entretiennent à leur corps. C'est donc à travers une série d'actions-supports, à travers des filières techniques, qui comprennent des successions de pratiques, d'outils, et d'objets que j'ai été amenée à décrypter les signes de la propreté. Ces signes que je me suis appliquée à décoder, interviennent à des moments précis tout comme une logique narrative peut être brisée, éclatée dans un film, au profit d'une cohérence choisie par le metteur en scène.

L'observation a été effectuée sur trois secteurs périphériques, sur une population essentiellement mossi, à 90 % musulmane, et principalement d'origine rurale. L'enquête s'est limitée à l'observation des femmes en activité dans la cour, postulant la prédominance de leur rôle au niveau des pratiques éducationnelles et de leurs effets sur les maladies diarrhéiques. Elles ont été recrutées parmi 150 familles, issues de toutes les couches sociales. D'une moyenne d'âge d'environ 36 ans, elles se sont toutes

déclarées ménagères. Néanmoins on retiendra que la moitié d'entre elles exercent dans le secteur informel, des activités qui mettent en œuvre des capacités relatives à la transformation alimentaire. Pour la plupart non alphabétisées, elles caractérisent bien la population résidant dans les secteurs nouvellement lotis.

2. DES PRATIQUES DE PROPRETÉ EN DÉPIT DE L'ABSENCE D'EAU

Si les sociétés occidentales associent propreté et hygiène, il n'en a pas toujours été ainsi. De plus, réduire les pratiques de propreté à l'usage des vertus du savon et de l'eau de javel oblitère tout un champ de pratiques visant à éliminer ce qui dérange, à séparer le propre du sale. L'arsenal des pratiques de propreté que j'ai repéré dans le continuum des pratiques quotidiennes, en fait, n'est pas lié à l'usage exclusif de l'eau.

2.1. De la chasse aux génies aux senteurs qui nettoient

La plupart des cours visitées comporte un espace aménagé en douche et/ou latrine. Lors de mes observations quotidiennes, j'ai enregistré une préoccupation à combattre les nuisances occasionnées par les toilettes sèches. La présence d'une bouteille de grésyl, dans la majorité des cas, atteste du souci de lutter contre ce qui est associé à une répulsion : les mauvaises odeurs, voire mouches, cafards ou vers. L'utilisation d'un produit aseptisant montre clairement la souplesse des registres sur lesquels les populations jouent et témoigne ici d'un véritable souci de prophylaxie, surtout lorsqu'on sait combien les mauvaises odeurs sont rendues responsables des ballonnements ou gaz dans les cas de maux de ventre.

Une autre façon de combattre les odeurs dérangeantes comme celle de l'urine de bébé dans la chambre familiale a été la pratique de la fumigation d'encens. Ici le parfum nettoie, purifie l'air. Purification qui se double de vertus protectrices : éloigner les mauvais génies qui risquent de venir la nuit « prendre » les enfants en bas âge. Les mauvais génies se détournent de certaines odeurs. Ainsi le parfum redresse l'air corrompu et dangereux. On rappellera combien pendant les grandes épidémies de peste en Europe « le parfum suave et odoriférant était censé préserver de la contagion en corrigeant la corruption de l'air » (Vigarelli 1985 : 100).

De telles pratiques démontrent clairement l'adaptabilité que les populations sont capables de mettre en œuvre pour éliminer les odeurs dérangeantes ainsi que la prolifération des insectes. Le grésyl, ingrédient moderne, vendu au même titre que les médicaments traditionnels, rentre dans la même panoplie que l'encens qui est utilisé pour éliminer l'odeur de l'urine des bébés. Vertus protectrice, thérapeutique et purificatrice sont conjuguées au présent.

2.2. Évitement des contiguités dangereuses

L'attention portée à se chausser avant d'entrer dans les latrines afin d'éviter tout contact avec les souillures relatives aux déjections est largement redevable aux associations que les populations font entre les excréments et les maladies comme les plaies d'anus, les maux de ventre et la maladie du *sabga* (Bonnet 1988 : 17), entité qui regroupe un ensemble de maladies telles que la syphilis, la fièvre jaune, et la jaunisse. Pratique de conjuration des contiguités dangereuses, c'est par un système

d'interposition et d'évitement que les populations règlent ici le problème des contaminations qui ressortissent à des éléments classés parmi les choses répugnantes, sales. Entre autres choses, le sang, les menstrues, les pertes blanches, les cheveux sont qualifiés de *regdo* sales, et impurs (Bonnet 1987 : 17).

On se souviendra que les contraintes spatiales qu'imposent l'habitat urbain et la densité de population n'offrent pas les mêmes possibilités qui existent dans les zones rurales où les aires de défécation éloignées des maisons suppléent largement au manque de latrines. La dégradation rapide que le soleil opère et les éliminations que les petits animaux effectuent pourvoient efficacement au manque d'entretien des aires de défécation.

Une autre façon de combattre la saleté liée aux excréments consiste à éviter de salir plus qu'à nettoyer. Si l'interdiction faite aux enfants en bas-âge de fréquenter les latrines se légitime, pour une part, par les risques de chute dans le trou de la fosse, il reste que l'obsession de propreté justifie aussi la limitation de cet accès. Les sols en terre sont difficiles à laver.

Relevant de la même logique, mais dans l'ordre des pratiques de transformation alimentaire, on remarquera l'attention portée aux contiguïtés dangereuses. Les préparations exigeant malaxages ou brassages – nion, boules d'akassa, zomkoom, dolo, karité, etc. ⁽¹⁾ – ont toujours été effectuées exclusivement de la main droite. Une telle pratique assure de la séparation des ordres, de la discrimination entre le propre et le sale, et plus largement du pur et de l'impur. Elle s'éclaire si on la met en rapport avec le premier terme de la série d'oppositions chaud/froid, sud/nord, gauche/droite qui caractérise le monde de l'invisible, celui des génies (Bonnet 1988). Certains rites initiatiques ou réparateurs ne s'effectuent que de la main gauche. Ils se fondent sur une vision du monde inversée et témoignent de la séparation définitive des univers. Si l'espace et le corps enregistrent les contiguïtés dangereuses, néanmoins les acteurs sociaux les conjurent en balisant immanquablement les deux mondes, celui de la nature s'opposant à celui de la culture. La gauche se situe du côté du désordre, de l'impureté, de la nature, la droite étant réservée au monde socialisé. On comprend donc que la main gauche soit réservée à la toilette anale et à toutes les tâches qui côtoient ou exorcisent l'impureté. Ainsi en est-il de l'accoucheuse qui se sert de la main gauche pour pénétrer à l'intérieur de la femme, la main gauche étant associée à l'impureté, *regdo*, (Bonnet 1988).

L'analyse des pratiques de propreté entretient des rapports de dépendance, à des degrés divers, avec les différentes filières techniques constitutives des pratiques ménagères. Ainsi dans une société où la base de l'alimentation se compose de céréales, le traitement de celles-ci induit des techniques spécifiques comme le vannage, le pilage, le séchage. A l'intérieur de ces filières techniques on conçoit que les ménagères apportent un soin particulier aux pratiques de tri.

Nettoyer se confond ici avec la nécessité de rendre les aliments comestibles, de séparer le bon du mauvais : le grain du son, mais aussi le grain du sable et des petites pierres. Nettoyer consiste autant à isoler les corps étrangers qu'à laver. Le vent assure, mieux que n'importe quel crible, les opérations de sélection.

(1) – nion : couscous de mil mélangé à des feuilles de haricot.
– boules d'akassa : farine de mil cuite à la vapeur.
– zomkoom : eau farineuse.
– dolo : bière de mil.
– karité : noix avec laquelle on fabrique du beurre.

2.3. Terre et cendre protectrices

Enfin, les moyens utilisés pour rendre propre sont aussi étroitement corrélés au développement technique, et à l'environnement écologique de la société concernée. Le nettoyage de la suie des chaudrons, à la cendre, à la terre ou au sable sec, démontre combien les conventions de propreté sont respectées en dépit de l'absence de savon. Utilisé pour des usages réservés comme la toilette et la lessive, le savon moderne reste un produit de luxe. Il signe un statut social. Le savon de potasse, fabriqué à base de beurre de karité reste l'apanage des « vieilles ». Au-delà du fait qu'en ville, les noix de karité et le beurre coûtent cher, les savoir-faire de fabrication se perdent. En définitive, les matières abrasives que constituent la terre, le sable, la cendre réduisent mieux la saleté que n'importe quel lavage. Ainsi, l'engobage des marmites après chaque nettoyage certifie les pratiques de bonne ménagère aux yeux de la communauté.

Autant de pratiques différentes qui affirment une propension à séparer le propre du sale dans les moindres détails de la vie quotidienne et manifestent de l'adaptation réussie des acteurs sociaux à leur environnement. Ces quelques exemples démontrent que la panoplie utilisée pour rendre propre intègre un large spectre d'éléments. De fait la propreté, dans chaque société a ses instruments et ses manipulations spécifiques.

3. DES PRATIQUES DONT LA LOGIQUE N'APPARAÎT PAS D'EMBLÉE

Lorsqu'un observateur naïf pénètre dans une concession il est tenté, en première approximation, de n'y voir que désordre, délabrement et saleté. Or l'observation participante permet de révéler que l'appréhension de l'environnement nécessite la connaissance d'un ensemble de codes, sous peine de ne rien voir. De fait, l'agencement des cours intérieures des concessions obéit à des règles. Celles-ci régulent la distribution de l'espace. De plus, là où certains auraient tendance à ne voir que résidus, d'autres en exhumèrent des ressources inattendues.

3.1. Du balayage, ou par où commencer ?

Un ensemble de pratiques relatives à une mise en ordre effective des concessions a lieu régulièrement matin et soir. Mise en ordre constituée essentiellement par le balayage des cours intérieures, et des habitations. Le balayage se subordonne à un découpage de l'espace correspondant à des aires fonctionnelles distinctes. J'ai pu noter que les femmes apportent des soins plus spécifiques à certaines aires qu'à d'autres. Ainsi en a-t-il été de l'aire de cuisine, de l'aire de repas, de prière et de repos. Ces aires pouvant se jouxter ou se superposer. L'intérêt de la localisation des aires fonctionnelles m'a permis de comprendre la logique à laquelle obéit l'entretien de la cour. La fréquence des balayages suit le découpage des espaces fonctionnels qui ne sont pas nécessairement délimités concrètement et ne sauraient englober la totalité de la concession. La réitération successive des balayages partiels tel que celui de l'aire de prière, préalable au recueillement, signe le lien établi entre la saleté, l'impureté et le désir de mise en ordre que celui-ci soit social, esthétique ou sacré. De plus, parmi le repérage des aires fonctionnelles, on notera que la localisation de l'aire de vaisselle ou de lessive ne répond pas à la logique de la proximité des points de stockage de l'eau. Considérée comme activité sale, il ressort une relégation générale de l'aire de

vaisselle, à l'écart des trajectoires de passage, derrière la cuisine ou loin de celle-ci. Attitude extrême qui s'exprime lorsque la localisation de l'aire de vaisselle a été repoussée hors de la concession fermée, sur le bord de la route !

Une telle lecture de l'espace a pour effet de mettre au jour les conséquences de cette gestion de l'espace du point de vue des maladies diarrhéiques. Conséquences qui atteindront leur point ultime dans les concessions déstructurées parce qu'aucun aménagement concret n'instaure de séparation matérielle entre des aires à fonctionnalité aussi opposée que le stockage des ordures, le parage des animaux domestiques et celle de la préparation alimentaire.

L'effet de « désordre » produit par les proximités paradoxales ne doit pas occulter le souci prévalent des femmes d'organiser et de rendre propre leur espace domestique. Ainsi les balayages systématiques à sec ou à l'eau, le matin et le soir, des aires de cuisine et de repas attestent de cette préoccupation d'éliminer la saleté et la poussière qui dérangent. Si finalement cette distribution sélective de l'espace ne répond pas à une prophylaxie motivée par la peur des maladies, il n'en demeure pas moins qu'elle se fonde sur une discrimination faite entre des activités perçues comme antagonistes.

3.2. Le balayage métaphore de la fécondité

Si la lecture des aires fonctionnelles permet de mieux comprendre la gestion de l'espace, nous ne saurions en rester là. L'acte de balayage ne doit pas être décodé à travers sa simple matérialité technique. Séparer le propre du sale, éliminer de son espace ce qui perturbe n'est pas anodin. La scansion bi-quotidienne du balayage ouvre et clôture la journée, ce n'est pas à n'importe quel moment que s'effectue cette opération. Ainsi s'est-on entendu dire qu'il n'est guère recommandé à une femme de balayer sa case la nuit ou pendant la période de pleine lune, sans risque de devenir pauvre. La pauvreté est ici assimilée à la perte de fécondité, ou encore au fait de se voir privée de la présence des bons génies qui habitent la maison. Ceux-ci ayant été conviés après une entreprise de séduction à pénétrer la femme probablement le jour où elle prépare le repas pour son mari. On se souviendra que dans les familles polygames mossi, le jour de préparation du repas coïncide avec le jour de visite du mari à sa femme. Le génie est celui qui féconde la femme par l'intermédiaire de l'homme. Dépourvu de tout pouvoir de fécondation en tant que tel puisqu'associé aux valeurs de stérilité, l'homme n'est finalement qu'un médiateur dans l'acte sexuel (Bonnet 1988). Ainsi on comprend mieux pourquoi une femme qui a ses menstrues à la période censée impropre (la pleine lune), balayera la maison dans le sens inverse de l'évacuation : vers l'intérieur. Les détritiques seront ramassés de la porte d'entrée vers l'intérieur et entassés dans le fond de l'habitation, comme s'il s'agissait de retenir les génies dans le corps métaphorique que représente la maison ou encore comme s'il fallait contenir la saleté, soit le sang impur qui aurait dû participer à la fécondation et à la gestation de l'enfant à naître. Dans la même veine, on signalera que les jeunes accouchées, encore marquées par l'impureté, ne se départissent pas d'un balai afin de chasser les mauvais génies qui pourraient les attaquer ou les rendre folles. Le balayage ne peut donc être compris en tant qu'acte isolé, puisqu'entrant dans le champ des pratiques symboliques signifiantes. Il ira jusqu'à contredire sa fonction de propreté pour satisfaire à un ordre mythique !

3.3. La réappropriation de l'espace et des choses

Dans un environnement destructuré les populations continuent à gérer leur espace, à modeler le réel en fonction des valeurs qui les habitent. Ainsi, dans les quartiers nouvellement lotis où un certain nombre de « déguerpi » ⁽²⁾ voient leur concession démolie pour satisfaire au plan d'urbanisation, nous avons pu observer la tendance à recréer les aires fonctionnelles et leur faire subir les mêmes soins que nous avons observés dans les concessions installées définitivement.

Les femmes des quartiers en voie de réinstallation utilisent l'espace dans ses moindres occurrences hospitalières. L'ultime pan de mur restant, protège la cuisine de la poussière ou préserve l'intimité de la toilette des adultes. L'arbre unique offre son ombre, substitut de l'ancienne paillote, le creux laissé dans le sol par la démolition d'une chambre se transforme en aire de stockage des ordures. Les cuisines ou leurs « bribes » sont ici aussi, balayées, les défécations du pot des enfants rejoignent le trou à ordures, l'eau de vaisselle n'envahit pas l'aire de repos. On notera aussi certains efforts pour endiguer le cataclysme de la démolition, dans la volonté de protéger un pied de tomate ou de petits pois par des matériaux de récupération (tuyaux plastique, pneus ou ressorts de sommier) qui essaient d'ériger une barrière contre les animaux domestiques.

Si dans ces concessions particulièrement délabrées, l'impression de désordre domine, à y regarder de plus près on découvre que tous les matériaux offerts en spectacle aux visiteurs ont un caractère utilitaire. Les pailles de sorgho serviront à allumer le feu, le carton à obturer la vapeur du couscoussier, la carcasse de batterie fera office de tabouret, les sacs de ciment ou feuilles de cahier d'écolier seront utilisés pour envelopper les beignets. Certes, la propension à rendre fonctionnel l'ensemble des matériaux de la cour contredit certains principes d'hygiène mais signe néanmoins une appropriation maîtrisée de l'environnement. Ce qui à première vue apparaissait comme du désordre interpelle les catégories du jugement spontané et déplace nos critères de discrimination. Ainsi les déchets deviennent des ressources et nos lignes de partage vacillent.

4. DES EFFETS INDUITS PAR LES VALEURS CULTURELLES

Partant de l'idée que tout groupe ou tout individu préfère être bien portant plutôt qu'en mauvaise santé, on ne mettra pas en doute sa quête d'efficacité dans ses recherches de bons remèdes, bonne interprétation, bonne institution, tout autant que dans certaines pratiques quotidiennes visant directement et indirectement au maintien de la santé. Celle-ci est à comprendre dans son acception la plus globale : une lutte contre une dysharmonie corporelle ou sociale.

Sur la toile de fond d'un indéniable souci de la propreté auquel renvoient les différentes pratiques évoquées plus haut, on ne manquera pourtant pas de mettre en évidence les disjonctions entre ces pratiques et les pratiques d'hygiène conformes aux exigences des normes sanitaires biomédicales.

(2) « déguerpi » : terme utilisé pour qualifier les habitants déplacés dont les maisons et cours seront démolies pour satisfaire au plan d'urbanisation.

De fait, il n'est plus à prouver que les pratiques des acteurs sont le produit de contraintes socio-économiques et culturelles. Du même coup les structures cognitives qu'ils mettent en œuvre pour agir, en mobilisant leur « habitus », résultent des structures sociales incorporées. Aussi, lorsque nous évoquons les disjonctions qui existent entre le pragmatisme des acteurs inscrits dans une culture donnée, et une conception de l'hygiène biomédicale, c'est moins pour juger des pratiques que pour faire surgir les contraintes risquant de contrevenir aux mesures d'amélioration de santé publique. Je prendrai pour illustrer mon propos l'exemple des repas.

La consommation du repas s'organise selon des regroupements codés. Les groupes se constituent selon les règles du « manger avec » (partager le même plat) du « manger devant » (admettre la présence de l'autre durant l'acte alimentaire, la consommation s'effectue séparément) ou du « manger à part » (éviter systématiquement la vue de certains membres de l'habitation pendant la prise de nourriture). Ces regroupements obéissent au respect de la règle de consanguinité. Ainsi, si père et enfant, mère et enfant peuvent manger ensemble, mangent séparément les maris et leurs épouses, les épouses et leur belle-mère, les épouses et leur beau-père, ainsi que les épouses et leur beau-frère : « ... parents et alliés doivent tenir compte des normes de comportement qui leur enjoignent de s'exclure ou leur permettent de s'associer autour des plats ; et leur sexe, leur âge, leur place dans la hiérarchie familiale, leurs sympathies particulières modèleront aussi la composition et l'ampleur des groupes de convives que chacun intègre durablement » (Lallemand 1977 : 112). Un tel système participe d'une forme d'éclatement des groupes d'enfants et d'adultes, dans l'espace de la concession, regroupements effectués par classe d'âge et de sexe. Parce qu'à Ouagadougou, les familles observées étaient composées d'environ cinq enfants en moyenne, la disparité des groupes de consommation s'est vue quelque peu limitée. Néanmoins le partage du repas a répondu aux principes énoncés précédemment. Ces règles de commensalité ont induit un ensemble de conséquences du point de vue de l'hygiène alimentaire.

L'idée de repas compris comme moment de retrouvailles du groupe familial doit être déconstruite si l'on veut percevoir réellement les raisons de certaines pratiques. Le repas préparé pour midi (dans les familles où l'on mange deux fois par jour) est présenté devant les cases respectives, du mari et des épouses. L'heure du repas doit être conçue comme théorique. L'épouse se règle sur l'heure du retour du mari au foyer ; autrement dit, être une bonne épouse consiste à tenir les plats prêts. Les visites des voisines et les plaisanteries par dessus le mur de la cour démontrent l'attention portée au respect du programme. Néanmoins l'heure du repas se mue en une série de séquences de repas qui peuvent s'étaler sur toute une journée.

De cette double détermination, (mode de commensalité et gestion du temps des repas) il est ressorti une dilution de l'autorité parentale sur les pratiques d'hygiène des enfants. Si au plat principal du repas est adjoint systématiquement un pot pour se laver la ou les mains avant de manger, les enfants en bas-âge transgressent quasiment tout le temps l'invitation. Nécessité oblige, les mains seront lavées après ! La labilité du cadre des horaires, et l'habitude de manger avec sa classe d'âge ont favorisé des pratiques laxistes du point de vue de l'hygiène alimentaire des jeunes enfants. Le lavage des mains relève plus du comportement socialisé des adultes ou des adolescents que de celui des enfants en bas-âge.

D'autre part, l'exposition des aliments cuits, dans la cour, quelquefois jusqu'à des heures tardives, dénonce des pratiques de stockage favorables à l'accélération des fermentations. On rappellera qu'il n'existe pas d'alimentation spécifique pour les enfants en bas-âge, après le sevrage. Ces derniers passent directement du lait maternel à la nourriture adulte. Le réchauffage succinct des reliefs de la veille ou du midi

suffira-t-il à éliminer toutes les fermentations ? Je laisserai les spécialistes se prononcer sur ce sujet. Une telle pratique se soutient lorsqu'elle est mise en rapport avec les règles de convivialité (pour accueillir tout étranger, ou toute personne retardataire de la cour) ainsi qu'avec les règles de la symbolique alimentaire fondées sur la dichotomie pourri/sain constitutive de deux chaînes associatives plus larges qui sont en relation d'incompatibilité. Le cru s'oppose au cuit et renvoie au couple nature/culture (Lévi-Strauss 1964). Le fermenté quant à lui reste une catégorie ambiguë, puisque la nourriture ne peut fermenter sans pourrir, mais aussi participe de procédé de bonification dans certaines préparations comme celle que la bière de mil exige : boisson utilisée dans toutes les cérémonies rituelles chez les animistes.

Le lavage de la vaisselle semble toujours repoussé au moment du ou des repas suivants. La gestion du temps épouse la souplesse des activités de chacun surtout dans les familles où tous les enfants ne sont pas scolarisés, et où certaines personnes sont dépourvues de travail fixe. La rigueur des horaires ne se fait donc pas sentir impérativement. De cette tâche effectuée à retardement résulte une répartition des plats sales dans la cour : foyers de pullulation qui viennent contrecarrer l'ensemble des pratiques de propreté que j'ai évoquées ci-dessus.

Autant de pratiques qui viennent contrecarrer les précautions qui ont généralement été prises pendant la préparation du repas. Pratiques périphériques tributaires d'un espace éducatif où les pairs se substituent à l'autorité des adultes, gestion du temps et règles de commensalité centrées sur une éthique de la maîtrise des envies et le respect des préséances dues à l'ordre des classes d'âge, sont les éléments qui orientent les pratiques et concourent à créer toutes les conditions favorables à l'éclosion des maladies des enfants en bas-âge, les plus exposés. Ici le système de valeurs organisant le partage des sexes prévaut et surdétermine l'ensemble des pratiques qui nous préoccupent.

5. DES EFFETS INDUITS PAR LA COHÉRENCE DES CHAÎNES OPÉRATOIRES

On estimera combien vaines sont les précautions des ménagères à obéir au code de comestibilité qui intègre nombreuses pratiques de propreté lorsqu'on sait que l'ensemble des transformations alimentaires s'effectue au ras du sol. La proximité de la terre, de la poussière, incline à des interférences qu'aucune disposition ne peut totalement éliminer, sauf à utopiquement modifier l'architecture des cuisines. Le caractère rudimentaire de l'agencement des cuisines ne propose généralement que peu de lieux de surélévation. Le rangement repose donc sur une série d'équilibres précaires : bâton de to adossé au mur de la cuisine; pilon adossé au mur de la maison ou posé sur le mortier, gobelet et calebasse entassés sur le couvercle d'une jarre etc. Gobelet de puisage, couteaux, ustensiles de préparation seront inmanquablement, à un moment ou à un autre, posés à terre. Il en résultera des souillures inévitables surtout lorsqu'on se souvient du rôle que jouent les enfants dans toutes les tâches auxiliaires en participant aux différentes préparations alimentaires.

Les techniques de découpage de la viande et des volailles, effectuées au-dessus d'un plat et non sur une planche sont facilitées par l'aide des enfants à qui il est demandé de tenir les membres ou certaines parties récalcitrantes. Ainsi jeu et éducation se conjuguent. Cette pratique fréquemment observée, parce qu'elle correspond à une sollicitation impromptue de la mère envers ses enfants, ne s'accompagne que rarement des préalables du lavage des mains des petits auxiliaires.

La filière culinaire met donc en relation des ensembles techniques dépendant les uns des autres. Ainsi la cuisson sur les foyers « trois pierres », voire sur les foyers améliorés situés au ras du sol induit les modalités d'exécution de toutes les autres pratiques comme l'épluchage, les différents découpages et préparations des viandes ou des légumes qui seront effectués à proximité, et surtout au même niveau que les foyers. Il en ira de même pour l'alimentation de la famille en eau. Le récupération des jarres à l'aide de fibres végétales, le filtrage de l'eau avec un foulard, le renouvellement quotidien de l'eau de boisson, ainsi que le décantage opéré à l'aide d'herbes odoriférantes ou d'alun, marques d'attention portées à obtenir une eau consommable restent néanmoins peu efficaces pour conjurer les maladies diarrhéiques. En fait, la précarité des aménagements des points d'eau, l'absence de récipients adaptés au transport, la taille, la localisation et le poids des jarres induisent un ensemble de pratiques paradoxales avec le désir des acteurs sociaux de consommer une eau propre. Nous évoquerons aussi l'absence de poulie pour soutirer l'eau au puits qui fait choir la puisette au sol, le transport de l'eau sur la tête nanti de flotteurs végétaux ou plastifiés, la jarre d'eau de boisson utilisée comme lieu de conservation de la noix de cola, l'enfouissement des jarres dans la terre, leur taille et leur absence de mobilité favorisant le puisage plutôt que le versage de l'eau, l'usage d'un gobelet de puisage de surcroît collectif, l'aversion pour le savon qui risque de laisser un mauvais goût lors du nettoyage des jarres, l'absence de porte de protection et de margelle aux puits. Autant d'éléments de la chaîne technique d'exhaure sur lesquels il faudrait réfléchir afin d'endiguer les pollutions susceptibles de favoriser les maladies diarrhéiques.

Chacun des éléments des chaînes opératoires évoquées entretient des liens de solidarité avec les autres ainsi qu'une cohérence avec le milieu auxquels ils sont associés. Tout se passe comme s'il existait des couples obligés, voire même des processus en chaîne, ainsi les flotteurs dans l'eau résultent du transport d'une charge dans des cuvettes à ciel ouvert tout comme l'écopage est exigé par le poids des jarres. Une étude approfondie des éléments constitutifs des différentes chaînes opératoires des ensembles techniques ferait surgir, au fondement des pratiques, des interrelations déterminantes entre éléments techniques. Ici la cohérence interne que ces ensembles techniques entretiennent entre eux complexifie donc les pratiques d'asepsie sur le plan alimentaire.

6. DES PRATIQUES ANTAGONISTES AVEC LE SAVOIR ÉNONCÉ

Le constat qui veut que la moitié de la population enquêtée fait bien la relation entre maladies hydriques et eau est pourtant contredit par les réponses obtenues à la question : « Pourquoi votre enfant a-t-il eu la diarrhée dernièrement ? ». En effet, 50 % des mères ayant des enfants qui ont présenté un épisode diarrhéique pendant les 15 jours précédant l'enquête répondent ne pas en connaître les causes (Charlet & Poloni 1988).

Comment expliquer le décalage entre savoir que l'eau et plus précisément l'eau sale est porteuse de maladies, diarrhées, maux de ventre, vers de Guinée et cette incapacité à énoncer les raisons pour lesquelles les enfants sont malades, en dépit des assertions précédentes ? Il semble que poser des questions en termes de savoir ou en termes de recherche des causes ne met pas en branle les mêmes mécanismes de réflexion.

Les réponses en terme de savoir font croire trop, mais n'en disent pas assez. Présupposer que le lien est effectué parce qu'on énonce que l'eau peut transmettre la diarrhée ou la bilharziose n'autorise pas à penser que le locuteur connaît les mécanismes de la transmission. Cette méconnaissance le laissera fortement dépourvu face à des cas concrets et motive alors des réponses dans l'ordre du « je ne sais pas ». Logique de la connaissance et logique d'action ne se recouvrent que partiellement. La logique de la connaissance met en œuvre des capacités hypothético-déductives ainsi que la mobilisation de la mémoire tandis que la logique de l'action combine des séries d'enjeux qui intègrent des coûts : coûts économiques au sens large, coûts culturels et sociaux, ou encore joue avec des contraintes écologiques, technologiques, culturelles. On n'est donc jamais en droit d'inférer que si les acteurs sociaux connaissent et énoncent les risques qu'il y a à consommer une eau douteuse, il en résultera des pratiques adéquates dans les soins à apporter à l'eau de boisson.

De plus on se méfiera de l'effet de questionnaire. Questionner n'est pas innocent. La représentation que les enquêtées ont eu des enquêteurs risque d'orienter les réponses vers des réponses normées, surtout lorsque ceux-ci ont pu être assimilés à des agents du ministère de la santé ou des services d'hygiène. Ainsi, prévenant les réponses attendues des enquêteurs, les femmes ont déclaré des savoirs décontextualisés, énoncés sur le mode du postulat ! Je reprendrai plus loin les problèmes relatifs au savoir des acteurs.

Ainsi, parce que les résultats d'une enquête menée par le Dr. Requillat en 1985/1986 sur l'eau de boisson enregistrent que sont contaminés : 38 % des canaris de transport, 62 % des jarres de stockage, 100 % des calebasses de boisson, en dépit d'une source d'approvisionnement potable, il ressort que malgré les soins quotidiens apportés au nettoyage des canaris et au stockage de l'eau, un certain nombre de pratiques contradictoires contrecarrent les précautions préalablement prises (Requillat 1987).

Les critères d'une eau propre ou sale sont encore prisonniers de la perception car l'intégration inégale de l'idée de microbe n'a pas repoussé les repères de la vision (Vigarello 1985) (90 % des femmes enquêtées sont non alphabétisées). On comprend donc qu'une bonne eau soit une eau qui « coûte le moins » en énergie, en argent et en temps. Aussi tant que l'eau du puits satisfait aux critères empiriques de la propreté socialement codée, la meilleure eau reste l'eau du puits. De plus l'idée que la pollution hydrique n'existe pas lorsque l'eau vient du tréfond, endigue toute aversion pour l'approvisionnement aux puits dont on sait qu'ils sont majoritairement pollués à Ouagadougou (Requillat 1987). L'eau est protégée par l'épaisseur de la terre « comme une nourriture qui aurait été couverte » nous a-t-on dit.

7. DOIT-ON EN RESTER AU SENS ATTRIBUÉ PAR LES ACTEURS ?

L'attention méticuleuse apportée à la toilette des nouveaux-nés est une propreté attentive aux orifices. Le corps est frotté et lavé au savon. Privilège des soins corporels, l'eau est chauffée. La toilette se termine par un lavement constitué d'une décoction d'herbes et par l'introduction volontariste d'une certaine quantité d'eau par la bouche. La mère souffle enfin dans les oreilles et mouche le nez de la même façon. Tout se passe comme si le moment de la toilette était un moment d'élimination radicale de la saleté et des impuretés par tous les orifices. Toutefois si ce type de toilette, en première approximation, assume bien une fonction de nettoyage, elle dépasse ce but utilitaire.

Bien que ces pratiques soient congruentes avec les normes de propreté occidentales et constituent un apport non négligeable aux normes sanitaires biomédicales, il n'en demeure pas moins que les buts visés ne relèvent guère de la prophylaxie. En fait les mères ont toujours justifié ce type de soins obsessionnels pour leurs vertus soporifiques et thérapeutiques et occulté les raisons les plus prosaïques. En effet ne devrait-on point voir dans les lavements réitérés des pratiques de contournement des désagréments que produiraient les selles des enfants sur la couche maternelle, des pratiques de contrôle des inconvénients du portage sur le dos lorsque l'enfant n'est pas réglé, réponses à la fréquence des maladies diarrhéiques, autrement dit des corrections de l'équilibre thermique rompu par un désordre interne ?

Sans réellement trancher, parce que les motivations s'interpénètrent, je soulignerai que les raisons alléguées l'ont été en fonction de l'image de la bonne mère qu'elles s'appliquent à livrer. Le statut d'observées positionne les femmes sous un regard, celui de l'enquêteur. Or occuper une place, ce n'est pas seulement avoir une place fonctionnelle ou structurelle, c'est aussi livrer une image de soi à laquelle les femmes ne sauraient déroger sans prendre le risque de détruire leur image identitaire. L'effet d'assignation statutaire a donc orienté leur discours.

Même si ces pratiques contribuent bien à rendre l'enfant propre, les raisons alléguées combinent pragmatisme éducatif et représentation du rôle à tenir plus que souci intrinsèque de propreté.

« Bien qu'il existe des cas où la fonction dominante de la pratique se désigne sans trop d'équivoque, on n'est pratiquement jamais en droit de supposer que les acteurs sociaux appartenant à des couches sociales différentes, attendent les mêmes choses de la même pratique » (Bourdieu 1981 : 232). Le chercheur, le développeur, ne sauraient donc se laisser abuser par ce que le terrain leur a révélé. C'est par une analyse méthodique des profits attendus, immédiats ou différés que ces pratiques sont censées procurer que l'on peut comprendre des pratiques décodées, dans un premier temps, comme plus ou moins aberrantes. Réintroduire la variation des coûts économiques et culturels, la plus ou moins grande intensité d'investissement en travail, ainsi que la plus ou moins grande distance avec l'habitus incorporé permet donc de saisir pourquoi les acteurs sociaux privilégient certaines pratiques plutôt que d'autres.

Chercheurs comme développeurs doivent garder à l'esprit que lorsque les acteurs sociaux livrent des informations sur leurs pratiques, ils le font toujours en fonction de reconstructions sélectives. Le risque de survalorisation ou d'oublis volontaires infléchit le discours en fonction de ce que les enquêtés ont intérêt à faire croire. Outre le fait que questionner sur le pourquoi de la maladie en Afrique « inaugure des processus en chaîne de mise en corrélation des itérations infinies des signes qui se déplacent et atteignent d'autres corps individuels et collectifs situés à distance dans l'espace et dans le temps » (Sindzingre 1985) qui ne sauraient être saisis par la méthode du questionnaire. Il y a toujours quelque pudeur, sous quelque ciel que ce soit à livrer son histoire familiale à un étranger.

Tout en prenant le discours des acteurs sociaux au sérieux, il reste que la vérité ou la non vérité de l'énoncé a moins d'importance que le fait de sa production, celle-ci restant dépendante de ses conditions d'interaction et de production du discours. La prise en considération de cette logique permet de mieux comprendre pourquoi une même personne peut tenir un double discours du type : « l'eau sale donne la diarrhée » et « je ne connais pas pourquoi mon enfant est malade ».

Bien que je n'aie évoqué que quelques éléments parmi la multitude de problèmes posés par les opérations de développement sanitaire, il ressort de l'analyse que les pratiques décrites attestent bien de la propension des acteurs à éliminer ce qui les dérange, à opérer des sélections, des discriminations relatives à la propreté. Atteignant leur but avec une économie de moyens, les populations mettent en œuvre les ressources disponibles qui dénotent une adaptation réussie à leur milieu, même si ces pratiques sont en disjonction avec les principes de l'hygiène biomédicale.

La mise au jour des ces pratiques de propreté prouve qu'en matière de santé, tout comme dans d'autres domaines du développement, le développeur n'intervient pas sur une table rase et que bien souvent les pratiques et les savoirs que l'on cherche ne sont pas là où on les attend.

On rappellera aussi ce qu'il y a d'illusoire à penser les particularismes sociaux et spécificités culturelles à travers le prisme d'une rationalité univoque qui consisterait à repérer les prédispositions à accueillir la scientificité qu'occulteraient les blocages culturels. « S'il existe du particularisme et de la spécificité culturelle (on ne saurait les attribuer aux seuls enquêtés), ils sont partout. Tout est objet de croyances, d'élaborations symboliques et de règles sociales insérées de façon plus ou moins ancrée dans organisations et groupes, que ce soit dans la médecine traditionnelle ou dans les représentations et institutions biomédicales » (Sindzingre 1985). Même ces ennemis invisibles, les microbes, abstraction produite par la rationalité scientifique donnent matière à des constructions fantasmatiques dans la société occidentale comme ailleurs. En conséquence, il serait utile qu'entre autres domaines de recherche concernant le développement en matière de santé, on y intègre l'analyse des dispositifs d'intervention, ainsi que celle des positions et représentations des développeurs.

Enfin on retiendra que le réel ne se donne pas à voir mais doit faire l'objet d'un décodage, donc d'un travail d'analyse qui articule les pratiques au sens que les acteurs leur attribuent, ces pratiques étant induites par une série de déterminations qui orientent définitivement leurs modalités d'application.

Si au terme de cette analyse je ne suis pas en mesure de donner des solutions applicables *in petto*, ni de fournir les réels outils prospectifs sur les chances de réussite des actions à engager, du moins restera-t-il je l'espère, la connaissance de quelques points qui peuvent faire gagner en intelligence de la complexité du réel.

BIBLIOGRAPHIE

BOURDIEU P.

1981 *La distinction*, Minuit, Paris.

CHARLET F. & POLONI A.

1988 *Mesures d'urgence pour l'alimentation en eau potable de la ville de Ouagadougou* - Gauff Ingénieur, Ouagadougou, 250 p.

DESJEUX D.

1985 *L'eau, quels enjeux pour les sociétés rurales ?*, L'Harmattan, Paris.

DUBOS R.

1961 *Mirage de la santé*, Denoël, Paris.

1981 « L'homme face à son milieu », *Médecine et les années 1980*, L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, Saint Martin, Laubras Wolf Montréal.

DOUGLAS M.

1981 *De la souillure*, F. Maspéro, Paris.

LEVI-STRAUSS C.

1964 *Le cru et le cuit*, Plon, Paris.

LALLEMAND S.

1977 *Une famille Mossi*, Recherche voltaïque n° 17, CNRS-CVRS, Paris-Ouagadougou.

PETERS A.

1982 « L'hygiène et les traditions de propreté, l'exemple des Antilles françaises », *Bulletin d'Ethnomédecine*, 11, mars 1982, 3-24.

REQUILLAT J.C.

1987 *Descriptif des activités des équipes médicales envoyées par le Dr. L. Monjour au Burkina Faso* - années 1983-1987, ronéotypé, 13 p.

SINDZINGRE N.

1985 « Tradition et bio-médecine », *Sciences Sociales et Santé*, 3 (3-4), 9-27.

VIGARELLO G.

1985 *Le propre et le sale*, Seuil, Paris.



Aubin Imprimeur

LIGUGÉ, POITIERS

Achevé d'imprimer en mai 1990
N° d'impression L 35350
Dépôt légal, mai 1990
Imprimé en France

Universités francophones est la collection de l'Université des réseaux d'expression française (UREF). Cette dernière, qui fonctionne au sein de l'AUPELF comme une Université sans murs, a été choisie par le Sommet des Chefs d'État et de gouvernement des pays ayant en commun l'usage du français comme l'opérateur privilégié du Sommet en matière d'enseignement supérieur et de recherche.

Cette collection de manuels universitaires et d'ouvrages de référence s'adresse à tous les étudiants francophones. Elle est appelée à constituer une bibliothèque universitaire en langue française dont les ouvrages sont proposés à des prix modérés.

Prix: 160 FF • Prix préférentiel UREF (Afrique, Asie, Amérique Latine, Moyen-Orient, Haïti): 80 FF



I.S.S.N. 0993-3948
Diffusion EDICEF ou ELLIPSES selon pays
Distribution Canada D.P.L.U.

59.4206.5