

LA CONSTRUCTION SOCIALE DES MALADIES

LES ENTITÉS NOSOLOGIQUES POPULAIRES
EN AFRIQUE DE L'OUEST

Sous la direction de
Y. JAFFRÉ
J.-P. OLIVIER DE SARDAN

puf

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

**La construction sociale
des maladies**

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

Collection dirigée par

P. Cornillot et S. Lebovici

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

La construction sociale des maladies

*Les entités nosologiques populaires
en Afrique de l'Ouest*

Sous la direction de
Y. JAFFRÉ ET J.-P. OLIVIER DE SARDAN



Presses Universitaires de France

Ouvrage publié avec le concours du programme
Interactions entre les systèmes de santé publique
et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest),
mis en œuvre par l'ORSTOM et financé par l'Union européenne, DG XII, INCO.

ISBN 2 13 050230 X
ISSN 0993-5800

Dépôt légal — 1^{re} édition : 1999, octobre

© Presses Universitaires de France, 1999
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

AFRIQUE DE L'OUEST

Langues de l'étude



J.-P. Olivier de Sardan

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comparatisme de proximité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Description des sémiologies populaires

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

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

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

Deux niveaux interprétatifs

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

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

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

Première partie

LES REPRÉSENTATIONS POPULAIRES DES MALADIES ET LEURS CONTRAINTES

J.-P. Olivier de Sardan

Les représentations des maladies : des modules ?

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

Les représentations anthropologiques des représentations

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

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

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

Le piège du Sens est en quelque sorte inverse. L'anthropologie a sans doute trop insisté sur le fait que la société entière serait en jeu derrière la maladie¹. Le désordre du corps serait le révélateur d'un désordre social. Toute guérison mettrait en jeu la communauté, y compris en son rapport symbolique au cosmos. Car cet excès « holiste » (qui consiste à voir le « tout » de la culture derrière chaque événement morbide) se combine souvent avec un excès « symboliste ». Les « visions du monde » et en particulier de son « au-delà », c'est-à-dire les rapports avec le surnaturel (dieux, ancêtres et autres puissances non humaines) seraient le plus souvent mobilisées par les représentations de la maladie et les pratiques thérapeutiques. Or nombre d'entités nosologiques populaires, on le verra également ici, relèvent d'un registre « prosaïque », et ne renvoient ni à la Culture, ni à la Société, ni au Sens, ni au Cosmos, mais à un ensemble restreint de représentations relativement autonomes et circonscrites.

Entendons-nous bien. Ces « pièges » ne fonctionnent que parce qu'ils incluent une part de vérité. Ainsi, du côté des rapports avec la biomédecine, les savoirs populaires sont souvent sous-tendus par des mécanismes cognitifs proches de ceux mis en œuvre par la démarche médicale². Parfois aussi, mais beaucoup plus rarement, une catégorie populaire correspond à peu près à une catégorie biomédicale. De même, du côté du Sens, certaines maladies (mais certaines maladies seulement) mobilisent tout l'entourage et sont indissociables de conflits ou rapports de forces sociaux. D'autres, souvent les mêmes, renvoient à des agressions en sorcellerie ou à une intervention des ancêtres. Mais ces maladies-là, même si elles sont les plus « spectaculaires », ou les plus exotiques pour un observateur européen, sont loin d'être les plus représentatives de la quotidienneté de la maladie, qui est plus faite de prosaïsme et de pragmatisme qu'on ne l'a en général dit.

1. Cf. Augé, 1986.

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

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

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

Le problème se complexifie encore un peu si l'on veut bien admettre que l'anthropologie des représentations (et donc l'anthropologie tout court) est victime d'un autre biais, qui à certains égards recoupe les précédents, et qu'on pourrait appeler l'excès systémique. La nécessaire cohérence du langage de description en sciences sociales se transforme souvent en une cohérentisation abusive des référents empiriques sur lesquels il porte¹. Autrement dit, les représentations collectives, c'est-à-dire celles qui sont partagées par la plupart des acteurs sociaux dans un espace-temps donné, prennent place dans nombre de narrations anthropologiques sous une forme systématisée qui laisse parfois rêveurs ceux qui, comme nous, ont plutôt le sentiment d'avoir affaire à des savoirs en miettes, ou des savoirs « mités » (ce qui n'est en aucun cas un jugement dépréciatif, n'est-il peut-être pas inutile de préciser). Le système de pensée des X, la vision du monde des Y, les représentations de la maladie chez les Z sont souvent des fresques trop majestueuses,

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

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

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

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

surprendre : le contraire étonnerait) comme un fluide décisif pour la santé, intervenant dans d'innombrables métaphores, mais qui ne donne nulle part lieu à une théorie véritable¹. La pratique généralisée des ventouses ou scarifications (équivalents africains de l'ancienne saignée européenne), pour des indications multiples, se limite, en termes explicatifs, à la conception somme toute assez vague que l'on a affaire à un sang « sale » ou en « excès », sans autres conjectures, supputations symbolistes, ou hypothèses anatomiques.

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

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

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

1. On pense à Cros, 1990.

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

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

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

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

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

courantes dans les langues africaines¹. D'ailleurs, parfois, comme dans certains des exemples ci-dessus, la localisation anatomique elle-même peut être métaphorique, en particulier lorsqu'il s'agit de sensations diffuses, sans localisation précise. Dans des expressions telles que « ma moelle est morte », « je n'ai plus de sang »² (c'est-à-dire « je n'ai plus de force, je suis épuisé »...), il ne faut voir ni spéculation anatomique ni visée explicative ou diagnostique (pas plus par exemple que le cœur n'est l'organe incriminé dans l'expression française « j'ai un haut-le-cœur »...). Nulle « théorie » ne se profile qui imputerait les troubles constatés à une disparition véritable de la moelle ou du sang, il ne s'agit très banalement que d'expressions rendant compte de la fatigue ou de l'affaiblissement du sujet. La tentation est grande, en anthropologie, de prendre au pied de la lettre ce qui n'est souvent que métaphore naturelle pour les locuteurs³. Or, dans le domaine du langage populaire sur la maladie et la santé, les métaphores abondent.

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

Ce contraste fonctionne le plus souvent, mais pas toujours. Il y a, bien sûr, des cas limites, où il devient difficile de dire si l'on a affaire à une « nomination-diagnostic » (une entité nosologique populaire) ou à un « langage des maux » (celui des symptômes). Le « mal de tête » ou la fracture en sont des exemples que l'on trouve partout⁴. Quant au « mal

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

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

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

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

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

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

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

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

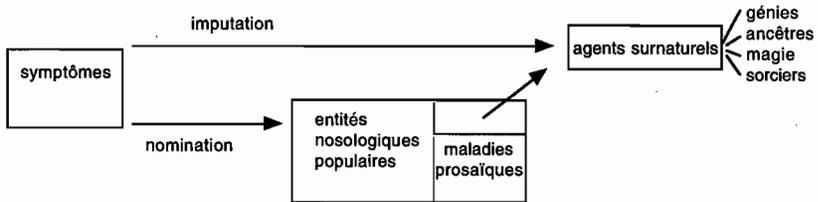
Les types d'agents « surnaturels » qui caractérisent ces syndromes de l'imputation se recourent largement dans les sociétés sahéennes, si leur importance relative ou leurs définitions exactes varient d'une culture à une autre : ancêtres, génies ou fétiches, sorciers mangeurs d'âme, et magie maléfique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

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

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

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

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



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

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

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

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

tic, il n'y a pas là un nom de maladie, et Dieu n'est pas désigné en tant qu'agent spécifique (à l'inverse de ces troubles qui ont pour caractéristique justement d'être le fait d'un magicien malveillant, d'un génie de brousse, ou d'un sorcier « mangeur d'âmes »). Il s'agit simplement de dire, lorsqu'on emploie à l'occasion cette expression, que la maladie à laquelle on a affaire est une maladie sans responsable, une maladie due au destin, à la fatalité, via tel ou tel type de vecteur pathogène identifié, ou sous la forme de telle ou telle entité nosologique, qu'elle soit congénitale, c'est-à-dire « héritée », qu'elle soit « attrapée », contractée par hasard, comme un accident, ou qu'elle se diffuse par contagion¹. Le champ de ces maladies prosaïques est vaste, et couvre la plupart des maux possibles. Mais elles relèvent toutes de la logique de la nomination.

Peut-être convient-il ici de préciser en quoi l'opposition développée entre *maladies de Dieu*, ou *représentations prosaïques de la maladie* (de l'ordre de la nomination) et *maladies à agents surnaturels* ou *représentations magico-religieuses* de la maladie (de l'ordre de l'imputation, directement ou indirectement) diffère ou non de la célèbre distinction de Foster « *naturalistic/personnalistic* » (Foster, 1976), critiquée par Augé (1984). En fait Forster agglomère et confond deux niveaux différents que l'on peut avec profit désagréger : d'une part une opposition « *maladies à étiologies naturelles/maladies à agents personnalisés* » ; d'autre part une opposition « *logique empirico-rationnelle des humeurs/logique magico-religieuse* ». La première opposition est attestée dans de nombreuses cultures africaines traditionnelles (ce que Augé, qui s'appuie sur les sociétés lagunaires où elle ne fonctionne pas, tend parfois à ignorer), et elle correspond aux données présentées ici². Par contre, la seconde opposition

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

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

semble tout à fait criticable. D'une part la logique empirico-rationnelle des humeurs et la logique magico-religieuse ne sont nullement incompatibles au sein d'une même culture, comme Augé le souligne à juste titre. Par ailleurs, et c'est sur ce point que les analyses ici proposées apportent peut-être un éclairage nouveau, les entités nosologiques populaires ou les représentations prosaïques de la maladie (ce que Foster désigne plus ou moins sous l'expression de « maladies à étiologie naturelle ») ne supposent pas nécessairement une théorie des humeurs ou son équivalent¹.

Module

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Boltanski, 1982.

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

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

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

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

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

Quelques propriétés interprétatives du module

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

L'innovation représentationnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

Modules et culture englobante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modulaire, cognitif, pragmatique

Bien évidemment, une représentation modulaire des représentations est d'ordre cognitif. Cela ne signifie pas cependant que les modules existent vraiment et soient « logés dans le cerveau », ce qui est semble-t-il ce que laisse entendre Sperber, à propos des représentations en général¹. Simplement les représentations des maladies dégagées à partir des données discursives recueillies sont pour nous mieux décrites, plus fidèlement, de façon plus appropriée, grâce à l'usage de cette métaphore. Elle ne nous dit rien des mécanismes par lesquels le cerveau produit des représentations, que ce soit au sujet des maladies ou d'autre chose. On peut estimer que le cerveau peut produire des représentations systémiques, tabulaires, linéaires, modulaires, sans être lui-même homologue aux représentations qu'il produit. Nous laisserons ce débat aux spécialistes.

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

Mais les représentations sont aussi liées aux ressources des acteurs, et constituent elles-mêmes des ressources. Elles sont mobilisées au profit de stratégies pragmatiques des malades, ou de leurs proches (parfois sous la forme du « groupe thérapeutique » dont parle Janzen², parfois de façon beaucoup plus individuelle voire individualiste), pour une quête de soins. Le pragmatisme souvent noté des itinéraires thérapeutiques, peu soucieux de respecter une orthodoxie représentationnelle, s'accommode bien, au fond, de cette organisation modulaire, qui fait qu'on peut, en tant que de besoin, recourir à un module, basculer sur un autre, voire en ouvrir un nouveau, même réduit au strict minimum d'un nom inconnu, la guérison

1. Cf. Sperber, 1996.

2. Janzen, 1995.

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

Modules et savoirs populaires spécialisés

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

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

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

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

Des paquets variables de modules

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

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

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

Ces paquets sont ceux qui, dans les discussions, peuvent donner lieu à une énumération minimum de leurs composantes¹.

Modules et comparaison interculturelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ouvrages cités

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y. Jaffré

La maladie et ses dispositifs

Parler de maladie quand on est malade entraîne, bien sûr, à évoquer diverses hypothèses causales constituant des interprétations de complexité variable. Mais la maladie se présente aussi par ce qu'elle « offre » de plus banal : le corps et ses dysfonctionnements. Abordé sous cet angle, parler de maladie consiste alors à évoquer des sensations, souligner des modifications visibles du corps ou de ses humeurs et en proposer des explications immédiates et simples. C'est donc effectuer des « constats pathologiques », dont les observations prennent naissance – ne serait-ce que pour le désigner – dans le socle matériel du corps et de la souffrance. Outre cette prééminente matérialité physique, les interprétations populaires s'appuient aussi sur l'efficacité des traitements ou sur l'extension apparente, ressentie, du mal dans l'environnement social. Bref, on ne parle jamais de la maladie « dans le vide ». Dépeindre une maladie, la caractériser sous la forme d'une représentation, c'est toujours mettre en relation des localisations anatomiques avec des types de douleur, des traitements, des durées, etc. En fait, la représentation d'une maladie correspond toujours à des liens unissant des formes pathologiques précises et des contextes particuliers. Elle résulte d'un agencement spécifique.

Prendre au sérieux cette constatation, somme toute assez triviale, ne va pas sans entraîner quelques conséquences. Cela conduit, par exemple, à ne pas s'en tenir à un simple recueil discursif des conceptions populaires de la maladie, mais engage à « retrouver à partir de quoi connaissances et théories ont été possibles ; selon quel espace d'ordre s'est constitué le savoir... » (Foucault, 1966, 13). Autrement dit, et d'un point de vue plus méthodologique, il s'agit de proposer une démarche analytique portant

sur les diverses relations unissant les représentations sociales de la maladie avec leurs « bases matérielles », principalement constituées par les diverses caractéristiques de leurs référents morbides. C'est pourquoi nous entendons mettre en rapport les représentations discursives de la maladie avec les « dispositifs » qui pour partie les déterminent, c'est-à-dire les agencements spécifiques, objectifs, non discursifs, qui « pèsent » sur le contenu des représentations sociales de la maladie, et les « orientent ». Nous tenterons ainsi de relier les représentations à ce qu'elles ont à penser, ou, pour utiliser un vocabulaire marxiste dont il ne faudrait pas « durcir » les termes, nous souhaitons proposer quelques repères permettant de raccorder telles ou telles représentations à leurs « infrastructures » corporelles et socio-sanitaires.

Par ailleurs, ces divers éléments de la réalité¹, constitués comme des faisceaux de relations entre des symptômes, des possibilités de traitements, des douleurs, des évolutions, des enjeux... ne sont pas fixes, mais constituent, au contraire, des ensembles instables et ouverts. De « nouvelles maladies » apparaissent (Jaffré et Olivier de Sardan, 1995), de nouveaux traitements sont disponibles, de nouvelles informations circulent, etc. C'est pourquoi nous nous efforcerons aussi de comprendre comment évoluent les contenus des « modules » (cf. *supra* l'article de Olivier de Sardan), ou des représentations sociales de la maladie, en fonction des modifications de certains termes de leur « infrastructure ».

Nous nous attacherons premièrement à souligner quelques caractéristiques des « matérialités du corps » et des états morbides telles qu'elles sont en général perçues par les malades et leurs proches, et à mettre en rapport ces diverses expressions corporelles de la maladie avec les représentations populaires qu'elles suscitent. Nous soulignerons ensuite différentes valeurs, ou vecteurs, orientant la maladie vers certaines définitions plutôt que d'autres ; et les acteurs vers certaines pratiques au détriment d'autres possibilités. Enfin nous illustrerons les dynamiques de transformations des représentations et quelques implications pratiques de ces transformations, notamment en termes d'accès aux soins. Pour ce faire, et bien qu'il y ait quelque arbitraire à cela, nous parlerons d'abord du

1. La question n'est donc pas tant de savoir où se nichent des représentations (Sperber, 1996) que d'investiguer les relations spécifiques qu'elles établissent avec et entre divers éléments de la réalité, etc.

corps, puis des contextes des maladies, et enfin nous proposerons quelques exemples où l'emploi du concept de dispositif nous semble se révéler utile.

Les matérialités du corps

Les nosologies profanes se construisent en corrélant des symptômes et des dénominations. Par exemple le terme de *sayi*, en bambara, unifie un ensemble de symptômes (« jaunisse », fatigue, etc.) qui pourraient, autrement, apparaître disparates. Notre hypothèse est que cette opération de tri, de catégorisation et de conjonction ne relève pas du seul arbitraire ni d'une pure logique symbolique et abstraite du classement. Certains symptômes sont discrets ou diffus, d'autres au contraire sont massifs ou visibles, ce qui oriente l'interprétation. Les ressentis des symptômes servent ainsi de révélateur, de « pivot » pour un regroupement des signes en entités nosologiques populaires, et font que les mots, et les référents morbides qu'ils désignent, floclent, se choisissent, et se soumettent réciproquement.

Notre hypothèse est donc que la constitution de savoirs populaires sur la maladie est principalement régie par deux types de contraintes, la matérialité d'un corps malade ou l'ensemble des expressions phénoménales¹ de la maladie, d'une part, et d'autre part ce qu'il en est localement dicible, ou l'ensemble des agencements sémantiques contraignant l'inventaire profane des symptômes morbides et de leur physiologie. Les maladies étant diverses, ces observations profanes sont confrontées aux manifestations plus au moins complexes et parfois déroutantes des troubles sur le corps. Il s'ensuit qu'une représentation de la maladie ne peut être uniquement comprise comme un discours mais doit être aussi envisagée comme un ensemble de relations conjuguant indissociablement les diverses matérialités de la maladie et la pression sémantique d'un lexique.

1. Tout discours sur le corps est évidemment déjà un « construit ». Nous renvoyons ici aux travaux de Zola (1964) et aux récentes études de Barthe (1990), et Aïach et Cèbe (1991). Cependant, par commodité, nous désignons sous le terme de phénoménal : « une logique vécue qui ne rend pas compte d'elle-même, et celle d'une signification immanente qui n'est pas claire pour soi et ne se connaît que par l'expérience de certains signes naturels » (Merleau-Ponty 1945, 61).

Une constatation est évidente : comprendre et interpréter les effets d'une maladie est un exercice ardu. L'objet est un matériau « instable », « changeant » et complexe. En effet, les manifestations du pathologique sur le corps sont diverses. Des affections restent longuement « muettes » ou apparemment bénignes (tuberculose), alors que d'autres s'expriment par de nombreux symptômes (cardiopathies), parfois spectaculaires (grand mal épileptique). Pour certains troubles douloureux, la souffrance coïncide avec un symptôme visible (plaies, brûlures). Pour d'autres, au contraire, les sensations sont diffuses, irradiantes, évoquées (affections de l'abdomen). Enfin des indispositions (fièvres, états nauséux) relèvent plutôt d'un « sentir avant les sens » (Merleau-Ponty, 1945) que d'une définition et localisation précises. Dans certaines maladies, le symptôme « correspond » à la pathologie ; il en est comme le déploiement (cataacte). Différemment, une sensation de mal-être peut être associée à de multiples changements corporels observables (ictère, douleur, vomissements, etc.). Certaines affections évoluent par une aggravation du symptôme initial (ulcération), d'autres par d'étonnantes ruptures (lèpre, trachome), etc. Bref, si ce catalogue phénoménologique n'est pas exhaustif, il souligne néanmoins que les diverses visibilités immédiates qu'offre un corps malade sont souvent autant d'énigmes et de pièges pour une interprétation profane. Ces expressions morbides ne constituent pas cependant une énumération d'entités singulières. Quelques types principaux de maladie peuvent être regroupés. Pour progresser, nous allons donc analyser quelques-uns de ces agencements liant des nominations à des formes d'expression des symptômes et des douleurs.

Les symptômes

Il serait bien hasardeux de s'interroger sur ce qui, de la trace corporelle ou de sa nomination, détermine le contenu de la représentation ; l'une ne va sans doute pas sans l'autre... C'est pourquoi nous proposons d'ordonner les diverses formes sémiologiques de la maladie, apparemment hétéroclites, sous quelques types de manifestations associées à autant de lectures constitutives des interprétations populaires. Il s'agit de tendances, et aucune de ces lectures n'est exclusive d'autres. Simplement certaines maladies, entre expression symptomale et modalité du déchiffrement,

correspondent plutôt à tel ou tel des trois types suivants : un symptôme visible et une lecture monosémique, des symptômes apparemment semblables et une lecture unifiante, des symptômes cachés et des lectures sensorielles.

Un symptôme visible et une lecture monosémique

C'est le type le plus simple : des « maladies » sont organisées autour d'un symptôme offrant une grande visibilité. Cette focalisation sur un signe pathologique est parfois attestée par le lexique. Ainsi, en pays bambara, *kanjabana* (cou raide/maladie) ou *sensabana* (jambe morte/maladie) désignent notamment la méningite et la poliomyélite. D'autres termes – tels *ngunan jigin* (fontanelle abaissée), ou *fasanin* (petit nerf, qui signale la présence de vénules sur le ventre des nourrissons) – évoquent plus directement l'organe supposé être affecté par le mal¹. De même est-il possible de regrouper des maladies provoquant un ictère et unifiées par la caractéristique « jaune » (comme *shawara* en hausa, *moo-sey* en zarma, *sayi* en bambara, etc.). Toutes ces manifestations ont en commun d'être caractérisées par une grande visibilité du trouble sur le corps, ce qui favorise la constitution d'ensembles sémantiques – de représentations – autour de ce qu'on pourrait appeler des « signes pathognomoniques émiques ».

Dans bien des cas, ce savoir profane ne coïncide pas avec celui de la médecine. Il le déborde par excès ou par défaut, interprétant divers symptômes comme autant de maladies à part entière ou décomposant des syndromes médicaux en de multiples maux. Ce non-isomorphisme des champs sémantiques n'est pas sans conséquences pour la santé publique. Ainsi, par exemple, en pays bambara, le prolapsus rectal des nourrissons est nommé *kòbò* (dos [fesses] sorti). A l'inverse des médecins, considérant ce signe comme lié à des diarrhées ou à une grande faiblesse de l'enfant, les pratiques de soins des vieilles guérisseuses s'appliquent directement à cette pathologie ressentie et consistent à remettre manuellement l'anus à sa place. Le dispensaire ne peut répondre aussi univoquement à une demande ainsi formulée, et préconise une réhydratation, une meilleure

1. Cf. *infra* le texte sur « La maladie de la fontanelle ».

alimentation, etc. Cette dissonance entre l'offre et la demande explique que les itinéraires de soins des malades privilégient largement le populaire aux dépens du biomédical. Dans d'autres cas, cependant, l'altération corporelle observée peut correspondre à un symptôme pathognomonique identifié par la médecine. Cette coïncidence entre savoirs populaires et scientifiques s'applique notamment à des pathologies infantiles comme la rougeole ou la coqueluche. Ces maladies sont bien identifiées par les mères. Elles sont aussi nommées précisément dans de nombreuses langues africaines et leur traduction d'une langue à une autre ou d'un langage populaire à un code scientifique s'effectue sans difficulté¹. Cette connivence entre des dénominations populaires et biomédicales, qui n'est bien évidemment pas une parfaite correspondance, permet d'initier un dialogue plus facile entre soignant et soigné, du moins s'il est souhaité.

Des symptômes apparemment semblables et une lecture unifiante

Si certaines représentations s'ordonnent autour d'un symptôme prégnant par sa grande visibilité, d'autres se présentent comme la réunion sous une seule « étiquette » de symptômes divers qui apparaissent comme semblables. Prenons quelques exemples. En milieu sénoufo, la maladie *kaliya* (cf. *infra*) est décrite comme « une petite boule farineuse » se manifestant principalement sous la forme de nodules ou de hernies. En milieu peul (cf. *infra*), deux pathologies *burri* et *nurro* peuvent désigner diverses maladies biomédicales : un hydrocèle, une hernie, une tumeur du cou, un goitre, un prolapsus anal, des hémorroïdes. En milieu bisa (cf. *infra*), *po* s'applique à une idée de masse et de grosseur, etc. En fait, dans ces exemples, les représentations populaires de la maladie conjoignent sous quelques termes des expressions physiques morbides multiples mais apparemment semblables. L'interprétation regroupe quelques sèmes visibles – la nodosité, la rotundité, et parfois la tuméfaction – et unifie ces symptômes, qui semblent « se répondre », et être « de même nature »

1. C'est aussi ce que remarque Fassin (1986, 1122) : « Aisément identifiable, la rougeole est universellement reconnue par les mères, et même si de rares erreurs diagnostiques par excès ou par défaut restent possibles, l'analyse des résultats de l'enquête a montré que la connaissance empirique des femmes dont les enfants ont eu la rougeole est très proche de la description médicale. »

par leur forme ou leur consistance. Dans ce type de relation, les savoirs populaires « rassemblent qui se ressemblent » et englobent sous une seule représentation ce qui s'exprime par des manifestations similaires : la maladie qui provoque des « boules », celle qui se manifeste par certaines convulsions, etc., comme si, « quand elles deviennent assez denses, ces analogies franchissent le seuil de la simple parenté et accèdent à l'unité d'essence » (Foucault, 1963, 5).

Des symptômes cachés et des lectures sensorielles

Si, comme des pièges pour le regard, certains symptômes s'inscrivent à la surface de la peau ou aux entours des orifices, d'autres s'expriment confusément dans l'intérieur du corps. En de tels cas, et hors l'examen des matières – sang, urine, fèces – sortant du corps, le discours populaire est privé de l'appui d'une observation directe. Ne pouvant se fonder sur une description, il pallie ce manque par l'exposition précise et quasi topographique du ressenti de la maladie. Il articule ainsi, au plus proche, le vécu du trouble et son interprétation. Ces constatations peuvent être illustrées simplement par l'exemple de *suma* (cf. *infra*). La maladie s'y présente comme localisée dans l'estomac et les intestins. Bien qu'invisible, elle s'y manifeste par différentes sensations, désignées de manière métaphorique, par les diverses représentations de ses modes de déplacement (« se lever », « se disperser », etc.). Plus généralement, dans les études consacrées ici aux « maladies du ventre » (*keefi*, *gamma*, etc.), de semblables ensembles sémantiques constituent, entre sensation et lexique, des schémas perceptifs de la maladie. Ils sont composés d'une part d'un ensemble de verbes, propres à décrire des impressions cénesthésiques, correspondant aux effets de la maladie sur le corps (mûrir, se déplacer, attendre, sortir, marcher, ronger, terrasser, se réveiller, bouger, se lever, sommeiller, etc.), et d'autre part d'un ensemble de locutions plus vagues et plus générales, désignant des modes d'activation du trouble (fraîcheur, alimentation, peur, changements alimentaires). En fait, si dans nos premiers exemples les représentations des maladies usaient d'un lexique descriptif, les « maladies du ventre », par leur opacité, imposent l'usage de verbes exprimant des impressions sensorielles. Privées d'une connaissance de l'anatomie et du fonctionnement interne du corps, les rares

descriptions s'appuient sur ce qui est observable dans l'abdomen d'un animal sacrifié qui vient de mourir (*kaliya*, *gamma*)¹.

Les qualités douloureuses

Dans la plupart des cas, la recherche d'un apaisement de la douleur est au centre des itinéraires de soins. D'un point de vue linguistique, la composition lexicale de nombreux termes désignant les pathologies par l'association d'une localisation anatomique avec la signalisation d'une souffrance (*dimi* en bambara, *doori* en zarma, *ciwon* en haoussa, etc.) témoigne de cette préoccupation. Les lexèmes ainsi formés restent vagues et s'appliquent à diverses régions anatomiques (maux de ventre, de tête, etc.). Cependant, la douleur ne se limite pas à cette fonction très globalement classificatoire. Elle apparaît aussi comme une des caractéristiques distinctives des maladies. Il est certes difficile de l'évaluer (Bazanger, 1995). Elle peut néanmoins être appréhendée en fonction de seuils, allant du ressenti le plus ténu au plus mortifiant. Ainsi, par défaut, certaines affections ne semblent pas provoquer de douleur (fontanelle). Ensuite, au plus imperceptible, un premier ensemble de termes souligne des sensations gênantes qui expriment les mouvements internes de la maladie (cf. *supra*). Viennent ensuite des dérangements plus douloureux (démangeaisons, état nauséeux, etc.). Enfin, pour d'autres pathologies, des termes viennent souligner la violence de l'affection : telle maladie « chauffe », « cloue », est « comme une lame qui coupe » (*suma*), une autre « pique » ou des douleurs articulaires « déchirent » (*zahi*), etc. La douleur est un rappel de la prééminence du corps. Elle stupéfie, et incite peu à un immédiat discours interprétatif. A l'inverse, hors l'épisode aigu, elle perd son « caractère d'urgence » pour prendre place comme un simple élément dans d'autres récits tenus sur soi-même. Bien que naïve, cette constatation explique, peut-être, le faible recueil de descriptions ethnographiques consacrées à cette question pourtant essentielle. Peu loquace, la douleur est pourtant un élément de toute compréhension des choix thérapeutiques

1. Cette question des référents visibles, notamment animaux, de l'intérieur du corps, pouvant servir de modèle de pensée pour une physiologie populaire, est très peu traitée. Bernus, qui l'aborde, se limite cependant à comparer les entités nosographiques des maladies humaines et animales (1969).

des patients, des conduites de soin des soignants, et des attitudes des malades face à leur affection.

En effet, les malades évaluent et choisissent fort pragmatiquement les recours sanitaires en fonction de leur capacité à faire cesser la souffrance. Les systèmes profanes de soins, en dehors de quelques pratiques spécialisées (l'arrachage de dents, notamment), ne savent pas agir contre la douleur. Il s'ensuit que les populations utilisent préférentiellement la « médecine traditionnelle » pour « des dysfonctionnements chroniques non invalidants », socialement handicapants mais dont la douleur est supportable, alors que la médecine moderne est recherchée dans les domaines où elle est manifestement plus efficace aux yeux des villageois, c'est-à-dire dans la prise en charge des maladies aiguës : pour des « dysfonctionnements invalidants critiques » (Gould, 1957). En fait, l'usage de chaque système est en grande partie déterminé par sa capacité concrète à obtenir des résultats. En témoigne l'usage si répandu en Afrique des antalgiques modernes, en particulier sous la forme de cachets vendus à l'unité sur les marchés. Ici se conjuguent le type de douleur et l'efficacité visible de sa prise en charge.

Cette composante douloureuse opère aussi une distinction parmi les patients. En effet, les enfants en bas âge ne peuvent souvent expliciter leur douleur, mais seulement la manifester. Elle est le plus souvent interprétée par les parents et les soignants : l'enfant est plus l'objet d'un discours que le sujet d'une parole ; et son corps est plus l'objet d'une interprétation que d'une description subjective.

« Il existe bien en effet une spécificité de la relation entre famille et soignant dans la pratique pédiatrique. Tout d'abord, il n'y a le plus souvent pas de dialogue direct entre le médecin et le soigné (l'enfant). La relation est triangulaire et la famille sert d'intermédiaire, notamment pour l'interprétation et la description des symptômes. Ceci est vrai pour les très jeunes enfants, lorsque la communication verbale est impossible ou difficile, mais le reste souvent quand l'enfant a un âge où il pourrait s'exprimer, l'histoire de la maladie étant relatée à travers l'opinion qu'en ont les parents, leur propre histoire et celle de leur relation avec leur enfant. Le médecin éprouve alors la désagréable sensation que sa relation avec l'enfant est parasitée, que celui-ci ne peut pas être "acteur" de sa santé et de sa maladie et encore moins auteur des décisions le concernant » (Tursz, 1993).

Cette situation n'est pas sans conséquences pratiques et théoriques. En effet, si globalement les mères restent soucieuses et vigilantes devant les cris et les modifications de l'humeur de leurs petits, dans les services de santé l'inattention est plus grande envers la douleur des enfants, comme si le fait de ne pas avoir de parole signifiait ne pas souffrir dans son corps. En atteste, malheureusement, « la poursuite jusqu'il y a dix ans d'opérations à vif sur des nouveau-nés » (Peter, 1996, 388). Du point de vue des représentations, il est utile de souligner que les conceptions populaires des maladies infantiles sont pratiquement toujours des discours « de deuxième main », proposées par des adultes. Il en résulte une minoration des données et du lexique sensoriel au profit d'interprétations symboliques s'attachant à décrire la situation singulière de celui qui commence à vivre. Les représentations populaires des maladies infantiles parlent autant des sentiments des parents que des vécus morbides des enfants.

Ces questions concernent aussi les positions respectives des soignants et de leurs clients. Il suffit pour s'en convaincre de comparer les situations de deux segments de la profession médicale. Par exemple, sauf à devenir malade à son tour de la même maladie, l'infirmier ne connaîtra pas précisément dans son propre corps les affres particulières de son patient. Par contre, les sages-femmes ont occupé ou occuperont un jour la place de la parturiente. La place de la douleur distingue donc entre les soignants. Dans le premier cas, l'infirmier ne peut, le plus souvent, que se fier au dire et à l'expression du malade ; dans le cas de l'obstétrique, la sage-femme peut se référer à une mémoire personnelle du corps. Cela étant, dans ces deux types de situation, les personnels établissent, en fonction des normes locales, une équivalence entre la « quantité de douleur ressentie » et le type d'expression, plainte ou résignation, jugé approprié à la situation.

Enfin les conduites des malades et de leurs proches diffèrent selon le type d'affection puisqu'il existe des normes sociales définissant un idéal de conduite, une certaine posture du patient, face à la douleur. Ainsi, en milieu bambara, les conduites de celui qui souffre – allant globalement de geindre (*ka tonton, kasi misènin*) à crier (*kule*) – sont mis en rapport avec certains traits de caractère : l'endurance (*dusu girinya ani feganya*, litt. cœur lourd ou léger), la bravoure (*ka dimi munyu*, litt. supporter la douleur), le courage (*kisè*) ou la force (*fari*). L'interprétation de ces réactions peut changer selon les types de douleurs. Il est supposé plus

aisé de résister à des souffrances continues (*dimi kudaye*, litt. qui sont pour toujours) qu'à une brusque sensation (*dimi balilen*). Globalement, la douleur est une des modalités du rapport à soi. La supporter confirme la noblesse (*a bè honroya cogo sabati*), mais n'en est pas l'apanage. La bravoure (*cèya*), qui peut aussi être celle d'une femme « ayant des qualités d'homme » (*musokisèya* ; *cè dusu b'a kono*, litt. elle a un cœur d'homme), dépend des capacités de chacun. Enfin, confrontées à l'épreuve d'une maladie interprétée en contexte islamique comme « destin du corps » (*farikolo laada, dakan*), voire comme ayant une valeur rédemptrice (*bana ye farijakabo ye*, litt. aumône/sortir), la douleur ou l'attente de la mort revêtent une valeur particulière. La mort subite (*bali ka sa*, litt. rapidement mourir) est parfois considérée comme moins « bonne » qu'une mort lente qui permet au contraire d'expier (*kafari*, faire pardonner) ses fautes (*bana ye jurumu kafari ye*) et de témoigner de sa foi (*lemineya*) en Dieu.

Les contextes de la maladie

La prévalence objective et perçue

Le nombre de malades affectés par une pathologie est une donnée objective. Cependant cette quantité abstraite et dénombrable constitue aussi pour les populations un ensemble de cas observables, un « matériau expérimental » permettant de discerner sur des corps différents la récurrence de symptômes identiques. La prévalence constitue ainsi un soubassement nécessaire permettant de penser la forme stable (canonique) d'une pathologie, et n'est donc pas sans importance dans l'élaboration et la constitution des savoirs locaux. Elle permet, en effet, de découvrir des similarités dans les troubles affectant des personnes distinctes et aide ainsi à l'identification de maladies pouvant, dès lors, être nommées et qualifiées spécifiquement, en fonction de caractéristiques propres¹. Ce processus conduit à autonomiser certaines représentations. Prenons quelques exemples pour illustrer ce mouvement de discrimination d'affections apparemment proches. Globalement, en pays zarma, le terme *totosa* désigne divers troubles urinaires dont l'hématurie et les envies mictionnelles des femmes

1. Cf. pour un cas précis Jaffré et Olivier de Sardan, 1995.

enceintes. Cependant, en fonction de la prévalence de la bilharziose, le champ sémantique du terme local se restreint, allant à s'appliquer uniquement à cette dernière pathologie remarquable par la présence de sang dans les urines¹. Dans un autre contexte, en milieu bambara, le même processus peut être observé. En effet, la notion de *mara*, concernant diverses affections qui vont de la constipation à de l'angoisse, tend à désigner univoquement la cécité dans des zones de forte endémicité onchocercienne. Bien évidemment, se conjuguent ici l'acuité d'observations qu'aiguillonne l'inquiétude face à une maladie quotidiennement rencontrée et l'impact des messages de santé. Cependant la constance de ces processus sémiologiques incite à évoquer une influence de la prévalence sur les représentations, dont la règle, fort simple, pourrait ainsi être énoncée : lorsque la prévalence d'une maladie est forte, elle tend à réorganiser le champ sémantique des représentations proches autour des symptômes les plus caractéristiques et fréquemment présentés par les malades. Ainsi le contexte épidémiologique en contraignant le contenu des interprétations apparaît comme une autre « base matérielle » des représentations populaires.

L'importance du nombre ne se limite cependant pas à constituer ce que nous avons nommé « une infrastructure » des représentations. La fréquence d'apparition des maladies est aussi codée et interprétée de manière émique. En ce domaine, les différentes populations d'Afrique de l'Ouest représentées dans cet ouvrage s'accordent très largement sur un ensemble de conceptions. Globalement, en effet, un premier ensemble de termes et de formes grammaticales s'appliquent à qualifier et différencier des maladies qui apparaissent ensemble, se transmettent rapidement, ou peuvent « passer de l'un à l'autre ». Pour nous limiter à la langue bambara, des distinctions y sont effectuées entre des maladies – comme la rougeole ou la méningite – susceptibles d'affecter rapidement une large population (*finyè bana*, litt. maladie du vent) et celles, comme la tuberculose, qui se transmettent de l'un à l'autre de manière non épidémique (*bana yèlèmata*, litt. maladie qui change), mais, selon les conceptions locales, en utilisant pour ce faire différents agents (mouches, urine, saleté, sortilège, proximité corporelle, etc.). Enfin, un autre ensemble de termes s'attache à sérier

1. « Mais dans les zones des aménagements hydro-agricoles, où l'on constate une grande prévalence bilharzienne, *totoosi* prend peu à peu une signification univoque, et s'applique désormais essentiellement aux seules urines contenant du sang » (Mahazou et Harouna, 1993, cités par J-P. Olivier de Sardan, 1994).

des maladies en fonction de « périodes à risque » tant calendaires – maladies de l’hivernage (*sumaya*) – que biologiques – période de la poussée dentaire (*nynbò tuma*), ou moment de l’accouchement.

D’un point de vue de santé publique, soulignons que les savoirs populaires et les savoirs médicaux s’accordent ainsi très largement sur l’identification de la plupart des maladies transmissibles et sur nombre d’états et périodes à risques. Cette correspondance explique, en partie, la forte fréquentation des consultations de PMI. Les conceptions profanes et médicales divergent par contre, dans l’interprétation des processus de transmission. En effet, les premières ont tendance à interpréter par la contiguïté (contact avec des traces d’urine, enjambements de matières souillées, etc.), ou le vouloir (« mauvais œil », etc.), ce que les secondes, de manière descriptive¹, distinguent comme étant soit des maladies transmises par l’intermédiaire d’un vecteur (bilharziose), soit des maladies résultant d’une contamination (HIV), soit des maladies contagieuses par simple proximité (rougeole, méningite). Enfin, un degré supplémentaire de complexité et de divergence est atteint lorsque le nombre n’est pas corrélé à une forme fixe de l’affection comme, par exemple, le SIDA. Dans ce cas, la maladie est en général identifiée aux symptômes les plus fréquemment présentés (l’amaigrissement et la diarrhée), et les autres troubles pourront être interprétés comme autant de maladies individuelles spécifiques, codées de ce fait dans leurs formes habituelles (tuberculose, maladie de peau, muguet, folie, etc.). Bref, entre la prévalence réelle et les représentations de la maladie, les rapports sont complexes et inclus dans une double relation. De manière objective, le nombre incite les acteurs sociaux à effectuer des observations sémiologiques précises ; mais ces observations étant conduites dans des catégories de pensée locale, la quantité devient alors, outre une « pression objective », une matière soumise à interprétation.

La durée

Une maladie, c’est toujours un ensemble de phases successives. Aussi, parler de « la » représentation d’une maladie est toujours un peu abusif ;

1. D’un point de vue biomédical, ces notions sont précisées plus scientifiquement par leur type d’agent pathogène : viral, bactérien, etc.

comme un film qui ne serait décrit que sur une image arrêtée. En l'absence d'intervention, la maladie évolue et se développe selon diverses « histoires naturelles », allant de l'aggravation à la guérison, avec ou sans séquelles. Dans le domaine biomédical, les maladies qui « durent » sont largement regroupées sous le nom de pathologies chroniques. Le trouble, maîtrisé par un traitement mais non guéri, s'y inscrit dans une durée, une trajectoire¹, qui ne peut être régie par un schéma idéal : symptôme – diagnostic – traitement – guérison (ou mort), mais qui oblige à une gestion de la maladie sous la forme : symptôme – diagnostic – traitement – ?? (Baszanger, 1986). Ces caractéristiques induisent de nombreuses conséquences, résultant notamment d'une interaction prolongée des malades avec les services sanitaires. Très globalement, les modalités de la prise en charge sanitaire transforment les patients en acteurs de leur santé : participation aux soins, choix et observance des traitements, gestion des conséquences des modifications des traitements, etc. Cette persistance du trouble ou du handicap entraîne aussi diverses conséquences sociales, obligeant notamment le malade à modifier ses insertions sociales.

Les populations abordent cette question de la « durée » à leur façon, élaborant ainsi diverses conceptions émiques de « l'installation » et des transformations de la pathologie. Une première réponse profane est construite autour de la supputation d'un caractère congénital de la maladie (*kaliya*, *gamma*, *kabafin*). L'affection étant consubstantielle à la personne, elle peut dès lors apparaître ou disparaître en fonction de causes variées incriminant notamment des ruptures d'équilibres alimentaires. Durable ou constant sont ici synonymes de latent. Une autre hypothèse relève d'une physiologie populaire. Une maladie dont le traitement est différé peut se « disperser » puis « s'installer » dans le corps (*sayi*, *kooko*). La constipation, par exemple, en est alors un signe tangible et inquiétant. « Persister » est dans ce cadre proche de « durcir » (*kògò* en bambara). Enfin la constance d'un état morbide peut être attribuée aux multiples transformations de maladies, qui déjouent ainsi les traitements, ce qui explique les diverses symptomatologies proposées (*sumaya* devient *sayi*,

1. « Le terme de trajectoire a la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss A., 1992).

kooko devient *mara*, *keefi* devient *kaliya*, etc.). Durer correspond ici à muter.

Ces catégories émiques de la récurrence et de l'évolution influent sur l'utilisation des services de santé par les populations, notamment en raison de diverses discordances apparaissant à la rencontre des conceptions profanes et biomédicales. Par exemple, lorsque les représentations locales imputent la gravité d'une maladie à sa persistance – *sayi* –, il est difficile aux patients d'accepter une prise en charge lente et quasiment sans médicament, comme c'est le cas lorsque le médecin diagnostique, sous ce terme, une hépatite. Et si des maladies se transforment, comment trouver le bon traitement ? Allié à d'autres facteurs, notamment économiques, l'ensemble de ces caractéristiques tend à opérer un partage entre ce qui se soigne localement, et ne relève donc pas de la « médecine des Blancs » (*zahi*), et les pathologies relevant d'un traitement biomédical.

Ainsi, la durée et les modes d'évolution de la maladie apparaissent comme des traits pertinents tant pour comprendre le contenu des représentations que pour analyser les conduites des populations. Entre savoir profane et savoir scientifique, les explications proposées de la progression dans le temps de la maladie diffèrent profondément. Les conceptions populaires définissent la durée en fonction de la « nature » d'une maladie qui tend à s'enraciner dans le corps, à y trouver « assise » (*kajiri*, *kabafin*). Pour la médecine, la constance d'une pathologie résulte d'un rapport entre étiopathogénie (le mode d'évolution du mal) et possibilités thérapeutiques¹, permettant – ou pas – de guérir, ou de maîtriser, une affection.

Le traitement

Les interactions autour du remède prennent place dans un large contexte général, où l'on peut distinguer très globalement deux grands types d'univers : celui des traitements populaires et celui des traitements pharmaceutiques. Le domaine populaire inscrit, le plus souvent, les soignants (parents ou guérisseurs) et les soignés dans une homogénéité, ou proxi-

1. La chronicité de certaines pathologies est fortement corrélée à l'existence et la disponibilité de traitements permettant de survivre à une déficience. C'est par exemple le cas des insuffisants rénaux avec la dialyse. Dans bien des cas, c'est la technique médicale qui permet, en empêchant la mort du malade, de « créer » des maladies chroniques.

mité linguistique, correspondant à un partage de mêmes représentations : même focalisation sur certains symptômes, même interprétation du « principe actif » du médicament, même interprétation d'une possible inefficacité de celui-ci en fonction des composantes de la personne : « Le produit ne convient pas à mon sang. » Dans cette situation, les différences de conceptions entre le malade et celui qui le traite correspondent plus à une affaire de distinctions dans les codes – urbains ou ruraux – utilisés, ou de complexité des catégories nosographiques (en particulier chez les guérisseurs), qu'à une réelle différence dans les représentations (*sayi*).

Quant à la médecine, elle aussi est ordonnée autour du traitement : « La médecine n'est pas là pour diagnostiquer, elle est là pour guérir. Le remède, c'est la concrétisation de l'acte médical » (Dagognet, 1996 : 33). Mais la compréhension par le malade de l'action des médicaments délivrés par la biomédecine oblige cependant à d'autres médiations cognitives et sociales. Outre l'obligation d'un prescripteur, l'ordonnance doit aussi, tout au moins en théorie, être conforme à un diagnostic élaboré dans une autre langue, selon une lecture médicale du trouble, puis être présentée sous une forme écrite dans une pharmacie, etc.

Ces diverses caractéristiques constituent les contextes généraux de l'interaction sanitaire. Plus précisément, au cœur de la démarche de soin, le traitement est l'un des éléments essentiels du dispositif produisant et modifiant les représentations sociales de la maladie. Cette emprise s'exerce de plusieurs façons. Cependant, le schéma général du lien entre traitement et représentations populaires repose sur la possibilité de constater les effets tangibles d'un produit ou d'un traitement. En effet, contrairement aux interprétations, qui ne relèvent que d'un ordre discursif, l'action du remède peut être constatée. Aussi le traitement est-il utilisé comme un point de certitude, un « soubassement objectif », permettant la mise en œuvre de trois principales opérations cognitives.

Le traitement permet tout d'abord de garantir une hypothèse et d'identifier strictement une maladie, confortant ainsi la réunion de divers symptômes sous un même terme. Cette procédure, de vérification et de nomination « après-coup » est, par exemple, utilisée dans le cas de *gamma* où des guérisseurs confirment leur diagnostic par l'observation des réactions d'un malade après administration d'un produit : « S'il vomit, c'est *tôm* qui l'a pris. Sinon ce n'est pas pour moi » (cf. *infra*). Une seconde opération permet de construire des équivalences entre les diverses nomi-

nations des maladies. Sans strictement s'y limiter, ce mode de réflexion privilégie des raisonnements de forme syllogistique. Le remède, utilisé comme repère, permet d'établir des identités entre des conceptions localement proches, ou entre des pathologies biomédicales et profanes. Cette modalité de raisonnement est fréquente dans des contextes où le traitement, son utilisation et son application, sont connus. Ainsi, « puisque la chloroquine soigne le paludisme, *sumaya* ayant été soigné par ce produit, *sumaya* peut être du paludisme ». Par ailleurs, l'existence d'un remède ou d'un traitement conduit aussi à restreindre ou à circonscrire le sens de certaines entités. Ainsi, du fait que certaines formes de *kaliya* relèvent d'une réduction de la hernie, on tendra à distinguer, au sein de cette entité globale, une forme autonome relevant d'une action chirurgicale : un *kaliya* « des Blancs ». Enfin, en négatif, les entités populaires tendent à rester stables lorsqu'aucun traitement exogène ne peut s'y appliquer comme dans le cas de *weyno*.

Si ces règles sont simples, leur application dans des contextes réels apparaît plus compliquée. Une première raison de cette complexité tient à la possibilité de cumuler ces divers raisonnements entre eux et avec d'autres. Dans le cas de *sumaya*, au lieu de déduire que « la chloroquine doit soigner tout *sumaya* », les populations « bricolent » plutôt autour et avec de multiples raisonnements, privilégiant par exemple le sème de l'« amertume » pour identifier d'autres remèdes comme les feuilles de nim, ou certaines boissons gazeuses amères, ou associant au syllogisme un autre raisonnement restreignant l'utilisation de la thérapeutique à telle forme particulière de cette maladie, etc. D'autre part, la complexité de ces jeux sémantiques est aussi très largement liée à celle du référent morbide. Une même expression symptomale pouvant recouvrir diverses pathologies ayant des évolutions distinctes, le traitement de ce qui apparaît comme semblable n'entraîne pas forcément les mêmes résultats (*savi*). Enfin, si les médicaments s'appliquent à divers maux, ils agissent aussi de multiples manières. Les uns relèvent d'une démarche symptomatique et manifestent rapidement leurs effets (faire cesser la douleur, la fièvre). D'autres correspondent à une démarche étiologique, et n'agissent qu'avec lenteur (antibiotiques). Cette efficacité ressentie du traitement détermine pour une grande part l'usage qui est fait des médicaments. Ainsi seront valorisés les produits procurant un mieux-être immédiat (antalgiques), rapidement efficaces (chloroquine) ou correspondant, même imaginaire-

ment, à des pathologies ressenties : vitamines pour grossir, laxatifs pour éviter les stases de la maladie, injection pour « atteindre en profondeur » la maladie, etc. A l'inverse, des traitements s'appliquant aux risques encourus lors d'une maladie (Solution de Réhydratation Orale pour la diarrhée), agissant lentement sur un agent infectieux, ou s'appliquant à des pathologies non ressenties (malnutrition), posent de nombreuses questions d'utilisation et d'observance des traitements. Bref, selon des agencements spécifiques, le remède est un autre trait non discursif qui influe sur les contenus sémantiques des interprétations populaires de la maladie. De ce fait, tout autant que l'existence de conceptions populaires de la maladie peut empêcher l'utilisation de certains traitements, le manque de traitements entrave la modification des pratiques et représentations (*zahi, sayi*).

Les incidences sociales

Toute maladie comporte des dimensions sociales et psychologiques. Cependant, pour prendre nos exemples aux extrêmes, les différences sociales et psychologiques sont importantes entre qui souffre d'un rhume et qui combat une stérilité. Bref, il y a des maladies que l'on affronte seul et dont les conséquences sociales sont marginales, alors que d'autres engagent d'emblée des significations, des liens et des statuts sociaux, comme les MST ou les troubles de la fécondité. A cet égard, le terme général de *sickness* recouvre une multiplicité de situations.

Cette diversité détermine aussi les modalités de la relation médicale, correspondant parfois à de simples soins ou obligeant parfois à affronter des problèmes d'annonce – ou non – du diagnostic ou de prise en charge psychologique. Sous l'apparente uniformité de la consultation se dissimulent bien des différences. En effet, certaines pathologies ne requièrent qu'un traitement. D'autres, plus stigmatisantes, à l'intersection du pathologique et du social, mettent en jeu l'identité des patients. Pour s'en tenir à l'exemple douloureux de ce qui relève de la fécondité, en pays bambara tout un lexique atteste des implications sociales de cette déficience. Alors que la femme enceinte est dite atteinte par la « maladie du bonheur » (*hèrèbana*), une femme stérile pourra être nommée *bòrògè* (animal engraisé sans qu'il se reproduise). L'homme pourra être déprécié dans

sa virilité (*céyalagosi* : sexe méprisé) ou sa descendance (*kòsa* : descendance morte ; *kòbò* : enlevée). Dans bien des cas, les imputations étiologiques redoublent et légitiment cette stigmatisation en attribuant l'infécondité¹ à un mauvais destin (*muso tèrèma* : femme au mauvais destin), à une violence envers le mari (*a bè si ban* : elle tue la vie), et à divers désordres sociaux, dont l'adultère (*jènèya*) qui entraîne le mélange des spermes.

De semblables conceptions concernent plusieurs pathologies présentées dans cet ouvrage. Les diverses représentations de *sanyi*, *suma*, *kaliya*, *kooko*, *buuri*, sont construites autour de leur localisation anatomique et « confondent », de ce fait, le « ventre digestif » et le « ventre sexuel ». *Kooko* peut ainsi débiter par des boutons sur les intestins et se terminer par des excroissances vaginales. Cette physio-pathologie populaire, évoquant des risques de stérilité au détour d'une maladie digestive, entraîne des démarches de soin complexes et explique les conceptions en terme de « honte » de maladies qui pourraient sembler anodines en dehors de ce contexte interprétatif.

Les savoirs populaires et médicaux dans les interactions de soin

La situation sanitaire dans les pays du Sahel peut être très largement caractérisée par la confrontation, plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle, des savoirs populaires et médicaux. Aussi une meilleure compréhension de ces deux modes d'appréhension de la maladie devrait-elle nous permettre d'améliorer notre entendement de certaines interactions entre populations et personnels de santé dans les pratiques de soin.

Pour ce faire, commençons par définir quelques caractéristiques des conceptions populaires de la maladie. Il s'agit, tout d'abord, de représentations globalisantes, classant les expériences singulières de l'affection à partir de caractéristiques communes dans un nombre relativement restreint d'entités nosologiques populaires. La succession des malades ne se présente pas comme une suite de singularités. La prolifération des cas particuliers est ordonnée, et un ensemble de notions et d'opérations cogni-

1. Dans une situation non médicalisée et un autre contexte social, cf. par exemple Journet, 1981.

tives permettent de passer de l'*échantillon* – correspondant à « une seule fois » – au *type*, constituant un raisonnement pour « à chaque fois »¹. La création de ce soubassement cognitif, permettant d'envisager le particulier, non comme la succession hétéroclite de divers cas uniques, mais comme la récurrence de pathologies semblables appartenant à un même ensemble, est constituée grâce à la mise en œuvre de diverses opérations. Il s'agit tout d'abord de mettre en relation un domaine lexical et un type d'affection. Ainsi en parcourant diverses localisations anatomiques et modes d'expression de la maladie, nous avons aussi parcouru différents types de lexiques, allant de celui des formes et des couleurs à celui des sensations, conjugant ainsi des modes et lieux d'expression du pathologique avec leurs interprétations. Ces premières données, principalement sémiologiques, sont ensuite traitées par un ensemble d'opérations logiques semblables, quelles que soient les langues : hypostase des symptômes visibles, dénomination commune du semblable, interprétation de l'opaque et du complexe grâce à quelques verbes d'actions. Ces opérations intellectuelles, en orientant et en reliant le voir et le dire, créent « une alliance entre les mots et les choses » (Foucault, 1966, VIII) et permettent d'évoquer, à défaut d'une trop rigide épistémé, une certaine unité des systèmes ouest-africains de représentations de la maladie. Elles démontrent aussi que les conceptions populaires de la maladie ne se limitent pas à être des interprétations symboliques mais correspondent aussi à la mise en œuvre d'observations et de savoirs. Ces derniers trouvent cependant leur limite dans un mode de construction privilégiant une logique de l'expérience qui accorde crédit au ressenti et au vu. Outre les exemples précédents, qui soulignaient la constitution de représentations autour de sensations ou de similitudes, cette tournure apparaît aussi dans l'évocation des « causes » de certaines maladies. Par exemple, dans diverses pathologies relevant très largement d'une catégorie « fièvre-paludisme » (cf. *sumaya*), les représentations populaires incriminent, comme cause, des aliments huileux, gras ou trop doux. Plus que sur une hypothétique classification des aliments, le raisonnement apparaît ici fondé sur l'impression nauséuse ressentie par le malade et provoquée par le cycle intrahépatique du parasite. Cette interprétation de type empirique conduit les représentations profanes à présenter l'effet ressenti pour la

1. Nous empruntons cette opposition entre type et échantillon à Ricœur (1990).

cause, et dans bien des cas à proposer comme prévention ce qui, comme la consommation des mangues, ne provoque qu'une aggravation d'un mal-être lié à la maladie.

Dans l'Afrique contemporaine, ces systèmes d'interprétations cohabitent avec des approches biomédicales dont les raisonnements, en théorie tout au moins, divergent sur plusieurs points de ces savoirs populaires. Tout d'abord, les connaissances médicales ne sont pas fondées sur l'expérience subjective de la maladie, mais relèvent globalement d'un domaine expérimental obligeant l'expérimentateur à se plier aux règles de son expérimentation. Ensuite, en liant le trouble morbide à diverses causalités allant de l'anatomopathologie à des modèles probabilistes (Vineis, 1992), la médecine s'est constituée comme une « science des dissociations » (Dagognet, 1996, *op. cit.*, 20). De ce fait, elle propose une lecture du corps, non pas anatomique, mais révélant, au contraire, des liaisons complexes entre des organes et des affections morbides. Il en va ainsi d'un œdème des membres inférieurs signalant un trouble cardiaque, de problèmes oculaires liés à un diabète, etc. Le diagnostic est ici fondé sur un discours scientifique articulant un lexique descriptif sémiologique et des représentations étiologiques savantes (physiologiques, génétiques, immunologiques, etc.) qui en organisent et en modifient l'interprétation. Il en résulte que les conceptions savantes et profanes sont d'autant plus éloignées que les premières font appel à des modèles complexes d'explication de la pathologie¹. Par exemple, si pour une plaie tout le monde est d'accord, la situation est fort différente dans le cas d'une drépanocytose, dont l'attestation est génétique et qui de plus se manifeste par de nombreux symptômes dont des douleurs osseuses. Dans ce cas, en milieu bambara, les représentations populaires, en fonction de similarités anatomiques et sémiologiques, unifient sous un seul terme – *koloci* (litt. os brisé) – ce qui se manifeste sensoriellement de manière semblable : drépanocytose, rhumatisme, arthrose, etc. Les savoirs locaux classent en fonction du ressenti ce que la médecine distingue selon l'étiologie.

Enfin, le déchiffrement clinique implique, outre de bonnes connais-

1. C'est pourquoi il n'est pas très intéressant de noter que les représentations populaires du paludisme ou du SIDA ne sont pas « réellement » ces maladies. Imagine-t-on des populations faisant des tests biologiques ? La question est plutôt de comprendre en quoi ces diverses interprétations influent sur l'accès aux soins ou l'observance des traitements.

sances biomédicales, un vocabulaire suffisamment stable et précis pour distinguer sous l'apparente uniformité des souffrances les indices d'une pathologie donnée¹. Confrontés à cette même question de l'identification du trouble, les savoirs populaires utilisent, par contre, de nombreuses métaphores qui empruntent leurs termes aux domaines de la quotidienneté. Faute d'une terminologie scientifique dont l'acquisition est sans doute liée, entre autres, à une écriture permettant de fixer les termes d'un savoir stable, l'explication des dysfonctionnements du corps s'accorde avec le plus quotidien et le plus empirique et acquiert ainsi une crédibilité fondée sur l'évidence de ce qui est proche et habituel, ce qui marque aussi ses limites cognitives.

Cette distinction entre sémiologie profane et sémiologie médicale, toutes deux d'ordre discursif, ne doit pas être confondue avec une opposition entre des pratiques de soin. En effet, dans cette situation d'interlocution où les rôles de chacun sont clairement répartis entre un patient exprimant ses plaintes et un soignant devant les interpréter comme autant de signes constituant une pathologie précise², les difficultés sont diverses. Selon les affections, le regroupement des symptômes sous la forme d'un diagnostic est plus au moins complexe³. Il est aisé lorsque le trouble s'accompagne de signes pathognomoniques ; délicat lorsque les symptômes sont polysémiques et peuvent évoquer diverses pathologies. Il en va de même pour ce qui concerne la douleur, où la démarche médicale, en liant l'impression douloureuse à l'affection qu'elle signale, s'applique à conférer à une sensation pénible une valeur diagnostique. Cette construction médicale d'une souffrance ressentie comme signe clinique s'effectue de manière complexe. En effet la corrélation entre une sensation

1. Il suffit pour s'en convaincre de lire la précision des sémiologies médicales quant aux termes qui qualifient le trouble : douleur pulsatile ou sourde, pour l'œil ; douleurs thoraciques persistantes, aiguës, constrictives, piquantes, en coups de poignard, etc. (Swartz 1991).

2. Dans le domaine philosophique, cette dissymétrie de l'interlocution est ainsi soulignée par Ricœur : « Attribué à soi-même, un état de conscience est *ressenti*, attribué à l'autre, il est *observé* » (1990, 53).

3. Un bel exemple de semblable construction est donné, entre bien d'autres, par T. R. Harrison (1992) : « La douleur survient habituellement lorsqu'un stimulus capable de léser des tissus excite des afférences périphériques nociceptives. Quand un stimulus nociceptif excite les récepteurs de la peau, des muscles ou des articulations, la douleur qui en résulte est habituellement bien localisée et facilement décrite par le patient. Au contraire, une douleur viscérale est souvent difficile à localiser et peut être projetée sur un territoire cutané innervé par les mêmes racines sensitives que l'organe malade. »

et une affection impose parfois de dissocier le point douloureux (douleur évoquée) de sa cause, et toujours d'utiliser un vocabulaire suffisamment précis (douleur exquise, taraudante, etc.) pour discriminer entre divers troubles. Quels que soient le code et le savoir – technique ou populaire – utilisés, l'interprétation de la douleur sera plus ou moins complexe selon qu'elle s'offre à une lecture immédiate (ulcération, plaie, zone de grattage) ou nécessite, au contraire, un déchiffrement subtil (douleurs abdominales, thoraciques). Bref, dans la pratique de soins, le corps « loge tout le monde à la même enseigne », et tout autant que la prégnance de certaines représentations populaires, la complexité du référent morbide peut expliquer tant les difficultés des guérisseurs que les erreurs de diagnostic de personnels de santé trop mal formés et mal équipés pour être en mesure de procéder au déchiffrement complexe de certaines souffrances. Dans ces cas, faute de connaissances suffisantes, les personnels de santé auront fréquemment tendance à recourir à une plus immédiate interprétation populaire de la maladie.

Dispositifs et représentations

Les quelques facteurs influant sur les représentations de la maladie que nous avons décrits doivent être pensés conjointement et non comme un catalogue. Ils s'intègrent dans des relations dynamiques¹, mêlant le type de douleur, les manifestations de la maladie, le statut du malade, etc. Le tout n'est pas ici la somme de ses parties mais l'ensemble ouvert de leurs possibles relations. Il correspond, en fait, à ce que, commentant Foucault, Deleuze (1989) nomme un « dispositif », désignant ainsi : « un écheveau, un ensemble multilinéaire [...] composé de lignes de nature différente. Et ces lignes dans le dispositif ne cernent ou n'entourent pas des systèmes dont chacun serait homogène pour son compte [...], mais suivent des directions, tracent des processus toujours en déséquilibre, et tantôt se rapprochent, tantôt s'éloignent les unes des autres » (*ibid.*, 185). Aussi, rendre visible un phénomène, comprendre une représentation, ne peut

1. Nous sommes ici très proche des travaux consacrés par Dujardin aux dynamiques (1932) où il souligne notamment que « si l'annuaire est un roman il a beaucoup de personnages, mais peu d'intrigue ».

uniquement consister à tenter d'en dévoiler une profondeur cachée ou un sens implicite. Il faut au contraire décrire, ou autrement dit « cartographier », les diverses « lignes » dont l'enchevêtrement produit le « dispositif » particulier à chaque maladie.

Une première ligne est celle du fonctionnement du corps et des douleurs, diverses tant dans leurs manifestations (aiguës, chroniques) que dans le rapport qu'elles entretiennent avec les lésions où elles prennent naissance (irradiées, évoquées, fugaces, etc.). De plus, pour ce qui concerne les symptômes, le corps se présente parfois comme une profondeur où se dissimulent des maladies qui ne se signalent que par des sensations, parfois comme une surface où s'inscrivent des signes visibles, directement lisibles où trompeurs. Cette distinction est au principe de cet ouvrage, du moins en ses parties évoquant des maladies visibles ou internes.

Une seconde ligne est celle du nombre de malades, de la fréquence et des circonstances d'apparition des nouveaux cas. Elle conduit à l'élaboration d'hypothèses concernant la transmission, la contagion et la contamination, et permet de distinguer entre les affections particulières et celles qui concernent des ensembles plus ou moins vastes et spécifiques de populations.

Une troisième ligne est celle de la durée et de l'évolution de la maladie. Outre qu'elle oblige un malade à modifier les relations qu'il entretient avec son milieu social, elle conduit à la production de « quasi-concepts » permettant d'expliquer les modifications des symptômes et leur résistance aux traitements.

Une quatrième ligne est celle des traitements. Entre médications populaires et biomédicales, elle provoque des discriminations, regroupements ou distinctions au sein des entités nosologiques, qu'elle modifie selon l'efficacité ressentie ou avérée du médicament.

Enfin une cinquième ligne lie la maladie à ses conséquences et connotations sociales.

Quelles perspectives offre une telle posture ?

Elle permet, tout d'abord, de dresser une typologie descriptive des maladies et de les mettre en rapport avec les représentations qu'elles suscitent. Ainsi, et quel que soit le contexte culturel, nous pouvons distinguer des entités nosographiques complexes qui mêlent diverses lignes en une trame serrée : l'opacité du ventre et la polysémie des symptômes,

la chronicité, l'inefficacité d'un traitement biomédical (*weyno*). D'autres au contraire, à la limite du sémiologique et du nosographique, conjoignent la mutité du malade, la visibilité du symptôme, l'inefficacité apparente du traitement médical (*ngunan jigin, kajiri*).

La décomposition des représentations en leurs divers traits constitutifs permet aussi d'avancer quelques hypothèses concernant les dynamiques de transformation des modules (cf. *supra* le texte de Olivier de Sardan). Ces mutations s'opèrent, en effet, non de manière massive, mais souvent sur un seul des traits constituant la représentation globale. Par exemple, le module *kaliya* peut être réorganisé autour de la possibilité du seul traitement de la hernie ; dans une relation interlangues, *keefi* et *sayi* sont mis en équivalence grâce à un seul symptôme ; *kooko* et diverses MST sont unifiés par leur seule localisation anatomique, etc.

Un tel point de vue s'applique aussi aux conduites de soin des populations. En effet, sauf à supposer « une individualité de synthèse », définissant une personne comme « l'expression d'une culture elle-même considérée comme un tout » (Augé, 1992)¹, il semble hasardeux de faire coïncider représentations et conduites ou d'établir entre ces deux termes un strict rapport de détermination. Les raisons des pratiques semblent par contre pouvoir être décrites comme des processus certes complexes et enchevêtrés, mais largement orientés par les diverses lignes constituant les matérialités de la maladie, son dispositif. Il en est ainsi, par exemple, d'une maladie comme l'abaissement de la fontanelle, qui, parce qu'elle conjugue un symptôme visible, un remède populaire simple (dont l'inefficacité n'est pas visible facilement par le sens commun), et l'absence d'un traitement médical rapide, incite peu les populations à se rendre dans des services de santé. A l'inverse, les recours biomédicaux sont rapidement utilisés pour des enfants souffrant de convulsions nommées un peu partout « maladie de l'oiseau ». Bien qu'indexée sous une représentation massive et typiquement « traditionnelle » (cf. dans ce même ouvrage Bonnet), cette pathologie, aiguë, facilement identifiable, qui bénéficie d'un traitement biomédical efficace, mène

1. Nous empruntons cette citation à Bensa qui la commente ainsi : « Comment établir une connexion univoque entre le singulier (telle Anglaise sur un trottoir de Londres à telle date) et le général (la société britannique) sans aplanir tous les clivages internes (en classes, générations, statuts, etc.) propres à la société anglaise, sans ramener tous les espaces sociaux différenciés à un seul, à une totalité homogène ? » (1996 : 59.)

les parents des enfants atteints au centre de santé, s'il en est un à proximité.

Cette caractérisation des maladies par leur « dispositif », c'est-à-dire par une combinaison d'éléments qui détermine au moins en partie les représentations que s'en font les populations, permet aussi de comprendre la diversité des conduites de patients partageant pourtant les mêmes conceptions. En effet, plus que l'adhésion à une semblable interprétation, ces pratiques résultent souvent d'une pondération des contraintes et des risques entre les diverses lignes constituant le dispositif de la maladie. Par exemple, pour une même maladie hypertensive nommée semblablement, la composition du dispositif est très différente entre un « vieux » et une jeune femme placée devant l'obligation de choisir entre le risque médical que pourrait entraîner un accouchement (ligne corporelle) et le risque social d'une stérilité et d'un célibat volontaire (ligne des incidences sociales).

Nous ne poursuivrons pas au-delà ces exemples, et soulignons simplement, pour revenir au vocabulaire marxiste évoqué en introduction, que les modifications des représentations, la compréhension des conduites de soin et éventuellement l'espoir de transformer certaines pratiques et représentations impliquent, plus qu'une simple description discursive, de s'attacher à la compréhension précise des bases matérielles qui déterminent les discours et les représentations.

Ouvrages cités

Ackerknecht E. H., 1986, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot.

Aïach P. et Cèbe D., 1991, *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturel et méthodologiques de différenciation*, Paris, INSERM/Doïn.

Barthe J. F., 1990, Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutique, *Revue française de sociologie*, XXXI, 283-296.

Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie* XXVII, 3-27.

Baszanger I., 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

Bensa A., 1996, De la micro-histoire vers une anthropologie critique, in *Jeux*

d'échelles, la micro-analyse à l'expérience, Revel J. (dir.), Paris, Gallimard-Le Seuil, « Hautes Études », 37-70.

Bernus E., 1969, Maladies humaines et animales chez les Touareg sahéliens, *Journal de la Société des africanistes*, XXXIX, I, 111-137.

Dagognet F., 1992, *Le corps multiple et un*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Dagognet F., 1996, *Pour une philosophie de la maladie*, Paris, Textuel.

Dujardin E., 1932, *Le Bottin comme déconstruction identitaire*, Saint-Tugdual, Presse analytique des PTT.

Deleuze G., 1989, Qu'est-ce qu'un dispositif ? in *Michel Foucault philosophe*, Rencontre internationale, Paris, 9, 10, 11 janvier 1988, Paris, Seuil, « Des Travaux », 185-195.

Fassin D., 1986, La bonne mère. Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal, *Social Science and Medicine*, vol. 23, n° 11, 1121-1129.

Foucault M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, « Galien ».

Foucault M., 1966, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines ».

Friedson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

Gould H., 1957, The implications of technological change for folk and scientific medicine, *American Anthropologist*, 59, 3.

Harrison T. R., 1992, *Principes de médecine interne*, Paris, Flammarion, « Médecine-Science », Paris.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., 1995, Tijiri, la naissance sociale d'une maladie, *Cahiers des sciences humaines*, 31, 4, ORSTOM, 773-795.

Journet O., 1981, La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société Diola de Basse-Casamance, *Journal de la Société des africanistes*, 5, 97-105.

Merleau-Ponty M., 1945, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, « Tel ».

Olivier de Sardan J.-P., 1994, La logique de la nomination, les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences sociales et santé*, vol. XII, n° 3, 15-45.

Peter J.-P., 1996, Connaissance et oblitération de la douleur dans l'histoire de la médecine, in *De la violence*, séminaire de Héritier F., Paris, Odile Jacob, coll. « Opus ».

Ricœur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

Sperber D., 1996, *La contagion des idées*, Paris, Odile Jacob.

Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Swartz M. H., 1991, *Manuel de diagnostic clinique, anamnèse et examen*, Paris, Maloine.

Vineis P., 1992, La causalité en médecine : modèles théoriques et problèmes pratiques, *Sciences sociales et santé*, vol. X, n° 3.

Deuxième partie

LE CORPS CRYPTÉ : LES ENTITÉS NOSOLOGIQUES POPULAIRES INTERNES

J.-P. Olivier de Sardan

Les entités nosologiques populaires internes : quelques logiques représentationnelles

L'intérieur du corps, et plus particulièrement le ventre et le bas-ventre, constituent pour le sens commun (et donc pour vous ou moi également) une zone mystérieuse, complexe et vite effrayante, pour peu que des dysfonctionnements, et ils sont potentiellement nombreux, s'y manifestent. C'est en ce sens que l'on peut parler du corps crypté¹. Les symptômes internes sont en général énigmatiques pour le profane : douleurs soudaines, intermittentes ou chroniques, aux localisations diverses, et parfois changeantes ; ou encore ballonnements, gargouillements, renvois, constipations, nausées. D'autre part, de nombreux symptômes externes, visibles, proviennent manifestement de l'intérieur, et y trouvent leur source : diarrhées, vomissements, pertes, urines ou selles anormales, boules ou nodosités. Le circuit digestif, ainsi que le circuit sexuel et reproductif, dont chacun connaît l'importance, à l'état normal, et appréhende les défaillances, si le fonctionnement laisse à désirer, sont évidemment au centre de cet intérieur, et au cœur de ses troubles.

Que sait-on encore ? Qu'il y circule, comme ailleurs, du sang, flux à l'évidence vital. Que l'alimentation influe en permanence, directement et indirectement, sur ce qui s'y passe. Que des symptômes surgissant en d'autres parties du corps (tête, yeux, membres) semblent parfois associés aux signes et souffrances internes. Que la stérilité y a son origine. Que le fœtus s'y développe et s'y alimente. Et quelques autres supputations.

Sur cette base phénoménale commune relativement frustrante car restant

1. Je remercie le docteur Vangheenderhuysen pour ses remarques.

largement énigmatique, les cultures locales dépourvues des ressources de la médecine scientifique ont tenté de construire du sens. Non pas Du Sens, mais des petits bouts de sens, qui rendent au moins un peu compte de ces désordres largement cachés et en partie visibles. Qui permettent de se repérer tant bien que mal dans ce labyrinthe. De regrouper des symptômes variés et infinis en blocs significatifs vaguement stables et finis. De créer du lisible avec du crypté. De transformer l'incompréhensibilité multiforme des troubles liés au « ventre » en quelque chose de reconnaissable, d'apprivoisable, en un mot de « nommable ». Les « maladies-se-rapportant-de-près-ou-de-loin-au-ventre-et-ayant-un-nom », autrement dit les entités nosologiques populaires *internes* (ENPI), dans notre vocabulaire, sont le produit de cette *logique de la nomination*, qui par la grâce d'un nom, doté d'un noyau minimal de représentations partagées, transforme une succession ou une simultanéité mystérieuse de symptômes issus de l'intérieur du corps, sans autre signification première que la douleur ou l'inquiétude qu'ils suscitent, en une maladie familière, ayant l'évidence d'une chose existante, avec laquelle parents ou voisins ont eu eux aussi affaire, et à laquelle est associé tout un cortège de traitements socialement attestés.

En Afrique de l'Ouest, on trouve dans chaque langue une, deux, trois (rarement plus) ENPI qui regroupent de façon privilégiée les maux du corps crypté. Si on les considère toutes ensemble (privilège du chercheur qui peut avoir une vue panoptique...), on constate qu'elles ont une double caractéristique, assez paradoxale : elles sont intraduisibles, et pourtant elles ont « un air de famille ».

Intraductibilité

1. Aucune traduction terme à terme n'est *en général* possible entre telle ou telle ENPI africaine et telle ou telle pathologie biomédicale¹. Les ENPI regroupent chacune dans un même ensemble des symptômes qui pour la biomédecine relèvent de pathologies totalement différentes. Le *weyno* et le *yeyni zarma*, le *sanyi* et le *zahi* hausa, le *mara*, le *kaliya*, et

1. Par contre, il est des entités nosologiques populaires « non internes » qui correspondent parfois à des pathologies biomédicales (cf. la rougeole ou la variole).

le *sayi* bambara, le *kooko* ivoiro-burkinabe, le *gamma* dogon, le *buuri* et le *keefi* peul, le *suma* soso, le *kuiiga* et le *yoor* bisa et leurs équivalents moore, n'ont strictement aucune existence nosologique d'un point de vue médical. Là où les cultures locales ont construit une seule ENPI, les expertises médicales diagnostiqueront selon les cas des pathologies gastriques, intestinales, hépatiques, pancréatiques, urinaires, gynécologiques, etc., des cancers, des affections virales, des malformations, des problèmes fonctionnels, des infections, des troubles psychosomatiques, etc.

2. Aucune traduction terme à terme n'est *en général* possible entre telle ou telle ENPI africaine et la langue populaire française¹. Ceci est en partie une conséquence du point précédent. En effet les conceptions biomédicales ont depuis plus d'un siècle largement transformé les représentations populaires des maladies en France², et en grande partie inspiré leurs terminologies et leurs catégories (qui ne sauraient cependant être confondues avec leurs équivalents biomédicaux). En un sens, il n'y a pas d'ENPI en France, mais des représentations populaires (certes très différentes des représentations biomédicales) de pathologies définies ailleurs, par le langage savant des médecins (j'ai une colite, une infection urinaire, une salpingite, un ulcère, etc.), à quelques exceptions près, comme la « maladie de foie » ou la « dépression », qui, invoquées par vous ou moi, n'auront pas de pertinence nosologique pour un spécialiste. Mais on ne trouvera dans les conceptions populaires françaises des maladies liées au ventre rien qui ressemble de près ou de loin aux ENPI africaines présentées ici.

3. Aucune traduction terme à terme n'est *en général* possible entre telle ou telle ENPI africaine et telle ou telle autre. Ceci est dû au fait que

1. L'exception est le cas de la « jaunisse », dont on trouve l'équivalent dans la plupart des langues africaines (cf. ci après *moo-sey*, yeux jaunes en zarma, *shawara*, en hausa, *sayi*, en bambara).

2. En fait la différence entre la situation en Afrique de l'Ouest et en France remonte bien plus loin. Il y a une longue tradition de « médecine savante » en France (comme en Inde, dans le monde arabe ou en Chine, par exemple), antérieure à la médecine expérimentale moderne, et donc une longue diffusion, au sein de toute la population, de représentations plus ou moins savantes des maladies à partir d'un noyau de clercs (les représentations populaires les réinterprétant toutefois jusqu'à constituer parfois des entités nosologiques populaires assez éloignées de la médecine savante). En Afrique, c'est plutôt l'inverse : en l'absence de médecine savante (en particulier stabilisée par des corpus écrits), ce sont les représentations populaires des maladies (construites au sein de chaque culture selon des processus que nous connaissons fort mal : nous nous contentons ici d'en analyser les résultats) qui servent plutôt de base aux savoirs spécialisés de guérisseurs, qui « brodent » à partir des représentations populaires.

chaque culture organise à sa manière et découpe à sa façon les signes manifestes ou cryptés donnés par le corps, pour construire des entités singulières, irréductibles à celles produites par les cultures voisines. Chaque ENPI est une figure originale, une combinaison spécifique de représentations, qui ne saurait se projeter sur une autre.

Mais il y a parfois des exceptions, soit qu'une ENPI s'exporte chez le voisin (exemples de *kaliya* ou de *kooko*, ici), soit, cas exceptionnel, que deux cultures voisines aient construit des ENPI quasi identiques (à l'exemple des couples *yeyni/weyno* en zarma et *sanyi/zahi* en hausa). En règle générale, cependant, chaque ENPI constitue une configuration de représentations particulière.

Air de famille

Et pourtant, on ne peut manquer d'être frappé par cet air de famille qu'offrent les ENPI exposées dans cet ouvrage, malgré la singularité irréductible de chacune. Cet air de famille permet d'ailleurs de proposer une sorte de résumé idéal-typique. Evidemment chaque ENPI réelle s'éloigne par l'un ou l'autre aspect de cet idéal type, mais c'est bien la fonction wébérienne originelle d'un idéal type que de permettre de mesurer son écart avec les réalités.

Ainsi, une ENPI, en Afrique de l'Ouest, est une maladie identifiée par un nom qui n'appartient qu'à elle. Elle est congénitale, chronique, sous forme latente. Elle est tapie quelque part dans le ventre. Elle devient active, aiguë, en fonction de l'influence de différents facteurs tels que l'alimentation (les douceurs et l'arôme Maggi étant particulièrement incriminés), la « fatigue », les caractéristiques de chaque individu (les gens sont plus ou moins prédisposés). Elle n'a pas de lien avec le surnaturel, c'est une maladie prosaïque. On en parle tout le temps, elle fait partie sans conteste des maladies les plus citées. Elle peut être bénigne, mais peut aussi devenir redoutable, et même tuer. Un noyau de symptômes commun se dégage : douleurs abdominales, gargouillements, constipation ou diarrhée, ballonnements, ceci du côté du ventre ; maux de tête et douleurs oculaires, picotements aux extrémités, ailleurs. D'autres symptômes, variables, sont ajoutés par tel ou tel : fièvre, vomissements, amaigrissement, gonflement des membres, douleur aux articulations, délires...

Elle bouge dans le ventre (parfois sous forme de boule), circule, et peut aussi monter, vers le thorax et la tête, ou descendre, vers le bas-ventre, vers le sexe, et rendre stérile. Elle peut prendre une forme extérieure visible : hémorroïdes ou hernie, en particulier, qui sont des caractéristiques centrales, mais aussi nodosités et excroissances diverses. Elle peut se transformer en une maladie cousine, une autre ENPI, avec laquelle elle entretient des liens qu'on ne comprend guère mais qui semblent attestés. Souvent, c'est quand elle devient « trop forte » qu'elle génère une telle maladie cousine. Elle peut aussi engendrer des maladies mineures, satellites en quelque sorte. Elle-même, ou ses maladies satellites, peuvent prendre parfois diverses formes : on distinguera par exemple une forme « blanche » et une forme « rouge », ou une « petite » forme et une « grande » forme. Les traitements de premier recours et de prévention sont dits « traditionnels », bien qu'ils puissent être faits de recettes récentes, et relèvent de l'automédication, à base d'infusions, de décoctions, de lavements. Il existe aussi des guérisseurs spécialisés. Elle se manifeste tout autant en ville. Les médecins ne connaissent pas cette maladie. Ils ne savent pas la soigner. Mais pourtant, on consultera, s'il y a un dispensaire ou un médecin, si on en a les moyens, si on a l'habitude de la consultation ; on consultera pour les douleurs, les diarrhées, les migraines, pour soulager les symptômes, et puis, aussi, à tout hasard...

Voici, résumé brièvement, le profil idéal-typique des ENPI. Chacun pourra comparer avec les ENPI véritables minutieusement décrites dans les articles qui suivent, et noter telle ou telle singularité. L'un dira, par exemple, que la « jaunisse » bambara (*sayi*) n'est pas l'expression paroxystique d'une entité congénitale, à la différence des jaunisses songhay-zarma (*moo-sey*) et hausa (*shawara*). L'autre dira que *kaliya* est seul à avoir pour destin et ambition ultime une opération à l'hôpital. Mais l'air de famille n'en disparaîtra pas pour autant.

On peut aussi tenter de rendre compte de ces ressemblances de façon plus analytique et moins impressionniste. Ce sera notre propos, en relevant quelques logiques sous-jacentes qui semblent traverser ces ENPI, et, en un sens, être à la base de leur organisation sémiologique. On en distinguera six.

1. Une logique « entitaire »

Elle semble aller de soi, puisque nous parlons d'entités nosologiques populaires, mais cela vaut justement la peine de s'y arrêter. C'est en effet là une propriété émique, et non une commodité d'analyse ou de vocabulaire du chercheur. Tous les discours recueillis dans les différentes langues à propos de toutes les entités ici présentées en font systématiquement le sujet de verbes actifs. On pourrait parler de « la chose », si l'on n'induisait pas par là des sous-entendus de science-fiction complètement inappropriés. Soit la maladie A, une ENPI typique. A « est assoupi » ; A « se lève » ; A « monte » ; A « sort » ; A « se promène » ; A « se loge » ici ou « se fixe » là ; A « est la mère » de B, ou c'est B qui « est la mère » de A, A et B sont « frères » ou « camarades », etc.

Le terme « entité », qui désigne un « existant », un « agent » indéterminé, une sorte de « machin » actif, correspond plutôt à de telles propriétés. Personne ne dira que A est un « être vivant »¹. Mais tout se passe comme si A avait une existence propre, voire une personnalité.

Ceci veut dire aussi quelque chose de plus. C'est qu'il n'y a rien ni personne derrière A. A est sa propre explication. Le « prosaïsme », par lequel nous avons désigné l'absence de référence au monde magico-religieux ou au « surnaturel », pourtant si présent lui aussi dans la vie quotidienne en Afrique, est une propriété de cette logique entitaire. La logique entitaire est autoréférentielle, et donc s'oppose, en ce sens, à la logique de l'imputation, qui met en cause directement² des agents humains (magie maléfique), extra-humains (génies, ancêtres), ou les deux (sorciers). L'entité est l'agent de ses symptômes, sans qu'il y ait à en chercher un autre responsable, extérieur au corps souffrant.

1. La seule exception, dans notre corpus d'ENPI, se rencontre avec *suma*, que certaines versions se représentent comme une sorte d'animal mystérieux (le cas des « vers » intestinaux, souvent associés à telle ou telle ENPI, semble différent).

2. Nous restons ici au niveau émique, celui des discours et représentations communes dans les langues considérées, qui n'associent à peu près jamais les ENPI à l'action *directe* (volontaire ou automatique) de génies, d'ancêtres, de pratiques magiques ou de sorciers. Bien sûr, des associations indirectes peuvent toujours être faites : par exemple l'affaiblissement « magico-religieux » de quelqu'un (de sa « force » personnelle, de ses « protections ») peut le rendre plus vulnérable aux maladies... Mais cela devient une causalité très abstraite, du type de celle du destin, ou de « la volonté de Dieu », plus souvent invoquée dans toute cette région d'Afrique (cf. l'article ci-dessus sur « Les représentations des maladies : des modules ? »).

2. Une logique ambulatoire

Une ENPI circule, bouge, se déplace, monte, descend. C'est là une propriété fondamentale qui permet de rendre compte de ce caractère « fourre-tout » de l'ENPI, car elle met en rapport, dans une série diachronique, des symptômes éloignés les uns des autres dans l'espace corporel. Ce qui, par exemple, peut relever pour la biomédecine d'une succession d'épisodes pathologiques distincts (une colite suivie d'une sinusite), sera au contraire perçue comme l'expression de ce caractère ambulatoire de l'ENPI, qui n'a fait que passer du ventre à la tête.

On a ainsi de fréquentes associations entre des symptômes concernant le ventre, la tête et les membres, expressions respectives d'une même ENPI en déplacement.

Il en découle évidemment une grande souplesse interprétative, qui permet à l'ENPI d'être confirmée, et non démentie, par la disparition de certains symptômes et l'apparition de nouveaux. De fait, une fois le diagnostic d'ENPI exprimé (par le sujet, un parent, un voisin...), l'évolution des troubles sera toujours plus ou moins autoconfirmatrice. Par là s'explique au moins en partie la capacité des ENPI à « résister » en quelque sorte dans les contextes urbains marqués par l'importance des recours au système de santé moderne.

3. Une logique des avatars

Nous empruntons ce terme au vocabulaire des sciences de la religion. Nombre de dieux, grecs, indiens, ou africains, sont à la fois un et multiple. Un dieu, autrement dit, peut se transformer en un autre, différent, spécifique, mais qui est encore lui-même. Les ENPI ne sont en rien des dieux. Mais une même logique est à l'œuvre dans leurs évolutions. Ce qu'on pourrait appeler sinon la biographie du moins la trajectoire d'une ENPI n'est pas avare de telles métamorphoses. Non seulement l'ENPI se déplace (logique ambulatoire) mais encore elle se transforme en une autre ENPI (logique des avatars), c'est-à-dire en une autre entité, dotée d'un nom particulier, d'un noyau de représentations spécifiques. La « montée » d'une ENPI du bas-ventre vers le haut du corps peut ainsi aboutir au

surgissement de la « jaunisse ». Partout identifiée avec précision, la jaunisse est une entité nosologique populaire dont les symptômes, et parfois même le nom, correspondent à peu près à la jaunisse « française ». Mais elle est en quelque sorte « engendrée » par cette montée de l'ENPI initiale, ainsi que par une sorte de « trop-plein » de celle-ci. Au Niger, c'est l'excès de *weyno* (songhay-zarma) ou de *zahi* (hausa) qui provoque *moo-sey* (littéralement : yeux jaunes en songhay-zarma) ou *shawara* (hausa). Les couples étranges, toujours au Niger, que sont *weyno-yeyni* et *zahi-sanyi*, qui, d'avis général, sont des maladies « parentes » qui s'engendrent mutuellement (mais pour les uns c'est l'une qui est la « mère », et pour les autres c'est l'inverse...) relèvent aussi de cette logique. Comme *koko*, au Burkina, qui peut, outre son lien éventuel avec la jaunisse, se transformer en *mara*, ENPI fort différente pourtant.

Le lien avec des entités satellites est au fond du même ordre. Certaines manifestations particulières, localisées, ou organisées autour d'un symptôme particulier, sont à la fois désignées par un nom spécifique (par exemple l'équivalent local de « hémorroïdes », ou de « chaude-pisse ») tout en étant conçues comme des « états » ou des expressions directes de l'ENPI centrale.

La logique des avatars pourrait être étendue dans une autre direction. On considère dans tout l'Ouest africain, en effet, que chaque ENPI prend une forme particulière avec chaque individu. Elle se manifeste différemment chez vous ou chez moi. Elle est à la fois la même partout (c'est la même entité, avec le même nom, les mêmes caractéristiques de base, qui est en vous et en moi) et à la fois pour chacun singulière (elle a chez moi une trajectoire propre, une « vie » propre, une personnalité propre, une identité propre). Chaque maladie particulière est au fond un avatar de la maladie générique. Ce processus d'individuation permet évidemment d'accroître encore la souplesse interprétative. Des troubles différents chez deux sujets chez lesquels une même ENPI donnée a été « diagnostiquée » ne mettent pas en question le diagnostic, puisqu'ils n'expriment que le processus d'individuation de l'ENPI. A chacun la sienne.

4. Une logique de l'extériorisation

Celle-ci est en un sens le complément de la logique ambulatoire et de la logique des avatars. Dans les déplacements et les métamorphoses d'une

ENPI, une place particulière doit être accordée à ses extériorisations, toujours fascinantes et inquiétantes. On s'étonne parfois de la place étrangement importante que tiennent la hernie et les hémorroïdes dans les préoccupations quotidiennes en Afrique. Or on constatera que le plus souvent ces deux « maladies » ne sont autres que des « extériorisations » d'une ENPI centrale. Elles en sont parfois l'« accomplissement » (cas très particulier de la hernie pour *kaliya* en pays senoufo), elles en sont toujours des formes graves, mais en même temps constituent un aboutissement connu, classique, familier, traité en tant que tel.

L'une et l'autre prennent des formes standardisées, spectaculaires, gênantes, à la différence des extériorisations plus sauvages, de type « nodosités », « boules », « excroissances », dont l'apparition inattendue et parfois soudaine est toujours conçue comme venant de l'intérieur, et située dans le parcours d'une ENPI.

Mais les hémorroïdes renvoient aussi à un autre type d'extériorisation, celui des « excréctions » des orifices du corps. Ces excréctions sont des signes permanents de ce qui se passe à l'intérieur. Aussi selles et urines sont-elles en permanence scrutées. Des selles anormales (un vocabulaire précis en distingue les diverses consistances), des urines trop foncées ou trop claires, des pertes, des suintements, sont sources d'inquiétude, et signalent que l'ENPI s'est « levée ». Mais un « trop-plein » d'excrétion (diarrhées et vomissements) est aussi souhaitable, car signifiant que les « saletés internes » quittent enfin le corps (d'où le rôle important accordé aux vomitifs, aux purgatifs, aux lavements).

Ainsi l'extériorisation est à la fois un stade d'évolution très particulier de l'ENPI (par les excroissances) et un ensemble de signes du début ou de la fin de son activation (par les excréctions).

5. Une logique de l'activation

L'ENPI est partout conçue comme latente à l'état normal. En fait la plupart des ENPI sont congénitales et chroniques. On « naît avec ». « Héritées » du père ou de la mère, elles sont enfouies dans le corps du sujet. Elles peuvent y rester tapies, inoffensives, jusqu'au moment où elles se « lèvent ». Cette activation peut être momentanée (crise) et précéder une nouvelle phase de latence, quand la maladie s'est « couchée ».

Elle peut aussi donner le signal d'une évolution inquiétante. L'activation est le produit de plusieurs séries de facteurs. L'alimentation, au premier chef. Ce que les excréments signalent à la sortie peut largement être imputé à ce que l'on a ingéré à l'entrée. Toute alimentation inappropriée est susceptible d'activer une ENPI. Et par inappropriée, il faut entendre aussi bien les changements que les excès dans le régime alimentaire. Manger en retard, insuffisamment, des plats inconnus, trop sucré, trop salé, trop de graisse, tout cela est source potentielle d'activation. Les nombreuses modifications dans la composition des plats et des sauces intervenues depuis la colonisation sont rendues très largement responsables d'une prétendue recrudescence des ENPI (partout postulée). En un sens, on ne peut échapper à une alimentation inappropriée, et aucun régime préventif ne peut mettre à l'abri : il s'agit donc souvent (en ce domaine aussi) d'explications *ex-post*.

Il est d'autres facteurs circonstanciels du même genre qu'on peut invoquer pour rendre compte d'une « activation », d'une crise, et notamment la « fatigue », notion qui elle aussi brasse large, et peut s'appliquer à tout un chacun. Le « mauvais sang » est également rendu responsable, sans que, rappelons-le, nous n'ayons jamais affaire à une véritable théorie du sang, ni même à des représentations stables de ce qui « gâte » le sang (et qui, parfois, est imputé à l'alimentation ou à la fatigue elles-mêmes, parfois à la constitution propre de l'individu).

6. Une logique fragmentaire

Toute ENPI, ou peu s'en faut, est en mesure d'être divisée, au gré de ses interprètes, en quelques formes distinctes, deux ou trois en général, mais à géométrie variable. Le classement, quand on le rencontre pour la première fois, semble strict, tranchant, assuré. Il y a par exemple la forme « rouge », la plus grave, et la forme « blanche », bénigne. Le problème est que d'une personne à l'autre les catégories, comme leurs contenus, varient. Ces « infraclassifications » ne sont, une fois encore, pas sous-tendues par une théorie classificatoire quelconque. Elles varient tant dans leurs noms que dans leurs contenus et que dans leur nombre. Même les guérisseurs, qui sont en quelque sorte des virtuoses des sous-classements, capables plus que d'autres de multiplier avec assurance les énumérations

des formes d'une ENPI, ne peuvent en fournir même sommairement le principe, et varient eux-mêmes dans leurs propres distinctions. Ainsi les divers « fragments » d'une ENPI sont en quelque sorte des « sous-modules » autonomes, dont chacun pourra avoir son propre traitement (phénomène qu'on ne s'étonnera pas de rencontrer plus particulièrement chez les guérisseurs).

Cette capacité de fragmentation des ENPI apparaît comme une nouvelle forme de leur souplesse et de leur adaptabilité.

Ces quelques logiques ici dégagées ne résument pas la richesse sémiologique des ENPI. On pourrait s'intéresser à de nombreux autres aspects, comme par exemple les liens entre ENPI et fécondité, sous de multiples facettes : parfois c'est un excès d'une ENPI qui entraîne la stérilité (cas de *suma*, *poro*, *gamma*), parfois c'est son absence (cas de *kaliya*) ; une suite d'accouchements peut activer l'entité (*suma*) ; l'existence de la maladie peut inversement créer des complications lors d'un accouchement (cas de *weyno* et *suma*). Toutes ces interférences renvoient d'une part au fait que les circuits intestinal et gynécologique sont conçus comme pouvant communiquer (par exemple : le cordon de l'embryon serait branché sur l'intestin de la mère pour alimenter l'enfant), et d'autre part à ce que les ENPI affectent aussi bien l'un que l'autre.

On pourrait aussi s'étonner de l'importance inhabituelle accordée à certains symptômes, comme la pâleur des doigts (cf. *kaliya*, *gamma*, *mara*, et toutes les jaunisses) ; l'impression de chaleur sous la plante des pieds (cf. *kooko*, *buuri*), les gargouillements (*kaliya*, *huuro*, *suma*). Certaines associations sont aussi inattendues, comme celle entre l'intérieur du ventre et certains organes, tels les tendons (cf. *gamma*, *kaliya*, *mara*, *yeyni*), ou encore celle, presque partout attestée, entre l'intérieur du ventre et le gonflement des membres.

Par ailleurs, il est d'autres logiques, qui interviennent pour d'autres types d'entités nosologiques populaires, et qui n'apparaissent pas, ou seulement très marginalement, avec les ENPI. La logique de la contagion-contamination, par exemple, avec ses aspects particuliers à l'aire culturelle considérée (enjamber des excréments souillées, par exemple).

Ou encore la logique de l'appel des génies, selon laquelle ceux-ci « envoient » des maladies en signe d'élection.

Les pistes de sémio-anthropologie suivies ici sont donc limitées, et il en est d'autres. Mais c'était notre choix. Explorer avec minutie et de façon comparative des entités nosologiques populaires voisines dans des cultures voisines nous a semblé être heuristiquement fécond.

Représentations et traitements

Cela étant, qu'en est-il des itinéraires thérapeutiques ? En nous astreignant à une analyse détaillée de procédures cognitives incorporées dans un certain type de représentations populaires, ne nous sommes-nous pas éloignés des comportements, autrement dit du registre pragmatique ? Les représentations des ENPI nous disent-elles quelque chose de la quête de soins ?

On peut prendre le problème de deux façons, en examinant d'une part les adéquations cognitif/pragmatique (les représentations induisent des pratiques thérapeutiques), et d'autre part les inadéquations (les représentations sont décrochées des pratiques thérapeutiques).

A certains égards, le diagnostic d'une ENPI dirige « naturellement » vers un traitement « populaire », souvent dit « traditionnel ». *Maladies du terroir*, les ENPI se soignent avec des médicaments du terroir, que ce soit à titre préventif ou surtout curatif. Les plantes (racines, feuilles, en poudre, infusées) sont à la base des préparations, qui relèvent pour beaucoup des « remèdes de grand-mère », de l'automédication ou, plus exactement, d'une médication familiale ou de voisinage (faudrait-il dire « vicinofamiliale » ?), à l'image du diagnostic, émis par le sujet (qui connaît « son » ENPI) ou par ses proches (toujours familiers d'une maladie aussi familière). Mais ces préparations varient assez largement, tout en incorporant çà et là quelques valeurs sûres (remèdes végétaux de base certes, mais parfois ingrédients plus étranges, tel un savon local ingéré au Niger pour le *weyno*).

En cas de crises graves, ou d'évolutions inquiétantes, ou de manifestations handicapantes, et si les traitements domestiques ont échoué, on peut s'adresser à un guérisseur, en général un paysan semi-spécialisé, dans les campagnes. Chaque guérisseur a ses méthodes, on l'a dit.

Jusqu'ici nous sommes restés dans une adéquation presque parfaite cognitif/pragmatique, du moins là où il n'y a pas de structures de santé modernes. A maladie « traditionnelle » thérapie « traditionnelle ». Pas tout à fait parfaite cependant. En effet, partout une nouvelle automédication a pris peu à peu place en complément, dans l'ensemble du monde rural (il suffit qu'il y ait une boutique, ou même un marché hebdomadaire), celle des « pharmacies par terre », ou étals de médicaments modernes vendus à l'unité (en général issus de contrebande, de détournements ou de reventes). Analgésiques, antibiotiques, antidiarrhéiques sont ainsi couramment achetés et consommés, pour une bonne partie des symptômes qui définissent les ENPI.

Evidemment ce phénomène, qui a pris son extension depuis une dizaine d'années, est un sous-produit inintentionnel du développement de la médecine occidentale. Il introduit dans le circuit des thérapies des ENPI une gamme de produits modernes, y compris en pays rural sanitaire délaissé. Mais il ne semble en rien ébranler l'existence des ENPI. Une conception largement répandue en Afrique propose ainsi une sorte de « division du travail » selon laquelle les médicaments modernes soulageraient momentanément, mais seules les thérapies du terroir guériraient vraiment (c'est-à-dire, en l'occurrence, désactiveraient vraiment)¹. Aucune représentation nosologique nouvelle n'accompagne le plus souvent, dans les milieux populaires, les médicaments d'origine occidentale, ce qui ne semble pas beaucoup freiner leur diffusion. Pluralisme thérapeutique et conformisme entitaire font bon ménage.

Il faut noter, quant au pluralisme thérapeutique, deux exceptions inverses. Partout, la piqûre (en général très valorisée comme support de l'efficacité thérapeutique des Blancs) est considérée comme contre-indiquée en cas de jaunisse, pour laquelle seuls les médicaments du terroir vaudraient². Inversement, l'hernie relève clairement et unanimement d'une

1. Cet usage essentiellement symptomatique des médicaments européens semble d'ailleurs assez répandu chez les infirmiers, principaux prescripteurs en Afrique, pour d'autres raisons sans doute. Mais les pratiques sont aussi plus complexes que les opinions communes, puisque les structures de soin modernes sont aussi un recours très fréquent lorsque les médicaments « traditionnels » ont échoué, et que, sans nul doute, il y a aussi de la quête (pragmatique) de guérison, et non seulement de soulagement, dans l'usage des médicaments européens.

2. Cette croyance générale dans le danger de la piqûre pour les jaunisses n'a-t-elle pas pour base empirique (outre l'absence de véritable traitement biomédical pour les ictères) le fait que les malades atteints de jaunisse n'étant amenés en général à l'hôpital que dans les cas graves,

opération à l'hôpital. Pour le reste, en ce qui concerne les ENPI, la combinaison des deux filières est courante, avec une prédominance qui reste nette des médicaments « traditionnels ».

Qu'en est-il en présence de structures de santé moderne (simple dispensaire mené par un infirmier à la campagne, offre de soins plus diversifiée en ville) ? Evidemment, le recours aux médicaments modernes s'intensifie, que ce soit toujours en automédication via les étals, ou par l'intermédiaire cette fois de consultations et d'ordonnances. Les médicaments « traditionnels » ne sont pas pour autant abandonnés (les plantes, diffusées par des colporteurs, font en ville l'objet d'un commerce non négligeable) et restent très généralement utilisés, mais le recours parallèle à des médicaments modernes se fait de plus en plus systématique. Quant à la « *résistance représentationnelle* » des ENPI, elle est pour l'instant surprenante, voire totale, y compris dans les couches petites-bourgeoises scolarisées. Les ENPI ne sont pas seulement des maladies de paysans, qu'on abandonne lorsqu'on habite une maison en dur. Ce sont tout autant des maladies « modernes » (le cas de *kooko*, maladie urbaine récente construite sur le modèle classique des ENPI, l'illustre particulièrement), mais qui échappent aux représentations biomédicales.

Ni l'école, ni les messages (il est vrai fort pauvres) de « l'éducation pour la santé », ni les explications (le plus souvent réduites à la portion congrue) des personnels de santé, ni l'efficacité reconnue, au moins relativement, des médicaments occidentaux et leur large utilisation, n'entament donc sérieusement l'hégémonie représentationnelle des ENPI.

La formule générale des ENPI serait donc : *représentations « traditionnelles » + traitements « traditionnels » + traitements « modernes »*.

On peut penser que cette situation s'explique en bonne partie par la souplesse même des logiques sous-jacentes aux représentations des ENPI. Cette malléabilité, on l'a vue, est autoconfirmatrice. De plus, faisant partie du savoir populaire commun, chaque ENPI est validée socialement dans le cours des interactions quotidiennes (une « maladie de guérisseur » n'aurait pas cet avantage) : chacun constate ou diagnostique sans cesse

ils y décèdent souvent malgré les perfusions ? Bien sûr, on trouve encore dans les hôpitaux des patients atteints de jaunisse, et pas nécessairement à l'article de la mort : les conduites ne subissent pas toujours la loi des représentations, surtout dans le domaine de la quête de soins...

chez les autres la présence de la même ENPI dont lui-même ou tel de ses proches est affligé (une ENPI acquiert ainsi la même évidence que le « rhume » ou la « grippe » en France). Enfin l'offre de représentations modernes ne fait, en face, pas le poids. La complexité en ce domaine du jargon médical, le peu de certitudes diagnostiques qui peut être fourni dans le contexte actuel des systèmes de santé délabrés d'Afrique de l'Ouest (peu ou pas de moyens d'analyse ou de radiologie), et la réduction de la plupart des personnels de santé à un rôle de prescripteurs muets, tout cela ne menace guère l'hégémonie représentationnelle des entités nosologiques populaires dès lors qu'il est question du corps crypté. Ce qui n'est pas nécessairement vrai pour toutes les maladies.

Représentations populaires et représentations biomédicales

Les ENPI présentées ici n'ont, on l'a déjà souligné, aucune pertinence du point de vue de la biomédecine. Elles regroupent en effet des symptômes qui n'ont pour celle-ci rien de commun, disjoignent au contraire des syndromes importants, et édifient des catégories nosologiques dépourvues de tout contenu expérimental et sans réalité fonctionnelle. Ce constat est sans doute irrécusable, aussi bien disposé qu'on se veuille à l'égard des savoirs populaires. Mais en même temps les diverses logiques qui sous-tendent ces ENPI sont loin d'être fantaisistes et rappellent parfois singulièrement la démarche médicale. Les catégories populaires comme les catégories savantes permettent de rabattre la diversité et l'équivocité des plaintes et symptômes particuliers sur quelques entités nosologiques standardisées, avec leurs gammes de traitements habituels. La biomédecine elle aussi construit des syndromes, c'est-à-dire rapproche des symptômes éloignés et sans liens apparents. Elle aussi parle de l'évolution d'une maladie, et sait que les symptômes peuvent non seulement se transformer mais également se déplacer et s'extérioriser en fonction de cette évolution. Elle aussi considère qu'une même maladie se manifeste différemment pour chaque individu (ne serait-ce qu'à travers son patrimoine génétique spécifique). Elle aussi parle de phases de latence et de phases aiguës, de « signes d'appel » et de crises. Elle aussi construit des typologies des formes particulières d'une même pathologie.

Autrement dit, du point de vue des mécanismes cognitifs mobilisés, les représentations populaires des maladies internes et les représentations biomédicale des pathologies sont cousines germaines¹. La grande différence entre les deux, c'est que les représentations populaires (dans les sociétés africaines) fonctionnent en quelque sorte en aveugle, sans possibilités de contrôle ou de vérification, sans connaissances biologiques et anatomiques précises, sans appareils diagnostics, alors que les représentations biomédicales s'appuient sur plus d'un siècle de procédures expérimentales construites et l'accumulation de connaissances et d'appareils qui en sont issus. Face aux caractéristiques expérimentalistes et cumulatives de la biomédecine, depuis Claude Bernard, les savoirs populaires relatifs à la maladie ne font en quelque sorte guère le poids, beaucoup moins en tout cas qu'en d'autres domaines. En effet, si les savoirs populaires en matière d'agronomie, par exemple, s'appuient largement sur des constatations expérimentales spontanées, pertinentes localement², les savoirs populaires relatifs à la maladie n'ont pas de telles ressources : comment faire la part dans une rémission ou une guérison de ce qui revient à l'efficacité d'un médicament administré, à l'évolution normale du mal, aux défenses propres de l'organisme, ou à l'effet placebo ? Les ENPI (variables d'une culture à l'autre) ne sont garanties, en dernière instance, que par la transmission orale des représentations populaires (par la culture locale), alors que les pathologies médicales (universelles) sont garanties par des dispositifs scientifiques cosmopolites largement éprouvés. Mais les premières ne sont pas le produit d'une mentalité prélogique, ou d'une logique symbolique autre, ou d'une forme différente de rationalité. Elles font manifestement usage des mêmes raisonnements et des mêmes démarches analytiques que les secondes. Simplement, les ENPI ne sont que des hypothèses non vérifiées bâties sur peu d'indices, alors que les pathologies médicales sont des déductions expérimentalement confirmées et reconfirmées³. Bien

1. Nous avons ailleurs montré que la lecture populaire symptomale d'une nouvelle maladie au Niger utilisait pour une part les mêmes catégories analytiques que la médecine clinique (Jaffré et Olivier de Sardan, 1996).

2. Cf. Richards, 1985 ; cf. Olivier de Sardan, 1995.

3. La comparaison porte ici sur ces deux types de savoirs, et non sur les modalités concrètes des diagnostics. Ainsi les infirmiers, dans les divers pays d'Afrique, émettent des diagnostics certes exprimés dans le langage de la biomédecine (« ceci est un paludisme », « ceci est une dysenterie ») mais qui ne correspondent en rien aux procédures diagnostiques « normales » de

qu'étant fondées les unes et les autres sur des logiques proches, les représentations populaires se débrouillent tant bien que mal avec un corps qui reste largement crypté, alors que les représentations savantes sont issues de son décryptage même.

Ouvrages cités

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., 1996, Tjiri : la naissance sociale d'une maladie, *Cahiers des sciences humaines*, 31 (4) : 773-795.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

Richards P., 1985, *Indigenous Agricultural Revolution*, London, Hutchinson.

la biomédecine : ils n'ont à leur disposition ni les appareillages ni la compétence qui pourraient fonder scientifiquement ou expérimentalement ces diagnostics.

Y. Diallo

Suma :
la représentation complexe
d'une maladie banale
(guérisseurs *susu* de Guinée maritime)

La médecine des guérisseurs est très vivante en Guinée maritime comme dans les autres régions de Guinée. Ce savoir des guérisseurs est un savoir populaire spécialisé mais dont les grands traits sont connus des populations qui y ont recours. Ces conceptions populaires partagées expliquent pourquoi une personne ira plus volontiers consulter les guérisseurs que le centre de santé lorsqu'elle pense souffrir d'une maladie identifiée par le savoir populaire. L'intérêt porté à la nosologie et aux pratiques thérapeutiques populaires permet de comprendre la façon de penser la maladie et les recours des populations. Cette étude de la nosologie et des pratiques de soins populaires est centrée sur la description d'une maladie abdominale banale et courante *suma* qui, néanmoins, n'est pas dépourvue d'une certaine complexité.

Nous allons présenter la région étudiée et les offres de soins qui y sont proposées. Puis nous parlerons de la maladie *suma*, de son origine, de son évolution, des facteurs favorisant son activation, des symptômes, des représentations de la maladie et des traitements.

La Guinée maritime couvre 44 000 km² de superficie, elle s'étend de l'océan Atlantique aux premiers contreforts du Fouta-Djalon. Son climat est tropical maritime. On estime sa population à un million d'habitants sans compter la population de la capitale, Conakry.

L'étude a porté sur la zone où domine le peuplement *susu* ou *soso*, soit six sur huit des préfectures de Guinée maritime¹. Les *Susu* vivent en

1. Une enquête auprès des guérisseurs de Guinée maritime, financée par la Mission française de Coopération et d'Action culturelle en Guinée, sur crédits FAC, a été réalisée par Yveline

Guinée maritime et représentent environ 17 % de toute la population guinéenne estimée à 7 millions d'habitants. Leur langue, le *soso*, est la langue de communication de toute la Guinée maritime. Cette langue appartient au groupe linguistique mandé.

Depuis 1988, des centres de soins de santé primaires ont été mis en place au chef-lieu des sous-préfectures ou CRD et sont devenus opérationnels. Les hôpitaux préfectoraux sont en voie de réhabilitation. Ils intéressent une population de 100 000 habitants. La médecine des guérisseurs à base de plantes recouvre une diversité de savoirs et de pratiques thérapeutiques, elle est très vivante et est présente dans chaque village. Elle constitue le premier recours thérapeutique en milieu rural et est très pratiquée en ville.

Nous avons rencontré 170 guérisseurs¹ *susu* en Guinée maritime, dont 80 hommes et 90 femmes. C'est la seule région de Guinée où nous avons trouvé plus de guérisseuses que de guérisseurs. Cette population est relativement homogène par l'âge, la culture, le savoir. Les guérisseurs sont tous islamisés et la plupart sont agriculteurs.

L'intérêt de couvrir toute la zone de peuplement *susu* est de mettre en évidence les principales représentations de la maladie *suma*, leur extension, leur diversité et de voir s'il existe des différences entre les sous-régions. Nous avons remarqué des variations, lors d'une enquête préliminaire, entre la région de Forécariah à l'Est, et la région de Boffa à

Diallo, Alkaly Mahmoud Fofana, Salifou Camara, Saïkou Diallo entre avril et octobre 1995. Les entretiens ont été enregistrés, puis transcrits et traduits par Alkaly Mahmoud Fofana, Salifou Camara, Seraphin Camara, Seni Soumah. L'enquête a eu lieu dans 12 des 36 sous-préfectures ou CRD (Communes rurales de développement) – structures administratives concernant une population de 10 000 à 20 000 habitants. Les 12 CRD ont été choisies en s'appuyant sur le recensement réalisé lors d'une précédente enquête avec la Division de médecine traditionnelle du ministère de la Santé guinéen. Nous avons retenu dans chaque préfecture le tiers des unités administratives, celles où il y avait eu le plus de guérisseurs recensés. Nous avons interrogé les guérisseurs *susu*, en zone rurale, de toutes compétences. Certaines guérisseuses sont aussi accoucheuses villageoises. Les guérisseurs ont été identifiés par les responsables de la CRD et par ceux des districts (2 000 habitants en moyenne). Il s'agit de guérisseurs connus, intégrés dans le village où ils résident, beaucoup y étant nés. L'enquête a eu lieu généralement à leur domicile. Nous avons rencontré de dix à vingt guérisseurs par CRD. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont eu lieu en *soso* à l'exception d'un entretien en français.

1. En *soso*, le guérisseur se dit *seri ba* /celui qui enlève le médicament/. Ils sont tous phytothérapeutes mais certains utilisent en plus des talismans dans la tradition islamique, ce sont les *karamökhö fure dandanyi* /marabouts qui soignent les maladies/ ou les *karamökhö seri ba* /marabouts qui enlèvent les médicaments/.

l'Ouest, dans l'appellation des plantes médicinales et de certaines maladies.

Nous avons enregistré des discours sur les conceptions de la maladie *suma* et sur les pratiques thérapeutiques. Nous obtenons des représentations plus ou moins fragmentaires. Chaque guérisseur a un savoir partiel. Le fait de poser des questions a peut-être pour effet de cristalliser une représentation qui serait restée floue, imprécise. Les pratiques thérapeutiques semblent influencer aussi sur la représentation d'une maladie polysymptomale à configuration variable comme *suma*. Ainsi, selon leur compétence, les guérisseurs réduiront *suma* aux troubles intestinaux ou à l'infécondité féminine par exemple.

La maladie *suma* est très connue à travers toute la zone de peuplement *soso*. Elle est prise en charge par les guérisseurs. Un effectif de 143 praticiens (69 hommes, 74 femmes) déclare connaître cette maladie, soit plus de huit guérisseurs sur dix. Les vingt-sept thérapeutes (11 hommes, 16 femmes), qui disent ne pas connaître *suma*, ne présentent pas de caractéristiques particulières d'âge, de sexe, d'origine géographique.

Parmi ceux qui connaissent cette maladie, 127 en ont un savoir spécialisé puisqu'ils la soignent (61 hommes, 66 femmes), soit les trois quarts, ce qui est élevé. Ils soignent *suma* quand la maladie reste dans le ventre ; dès que la maladie « descend » et devient *xèxè* (que les *Susu* qui parlent français traduisent par hernie), le malade doit alors se rendre à l'hôpital pour se faire opérer. Tous ceux qui soignent *suma* traitent aussi d'autres pathologies.

Le savoir spécialisé des guérisseurs n'entraîne pas néanmoins l'élaboration d'un modèle théorique pour penser les différents modes ou manifestations de la maladie. Les conceptions sont souples, parfois floues ou contradictoires. Des formes différentes de la maladie sont envisagées et cohabitent ; les guérisseurs s'expriment dans un langage assez imprécis : « chez certaines personnes, *suma* se manifeste ainsi, chez d'autres, *suma* se manifeste autrement ».

D'où vient la maladie *suma* ?

Suma est une maladie « qui vient de Dieu » (tous les guérisseurs rencontrés étaient musulmans).

« C'est Dieu, puisque la personne naît avec *suma* » (Sèrèno Mariama).

« C'est une maladie qui vient de Dieu à travers Satan, tout le monde l'a » (El Hadj Salia Sylla).

« *Suma*, c'est Dieu, comme il nous a créé, si nous restons sans tomber malade, la santé augmenterait, donc il faut qu'il nous attache quelque chose » (Maïmouna Camara).

L'expression qui revient fréquemment est *Ala xa maragiri*, la volonté de Dieu, le destin, la fatalité. *Suma* est une maladie de Dieu, c'est-à-dire que c'est une maladie prosaïque qui s'oppose aux maladies à étiologie magico-religieuse, celles dues à un mauvais sort, *se fi, dabari, körtè*¹, à la sorcellerie, *yaxui fure /ennemi/maladie/*, aux génies, *nyinè fure /génie/maladie/*.

L'opinion dominante, mais non exclusive, est que *suma* est une maladie congénitale. On naît avec *suma*. Tout le monde a *suma* (homme, femme, enfant).

Dès sa localisation initiale, les guérisseurs parlent de *suma* comme d'une maladie potentielle.

D'autres opinions coexistent :

« Tout le monde n'a pas *suma* » (Alpha Soumah).

« C'est dans le sang des hommes, certains peuvent hériter cela de leurs parents, du père ou de la mère, soit des arrière-parents » (Issa Camara, en français).

Pour tous les guérisseurs, *suma* se localise dans le ventre (*furi*). *Suma* est couché (*sa*), est assis (*döxö*) ou reste (*lu*) dans le ventre.

Suma proviendrait des saletés (*nöxè*)² du ventre. Cette représentation de la maladie sous forme de saletés est une manière assez répandue de penser la maladie. Même la malchance, les troubles morbides liés aux mauvais sorts, sont pensés sous forme de saletés.

« La saleté qui se rassemble dans le ventre, c'est ce qui devient *suma* » (Fatoumata Yari Camara).

1. *Se fi* /chose donnée/ est un empoisonnement malveillant introduit dans la nourriture, *dabari* est un « mauvais sort » enfoui dans le sol et sur le trajet de la personne visée, à un carrefour des chemins ou sous le seuil de sa porte, *körtè* est une attaque à distance.

2. *Nöxè* signifie saleté, ordure, selles, glaires.

D'autres précisions sont données : *suma* se localise dans l'estomac, dans l'intestin, *furingè*¹, dans le gros intestin (*furingè xungbe*), au nombril (*xulifuri /queue/du ventre/*), dans le bas-ventre (*tebi*), dans les reins (*gungi* désigne les reins ou le bassin, *tagi /milieu/*).

« *Suma* se couche (*felen*) sur ton rein, de la même manière que le poisson raie se couche (*felen*) sur le sable » (Mamadama Toure) (*felen /se courber, se pencher, s'incliner, se coucher/*).

Suma est une maladie prosaïque associée à la notion de sale. *Suma* vieillit avec la personne.

« On vient avec *suma*, on part avec *suma* » (Ali Camara).

« *Suma* mûrit (*kööxö*) dans ton ventre, si tu nais avec, la manière dont tu grandis (*mö*), il grandit (*mö*) comme ça aussi » (Mayenni Sylla) (*mö* signifie grandir, mûrir, croître, vieillir, *kööxö /mûrir/* est employé pour indiquer qu'un fruit ou un légume est prêt à être récolté).

« De la même manière que la personne mûrit, la maladie mûrit » (Fatoumata Camara).

« *Suma* vient petit à petit, il se cache jusqu'à ce qu'il augmente » (Kali Soumah).

Il s'agit d'une maladie à évolution lente, qui dure, *bu*. *Suma* est une maladie chronique, évolutive.

La maladie se lève (*keli*), tu obtiens la maladie (*sötö*), tu l'attrapes (*suxu*)². *Suma* sort (*mini*), il se disperse (*yensen*), il se renverse, se déguise (*fito*). Certains garderont *suma* dans le ventre sans qu'il ne se manifeste. La description concrétise *suma*, le recours à des verbes d'action l'anime.

Quand *suma* se manifeste-t-il ?

Suma se manifeste quand il est en excès (*gbo /beaucoup/*) dans le ventre, quand il est mûr, *kööxo*.

1. Le même mot *furingè*, « la mère du ventre », désigne l'estomac et l'intestin.

2. L'expression la plus courante est que la maladie attrape (*suxu*) la personne et non l'inverse.

« Dieu seul fait que la maladie se lève » (Seny Camara).

Plus on avance en âge, plus *suma* risque de « se lever ».

« C'est l'homme âgé qui connaît *suma* » (Maïmouna Camara).

« Tu nais avec *suma*, si c'est beaucoup dans ton corps, ça se lève ; si tu grandis, ça grandit aussi, si sa force (*sènbè*) est grande, ça se lèvera » (Facinet Soumah).

« *Suma* est dans tous les ventres, c'est comme pour les vers, on ressent les troubles quand ils se développent » (Binta Sompère).

Qu'est-ce qui favorise la manifestation de *suma* ?

Le facteur qui a été le plus cité est la faim, *kamè*. Des guérisseurs traduisent leur expérience de la faim, lorsqu'il faut partir aux champs, le matin, le ventre vide. Les malaises qui se déclenchent alors sont attribués à *suma*.

« Quand tu as trop faim, le *suma* crie dans le ventre, tu as des vertiges ; une femme en grossesse doit déjeuner, [sinon] le *suma* mange l'enfant » (Mamadou Camara).

« Si tu ne déjeunes pas jusqu'à onze heures, *suma* peut se lever » (Fode Kökhè Bangoura).

« Si la faim t'attrape, *suma* fait des bruits dans le ventre, il peut se lever sur toi si tu ne manges pas le matin » (Abdoul Karim Camara).

« Si tu passes un jour avec la faim toute la journée, *suma* te fait mal, si le ventre vieillit, il n'ose (*suusa*) la faim. Si tu sors pour aller travailler et si tu ne manges pas le riz, tu viens, tu dis "mon ventre me fait mal". Si tu as mis au monde des enfants, la faim ne peut rester avec toi, ton ventre ne cesse de crier *xösöxösö xöxö* » (Mah Salimatou Sylla).

« Dès que tu as faim, ta vue se brouille (*ya raföörö lœil /faire noir/*), *suma* se déclenche » (Assata Camara).

« Tu ne bois rien, tu sors, ton cœur (*bönyè*) saute (*tugan*), tu as des vertiges (*xunmagi /tête/courir/*) » (Ali Bangoura).

« *Suma* est causé par les privations » (Mamadouba Sylla).

La vue de la nourriture, lorsque la personne a faim, fait « lever » *suma*.

« Si tu vois la viande sans la manger, *suma* se réveille » (El Hadj Aboubacar Camara).

Les aliments qui trompent la faim « réveillent » aussi *suma*.

« Tu ne manges rien jusqu'à ce que le soleil devienne fort, tu manges une petite chose, *suma* se lève en toi » (El Hadj Aboubacar Camara).

« Le matin tu n'as rien mangé, tu manges des aliments qui peuvent tranquilliser *suma* dans ton corps. Le manioc cru, c'est la souffrance (*töörè*) quand ça arrive dans ton estomac » (Naby Sylla).

Les guérisseurs *susu* enquêtés sont agriculteurs, riziculteurs. La Guinée maritime est une région agricole riche. La base de la nourriture est le riz. Ce qui est surtout évoqué, c'est la faim due à l'absence du petit déjeuner.

La période à laquelle ont eu lieu les enquêtes, à la fin de la saison sèche et à l'hivernage, a peut-être influencé les réponses. Même si au niveau du discours il n'a pas été établi de correspondance entre manifestations de *suma* et période de soudure, la période de l'enquête correspondait néanmoins à une actualisation de restrictions alimentaires. On peut penser que, dans beaucoup de familles, il n'y a plus assez de riz pour pouvoir garder, sur le surplus du repas du soir, le riz consommé au petit déjeuner (riz dormi), et que le manque de disponibilités monétaires rend difficile l'achat du pain, du sucre, du lait Gloria, denrées qui accompagnent le décocté de *kinkeliba*.

Les aliments et les boissons souillés, mal préparés, la mauvaise nourriture, *kobi*, la nourriture gâtée, *kanaxi*, la viande qui n'est pas bien cuite, pas bien préparée, favorisent la manifestation de *suma*.

« Tu manges une viande pas bien préparée, ça fait crier ton ventre. *Suma* dans le ventre n'accepte pas une viande pas bien cuite, pas bien préparée » (Facinet Soumah).

Les aliments considérés comme sucrés, *mèxèmèxèn* (être sucré), ou doux, *nyöxun*, prédisposent à la maladie.

« *Suma* aime les choses douces » (Abdoul Karim Camara).

« *Suma* se réveille dès que tu manges un aliment sucré » (Mama Sayon Sylla).

La viande fraîche, principalement la viande de chèvre, le poisson frais¹ sont incriminés.

« Si tu manges la viande fraîche, tu entendas la voix (de *suma*) sortir de ton ventre » (Mahawa Sylla).

Le lait frais ou caillé, le beurre de vache (*fulaya*)², l'excès de consommation d'huile favorisent *suma*.

La réaction individuelle aux aliments est prise en compte. Certains aliments peuvent ne pas convenir à une personne car ils sont considérés lourds comme, par exemple, pour M'Mah Sylla, le riz, le sorgho, le mil, le maïs. Une sauce qui ne plaît pas à l'individu « chauffera » son ventre (Mah Salimatou Sylla).

« Quelqu'un dont sa bouche le force à manger des choses interdites (*yele*) à son ventre, *suma* s'adosse (*kilön*) vite sur lui. Il y a certains aliments que *suma* n'aime pas. Dès que tu les manges, même s'il est couché calmement, il se réveille immédiatement » (Tomiron Sylla).

« Si tu manges des choses que *suma* ne veut pas (la viande, le lait), il se lève » (Adya Mamadi Camara).

« *Suma* reste dans le corps, il y a quelque chose qui te plaît, en mangeant ça te fait souffrir, *suma* qui est dans ton corps, ça ne lui plaît pas » (Facinet Camara).

« Tu continues à manger des aliments avec lesquels ton ventre n'est pas d'accord (*lan*), tu les manges le matin, tu les manges le soir, tu les manges à midi, tu dépasses, l'huile augmente, quand il y a trop d'huile, *suma* gagne la force (*sènbè*) sur le gros intestin qui sort » (El Hadj Aboubacar Camara).

Des aliments auxquels une personne n'est pas habituée provoquent des troubles.

« Tu manges bien le riz avec la viande, la viande est grillée avec l'huile, si tu n'es pas habitué, tu le manges, *suma* se lèvera avec toi » (Aïssata Camara).

« Quand le moment de manger arrive, *suma* est dans ton ventre, si tu manges

1. La viande et le poisson frais sont peu consommés mais valorisés. La viande fraîche est mangée dans les grandes occasions, lors des festivités, des sacrifices.

2. Il s'agit d'aliments des Peuls, éleveurs, non consommés par les *Susu*.

de la banane rouge, il s'élève dans ton ventre, l'interdit de *suma* ce sont les aliments délicieux (*tònè*) avec de l'huile rouge »¹ (Bountourabi Keita).

Les changements alimentaires, les aliments d'autres régions sont à éviter. Le mélange d'aliments, l'excès de nourriture, l'ingestion trop rapide sont nocifs.

Les déchets (*nòxè*) de l'alimentation, comme les enveloppes des graines d'arachide, se rassemblent (*malan*) dans le ventre et font « lever » *suma*.

« Si les saletés qui proviennent des aliments sont restées dans le gros intestin, *suma* se lève » (Mange Camara).

Certaines odeurs réveillent *suma*, telles l'odeur de l'oignon et celle du bouc.

Suma est intimement lié à l'expérience individuelle de l'alimentation et de la digestion. La privation de nourriture, l'abondance de nourriture, la consommation d'aliments inhabituels, aliments importés ou aliments d'autres aires géographiques et culturelles, favoriseraient l'émergence de la maladie.

Dans le langage des guérisseurs, les aliments qui plaisent à *suma*, comme ceux qui lui déplaisent, déclenchent des manifestations pathologiques.

L'hygiène alimentaire des paysans *susu* est basée sur une régularité, une stabilité. Une certaine sobriété semble recherchée : voie du juste milieu entre la privation et l'excès alimentaire. Il est recommandé aussi de connaître ses réactions digestives et d'en tenir compte.

Les facteurs climatiques, la pluie, le froid, comme éléments d'activation de *suma*, n'ont été mentionnés que par trois guérisseurs.

« Une seule chose peut provoquer *suma*, quand la pluie te frappe et le froid t'attaque » (Fode Amara Camara).

Suma ne peut donc être considéré comme une maladie à manifestation saisonnière.

1. Cet aliment provient de Guinée forestière et non de Guinée maritime.

« *Suma* ne s'intéresse pas à la pluie ni au soleil, s'il veut se lever, il se lève » (Alseny Sylla).

De nombreux accouchements entraîneraient l'apparition de *suma*.

« Chez la femme qui a fait beaucoup d'enfants, *suma* sort et s'assoit sur la route, il gêne les relations sexuelles » (Sèrèno Fatoumata Bangoura).

Pour Mafoudia Camara, *suma* se manifesterait en cas de rétention placentaire.

Le manque de soins préventifs favorise les troubles morbides.

« Tu ne manges pas le médicament, ton ventre ne se lave pas, la saleté qui se rassemble dans le ventre (qui vient des mauvais aliments, *nyaaxui donse*) donne *suma* » (Mamadouba Sylla).

Quels sont les symptômes de *suma* ?

Les manifestations sont diverses, les symptômes multiples. Les guérisseurs considèrent qu'il y a plusieurs manifestations de *suma* ; ils emploient le mot *daaxi*, manière, et *möli*, modèle.

« *Suma* a beaucoup d'arguments, a beaucoup d'histoires, a de nombreux emplacements » (M'Mah Sylla).

« Cette maladie est dans le ventre, cette bouche qui sort, c'est *suma*, ça descend, si c'est une autre bouche qui sort, ça devient *manga faxè*, si c'est une autre bouche qui sort, ça devient *suxu kuye* » (Seny Sylla).

« *Suma* fait naître beaucoup d'enfants, c'est lui qui provoque toutes les maladies chez l'individu » (Binta Sompère).

« *Suma* a de nombreux chemins » (Kadiatou Sylla).

Les guérisseurs parlent aussi de mauvais *suma* (*nyaaxui*), de grand *suma*, de *suma* chronique pour exprimer des manifestations aiguës.

Le symptôme dominant est la douleur abdominale. Les maux de ventre ont été signalés par tous les guérisseurs.

La description des maux de ventre par le malade permet au guérisseur

de diagnostiquer *suma*. Les maux sont parfois très douloureux et s'expriment par des métaphores ou des comparaisons imagées.

Certains praticiens pensent que c'est l'excès des maux de ventre qui provoque la maladie. Dans ce cas-là, le symptôme constitue la maladie.

« *Suma* est causé par les maux du bas-ventre qui montent à l'ombilic (*xulifuri*) » (Mari Toure).

La maladie commence par des maux de ventre, *xönè fure*. Deux mots sont fréquemment utilisés pour traduire la douleur, le mot *xönè* principalement qui signifie douleur mais aussi colère, amertume, et le mot *töörè* qui désigne la souffrance physique et morale.

« Le ventre te fait souffrir, *tööröxi* » (Arafan Malik Bangour).

« Le ventre te serre, *xètèn* » (Arafan Seriba Soumah).

« *Suma* chauffe (*wolen*) ton bas-ventre » (Mamasta Bangoura).

« *Suma* te fait très mal au bas-ventre, il te cloue, *banban* » (Aïssata Soumah).

« Le ventre de la personne fait mal, si *suma* se lève sur certaines personnes, elles se couchent et pleurent » (Fode Mamadou Damba).

« La douleur est au bas-ventre, c'est comme une lame qui coupe, *xaba* » (Kadiatou Camara).

« *Suma* provoque des maux de ventre, ça pique, *söxö* /piquer, percer/ » (Mari Sylla).

Suma durcit (*balan*) le ventre ou le bas-ventre, le comprime (*xutu*), le mord (*xin*).

« *Suma* entoure (*bilin*) le ventre » (Kadiatou Sylla).

« *Suma* tord (*tolin*) ton ventre » (Mahawa Sylla).

Les douleurs abdominales précèdent la descente de *suma*. Les maux de ventre lors de la grossesse, lors de l'accouchement ou après l'accouchement, peuvent être attribués à *suma*, de même les dysménorrhées.

Parmi les autres symptômes, les gargouillements du ventre sont très fréquemment signalés comme expression de *suma*, ils représentent la « voix » de *suma*. Une voix (*xui*) sort du ventre. Le ventre fait du bruit (*sönxö*), crie (*wundu*).

« *Suma* sort sa voix si tu ne manges pas le matin » (Abdoul Karim Bangoura).

Les borborygmes sont évoqués par des onomatopées variées.

L'inappétence est signalée. Les guérisseurs relient le manque d'appétit et la constipation.

La constipation ou la diarrhée accompagnent fréquemment *suma*. *Suma* se manifeste par la constipation, *furi xarè* /ventre sec/, le ventre devient dur (*xöröxö*) comme un caillou (*kèmè*). Cette constipation s'accompagne de flatuosités (*foye* /vent/). *Suma* se manifeste aussi par la diarrhée (*furi gerema* /le ventre fait la guerre/ ou *furi ranyèrè*, /le ventre fait marcher/, la dysenterie (*tagidinyi*, /qui fait piler les reins/), avec du sang (*wuli*) dans les selles. En liaison avec la diarrhée est signalé le dépérissement (*xösi* ou *fate xurun* /corps/être petit/) de la personne. La constipation et la diarrhée peuvent conduire à la mort, *faxa*. Ces troubles intestinaux sont attribués à *manga faxè*¹, que les *Susu* traduisent couramment par hémorroïdes. Certains guérisseurs assimilent *manga faxè* et *suma*. La diarrhée du nouveau-né, qui boit le « mauvais » lait de sa mère, serait due à *suma*.

« Les seins de la femme sont enflés, quand la femme presse son sein, le lait ressemble à la teinture indigo, c'est ce qui fait dépérir l'enfant et lui donne la diarrhée » (Fatoumata Camara).

Le ballonnement abdominal est un symptôme de *suma*.

« Ton ventre monte, *te* » (Sekou Sylla).

« Cette forme de *suma* peut gonfler (*funtu*) ton ventre » (Oumou Camara).

Un ballonnement abdominal particulièrement prononcé, et qui résisterait au traitement de *suma*, serait imputé à une cause magico-religieuse.

Des œdèmes du corps modifient son apparence. Le corps, les jambes, les pieds, *sanyi*, le visage, *yatagi*, les joues, *xèrè*, sont soufflés (*fe*), gonflés (*funtu*), assis (*döxö*), montés (*te*), gros (*xungbo*), comme des poumons (*yofofo*).

1. *Manga faxè* signifie littéralement « la mort du chef ». D'après cette étymologie empreinte d'humour, le chef, souffrant d'hémorroïdes (surtout les hémorroïdes externes), préférerait mourir plutôt que d'avouer une maladie considérée comme honteuse.

« *Suma* fait gonfler (*funtu*) la personne... Elle est gonflée (*gonfle*) comme avec une pompe (*ponpi*) » (Fode Fofana).

Les œdèmes de la femme en grossesse peuvent être rattachés à une manifestation de *suma*. Le ballonnement abdominal, les œdèmes du corps sont davantage attribués à la maladie *foye*¹ qu'à *suma*. L'articulation entre les maladies *foye* et *suma* n'est pas très claire. *Foye*, comme *suma*, a son origine dans le ventre. *Foye* se manifeste essentiellement par un ballonnement abdominal, des œdèmes des membres, une constipation chronique. Les avis ne sont pas unanimes sur l'antériorité de *suma*.

« *Foye* est une forme de *suma* » (Oumou Camara).

« S'il y a beaucoup de *suma*, il devient *foye* » (Lansana Soumah).

« *Foye* est le père de *suma* » (Sekou Lamine Sylla).

Certains guérisseurs signalent des éruptions cutanées (*kasi /gale/*), des démangeaisons (*xènyèn*) qui obligent à se gratter (*xöölin*).

Suma peut provoquer l'infécondité féminine (la stérilité est toujours attribuée aux femmes) ou l'avortement. *Suma* bloque, retarde, gêne les règles (*kikewali /le travail de la lune/*) de la femme et provoque une aménorrhée ou une hyperménorrhée.

« *Suma* mange (*don*) le sang à l'origine de l'enfant » (Bountouraby Soumah).

« *Suma* mange l'enfant dans le ventre » (Mari Dibaros).

« *Suma* bloque la route de l'enfant » (Macire Camara).

« *Suma* avale les règles, il mord (*xin*) le nid de l'enfant » (Sèrèno Nana Sylla) (le vocabulaire employé appartient à celui de l'ingestion).

« *Suma* fatigue (*tagan*) la femme pour avoir un enfant. Il est dans le ventre de la femme, s'il y a une chance (*harige*), cette chance ne devient pas un enfant, car *suma* peut la boire (*min*) » (Abdoulaye Youla).

« On dirait que quelque chose de dur (*xöröxö*) vient se coincer dans le bas-ventre. Un liquide "dur" (*xöröxö*) couvre la place de l'enfant » (Inta Sompare).

1. *Foye* signifie le vent et aussi le gonflement. Il peut être utilisé pour désigner un œdème de même que les mots précédemment cités : *fe* (souffler), *funtu* (gonfler), *döxö* (assis), *te* (monter), *xungbo* (gros), *yofo* (poumons). Nous remarquons une richesse du vocabulaire pour désigner ce symptôme.

Des difficultés se produisent au moment de l'accouchement.

« *Suma* apparaît quand l'enfant doit naître, tu veux accoucher, *suma* s'arrête le premier devant (l'enfant) » (Mafoudia Toure).

« Les maux de ventre à l'accouchement sont dus à *suma* qui s'assoit devant le bébé » (Mama Sayon Sylla).

« La femme ne peut accoucher, ça (*suma*) vient barrer (*bangalan*) la route devant l'enfant » (Mayenni Sylla).

« *Suma* s'interpose (*gindigalan*) devant l'enfant » (Mah Salimatou Sylla).

« *Suma* empêche l'évacuation du sang de l'accouchement » (Mamayeli Bangoura).

Pour certains guérisseurs, *suma* recouvre le champ des troubles urogénitaux, avec maux au bas-ventre, rétention urinaire, pus (*fuxi*) ou sang (*wuli*) dans les urines, leucorrhées (*ye fixè /eau blanche/*) nauséabondes, avec démangeaisons, plaies sur les organes sexuels. Ces signes cliniques sont attribués aux maladies *suxukuye* et *körösila*¹ localisées dans les reins (*gungi* ou *tagi*), le bas-ventre (*tebi*), le sexe (*xamèya /homme/œil/*, *ginèya /femme/œil/*).

« Quand l'homme urine, ça sort comme la bouillie » (Maïmouna Camara).

« Si *suma* augmente, ça va être beaucoup, ça va sortir sous forme d'eau blanche, c'est devenu *körösila* » (Mamaye Camara).

« Quand *suma* se lève, de l'eau sort du sexe de la femme et du sexe de l'homme ». « Quand les règles de la femme sont finies, le mauvais *suma* fait jaillir l'eau, qui se répand, s'il y a beaucoup d'eau, la peau s'en va » (Mariama Bangoura).

« S'il y a beaucoup de *suma*, il fait une plaie sur le sexe, c'est *körösila* » (Sarina Mariama Camara).

Les troubles urinaires chez la femme en grossesse sont aussi attribués à *suma*.

Pour certains guérisseurs, *suxukuye* vient de *suma* (opinion majoritaire) et pour d'autres c'est l'inverse. *Suma* est parfois responsable de l'impuissance chez les hommes.

1. *Suxukuye*, *körösila* sont des infections uro-génitales. Il s'agit, en fait, de la même maladie. L'appellation *suxukuye* est attribuée plus souvent aux infections gynécologiques et *körösila* aux infections de l'homme. *Suxukuye* et *körösila* sont généralement considérées comme transmises par voie sexuelle et assimilées à la « chaude-pisse ».

« Si *suma* est de trop, il donne *lanfunyi* » (Mari Dibaros) (*Lanfunyi* /affaibli/ désigne l'impuissance avec un certain euphémisme).

« Si c'est un homme, quand le *suma* l'attrape, son ventre devient trop sec, son pénis (*gala*) ne se lève pas » (Binta Sompore).

Les symptômes de *suma* sont ambulatoires. La maladie se déplace, circule dans le corps.

« *Suma* reste dans le ventre et lui fait mal, s'il marche (*nyèrè*), il attrape ses reins (*tagi*), il y a d'autres, tout leur fait mal, leur nuque, tout leur fait mal, *suma* marche partout » (Bountourabi Keita).

« *Suma* marche, il gonfle le ventre, il marche dans le ventre » (Kadiatou Camara).

« *Suma* marche, des fois ça vient, des fois ça monte, des fois ça descend, il n'est jamais tranquille dans le ventre » (Mari Camara).

Suma monte, *te, dusu...* Les guérisseurs inscrivent les déplacements de *suma* dans l'abdomen. Pour certains guérisseurs, *suma* monte et provoque rots (*garandin*), salivation (*dè ye*), aigreurs (*lingi muluxun* /salive/aigre/), nausées (*bönyè kana* /foie/gâté/), vomissements (*böxun*) – dont ceux de la femme en grossesse –, céphalées (*xun xönè*), troubles de la vue (*a ya raföörö* /ses yeux/noircissent/), vertiges (*magiri*).

« *Suma* monte sur ton cœur – ou foie – (*bönyè*), ton cœur – ou foie – brûle (*gan*) » (Arafan Malik Bangoura).

« *Suma* a deux bouches, quand il sort de son logis, il cloue (*banban*) le cœur – ou foie – (*bönyè*) de la personne, il tire (*bèndun*) ton sang. On dirait qu'on a mis feu à ton cœur – ou foie » (Fode Camara).

« *Suma* monte au cœur – ou foie – et se courbe (*felen*) sur le cœur – ou foie » (Aminata Camara).

« *Suma* monte à l'épigastre, *bönyèxunyi* (la tête du foie) » (Amadou Camara).

« *Suma* monte, il donne la nausée (*bönyè kana* /foie gâté/), l'intéressé vomit, la couleur est jaune, très jaune, c'est très gluant, c'est *nafèri* »¹ (Issa Camara).

« *Suma* monte, ce qui monte deviendra *denbaadimi*, il fait vomir quelque chose de très rouge,... il monte sur la tête » (Mah Salimatou Sylla).

1. Dans son dictionnaire Soussou-Français de 1942 le Père Ph. Lacan traduit *nafèri* par « bile », « fièvre bilieuse » et *dembadimi* par « fièvre bilieuse », « fièvre froide ».

C'est une des rares mentions que nous ayons trouvée de la relation entre *suma* et *denbaadimi*, assimilé au paludisme, qui se manifesterait par des vomissements.

Pour des guérisseurs de l'ouest de la Guinée maritime, lorsque *suma* monte, il devient la maladie *kurè xale nafari*¹.

Si tous les praticiens ne parlent pas du mouvement ascensionnel de *suma*, tous évoquent le fait que *suma* peut descendre, *goro*. *Suma* ne descend pas pour tout le monde et le traitement du guérisseur peut également empêcher *suma* de descendre. Lorsque *suma* a duré, lorsqu'il y a beaucoup de *suma* dans le corps, il peut descendre pour donner *xèèxè*, qui est traduit par hernie. L'excès de *suma* donne *xèèrè* qui correspond donc à une évolution normale et fréquente de *suma*, au point que beaucoup de guérisseurs identifient d'emblée *suma* et *xèèrè*. Pour certains, *xèèxè* concerne la femme et l'homme et, pour d'autres, *suma* ne descend que pour l'homme. La descente de *suma* correspond à son extériorisation.

« L'eau descend pour s'accumuler (*malan*) dans un sac (*gbönföè*), c'est l'eau du ventre qui descend et qui fait grossir, c'est ce que l'on appelle *xèèxè* » (Mohamed Camara).

« *Suma* descend, la femme répand l'eau, pour l'homme ça donne *xèèxè* » (Kanke Fofana).

« Pour la femme, *suma* descend sur son sexe, pour l'homme, ça descend dans les deux petits sacs » (Fatoumata Camara).

« *Suma* descend pour l'homme et devient *xèèxè*, pour la femme, il reste à l'intérieur du ventre » (Assata Camara).

« Ça descend dans les deux petits sacs (*bötö*), ça devient lourd (*binya*) » (Koutoubou Soumah).

« Quand *suma* descend, ça devient une charge, *kote* » (Oumou Camara).

« Ça fait une grosse boule, ça descend au bas-ventre, des fois ça descend brusquement » (Issa Camara).

« Il y en a, ça descend entre les jambes, entre les cuisses (*tabe*), ça descend pour se reposer (*malabu*) » (Naby Sylla).

« *Xèèxè* ne se maintient pas dans le pantalon » (Seny Camara).

1. Littéralement *kurè xale nafari* signifie le *nafari* de l'écaille de tortue. Cette maladie est dérivée de l'entité nosologique *nafari* ou *naferi*, considérée comme synonyme de *suma* dans la région ouest de Guinée maritime. *Kurè xale nafari* se situe dans l'abdomen et provoque des troubles digestifs, des vomissements mais aussi des douleurs abdominales et des risques d'avortement chez la femme en grossesse.

Xèxè grossit (*belebele* ou *xungbo*). Les guérisseurs distinguent plusieurs formes de *xèxè*.

« *Teere* est une sorte de *xèxè* qui apparaît d'un côté et qui peut tuer la personne. Certains, ça ne leur fait jamais mal jusqu'au jour où ils vont mourir ; *teere*, si vous ne l'opérez pas, il tue immédiatement. Le gros *xèxè* descend des deux côtés » (Fode Amara Camara).

Xöriyè (écureuil) serait une forme de *xèxè*.

« *Xöriyè* s'assoit sur ton bas-ventre qui se gonfle » (Momo Youla).

Pour Kadiatou Camara, *xöriyè* se place à l'aine (*yèlèxè*) alors que *xèxè* descend dans les testicules. Alkhaly Camara pense que *xöriyè* serait solide et *xèxè* liquide.

Suma est-il une maladie froide ou une maladie chaude ?

En *soso*, le mot maladie se dit *fure*, qui signifie chaleur. Les guérisseurs considèrent néanmoins que toutes les maladies ne sont pas chaudes et qu'il existe des maladies froides, *xinbeli*. Les maladies chaudes sont celles qui donnent la fièvre et chauffent (*wolen*) ou brûlent (*gan*) le corps. L'idée de maladie froide semble associée à l'idée de latence, l'idée de maladie chaude à celle de maladie à manifestation brusque et douloureuse. Selon le point de vue privilégié, les guérisseurs considèrent *suma* comme une maladie froide qui dure dans l'organisme ou comme une maladie chaude qui s'extériorise et chauffe le ventre et le corps.

Suma est-il une maladie honteuse, *yagi* ?

Les maladies honteuses par excellence sont *manga faxè*¹ (les hémorroïdes), et les infections uro-génitales, *suxukuye* et *körösila*.

Suxukuye et *körösila* recouvrent les maladies sexuellement transmissi-

1. Se reporter à l'étymologie de *manga faxè* /mort du chef/.

bles, syphilis, gonococcie. Ces maladies honteuses, que l'on veut cacher, se signalent par une mauvaise odeur et par des pertes sous forme de liquide qui tachent les habits de la personne lorsqu'elle s'assoit.

« Si tu es assis, *suxukuye* est beaucoup sur toi, l'eau se répand sur toi, si tu te lèves, tes amis voient que ton derrière est mouillé, tu as honte » (Salimatou Conte).

Lorsque *suma* reste dans le ventre, il n'est pas considéré comme une maladie honteuse – sauf lorsqu'il est assimilé aux maladies « honteuses » précitées –, par contre, lorsqu'il descend pour donner *xèxè*, les avis sont partagés. Certains guérisseurs pensent que c'est une maladie honteuse et d'autres non, car pour ces derniers, la maladie honteuse serait celle que l'intéressé pourrait dissimuler, or, lorsque *xèxè* est volumineux il devient impossible de le cacher.

« *Suma* qui descend, tu portes l'habit, la partie monte, quand tu vas en public, tu auras honte » (Fode Amara Camara).

« *Xèxè* n'est pas honteux car il est exposé (*kènè* /un grand espace aménagé pour une activité collective/)... Une maladie honteuse est une maladie qu'on ne voit pas » (Sekou Sylla).

Les représentations de la maladie *suma*

Il existe deux représentations différentes de la maladie *suma*. La représentation majoritaire voit *suma* sous la forme d'une accumulation d'eau, *ye*. Des guérisseurs parlent de *lingi* / salive, substance visqueuse/. Une seconde représentation, que l'on rencontre surtout dans la région occidentale, décrit *suma* comme un être vivant. Les deux représentations cohabitent parfois chez un même guérisseur.

Suma est une accumulation d'eau, *ye*, qui, à un moment donné, déborde.

« *Suma* vomit de l'eau dans le ventre de la personne. Cette eau peut rester dans ton ventre » (Fode Fofana).

« Dès que *suma* lâche son liquide, ça devient une maladie dans le ventre » (Assata Camara).

« Si *suma* se lève, ça jette de l'eau (*kasan* /jaillir/) dans ton ventre... de l'eau chaude se répand (*radin*) dans le ventre » (Kadiatou Camara).

« S'il y a beaucoup de salive (*lingi*) dans ton ventre, elle reste dans les reins (*gungi*), c'est ce qui deviendra *suma* » (Morlaye Camara).

« Pour l'homme, l'eau se rassemble (*malan*) et descend, c'est ce qui donne *xèxè* » (Mohamed Camara).

L'excès d'eau dans le ventre provoquerait les écoulements liquides, des infections uro-génitales, *suxukuye-körösila*, la hernie, *xèxè*, des œdèmes¹.

« L'eau est dans le ventre, elle peut descendre dans tes pieds qui deviennent gonflés » (Mamadouba Bangoura).

« L'eau se rassemble (*malan*) dans le ventre et fera enfler les joues et les pieds » (Amadou Camara).

Suma est aussi perçu comme un être vivant, *nimase* /vivre/chose/, *dalise* /créature/ qui se déplace dans l'abdomen.

« *Suma* est un être vivant, il est dans le ventre de toute personne, sauf que ça ne se lève pas toujours » (Fode Amara Camara).

« *Suma*, c'est un être vivant... il est très, très rouge. C'est une petite chose rouge comme cela, mais il apparaît déjà gonflé... Il est dans le ventre. Si tu tombes en grossesse, si tu ne manges pas le médicament, avant que l'enfant ne devienne une personne, il a bu le sang. Si tu accouches, s'il n'y a pas de docteur pour bien laver ton ventre, le reste du sang qui est là-bas, il mange cela aussi pendant que tu gardes le lit de nourrice. C'est un être vivant qui est sous forme de sang » (Maïmouna Camara).

« *Suma*, si la femme tombe en grossesse, il peut tuer son enfant dans le ventre. Il est sous la forme d'un être vivant, sa petite bouche en écaille est recourbée » (Oumou Camara).

Pour certains, cet être vivant ressemble à une souris (*nyènè*), à un lézard (*bonborika*), un crabé (*genba*), un ver intestinal (*sundi*) ou une grenouille (*xuunyè*).

Dans la région de Boffa, cette représentation de la maladie sous forme

1. Voir précédemment les multiples traductions du mot « œdème ».

d'un parasite qui mange le fœtus et provoque un avortement s'appelle *xalinyènyi*.

Comment les guérisseurs traitent-ils *suma*¹ ?

Les traitements des guérisseurs interviennent avant que la maladie descende et se transforme en *xèxè*. Certains tentent des traitements lorsque *xèxè* est à son début.

Les traitements sont essentiellement à base d'association de plantes médicinales. Il existe un grand nombre de plantes médicinales citées mais certaines sont plus fréquemment mentionnées que d'autres telles que *kinki*, *Newbouldia laevis*, *mörönda*, *Uvaria chamae*, *tiliminyi*, *Erythrina senegalensis*, *tolinyi*, *Bridelia micrantha*...

Parfois le médicament varie selon les symptômes que le malade présente : diarrhée, constipation, œdème... Parfois il s'agit du même traitement pour une diversité de symptômes. Le guérisseur Sekou Sylla qui pense que *suma* est soit un être vivant, soit un liquide, soigne dans les deux cas avec les mêmes plantes mais avec des formes galéniques différentes. Quand *suma* est un être vivant, le malade boit le décocté des racines de *fore* (*landolphia owariensis*), *yanbè*, *sumè yele*, *wolenwolenyi*, *kurè xöri*, *kinkiri*, *kurukare*, *tanxare* et mange du riz cuit avec ce décocté, et quand *suma* est un liquide le patient avale trois pincées de poudre obtenue à partir des mêmes racines et un verre d'eau tiède ou froide, légèrement salée, où a été déposée la poudre des feuilles des mêmes plantes pilées avec du citron.

Pour l'ensemble des guérisseurs, la forme galénique la plus fréquemment utilisée est la suivante :

Le guérisseur va récolter en brousse des racines. Ces racines sont lavées, découpées, mises à sécher au soleil. Elles sont ensuite bouillies par le guérisseur, le malade ou sa famille. Le décocté est bu et il est utilisé pour cuire le riz qui sera consommé par le malade.

1. Nous pensons que *suma* ne relève pas de l'automédication, sauf à titre préventif, sous forme de décoctés, destinés à maintenir le ventre « propre » ; néanmoins ce domaine de l'automédication n'est pas très connu et justifierait une enquête complémentaire.

Les guérisseurs ont peu indiqué de correspondance entre les particularités de la maladie et celles du remède.

« On prépare le riz avec le décocté. *Suma* est une maladie dure (*xöröxö*), il faut un aliment dur (*xöröxö*) pour guérir. Si tu donnes la bouillie, tu aggraveras la maladie » (Binta Sompère).

Mariama Bangoura établit une analogie entre le fait de bouillir le médicament et l'effet thérapeutique voulu qui est d'enlever l'excès d'eau de la maladie dans le corps.

Le décocté peut servir aussi à préparer la sauce qui accompagne le riz.

Il existe d'autres formes galéniques : décocté, macéré ou infusé de feuilles, poudre d'écorce ou de racine, feuilles cuisinées en sauce...

Le décocté est parfois adouci en ajoutant du miel ou du sucre afin de faciliter la prise médicamenteuse mais aussi pour attirer *suma*, lorsque le guérisseur pense que cet aliment convient à *suma*.

« *Suma*, c'est une maladie qui aime ce qui est doux, je mets du sucre » (Abdoul Karim Bangoura).

En cas de soins urgents, les feuilles, plus faciles à récolter que les racines, sont utilisées sous forme de macéré ou de décocté en attendant que le guérisseur parte déterrer et préparer les racines. Le citron est ajouté aux macérés de feuilles. Les guérisseurs considèrent que le citron joue un rôle spécifique, il renforce l'effet des autres plantes, il « coupe », *sègè*, *xaba*¹, la maladie. L'oignon est recommandé par plusieurs guérisseurs, il faut soit le mâcher tel quel, soit l'ajouter au remède. Le malade se lave (*maxa*) avec le décocté de végétaux.

Des traitements locaux sont appliqués : racines ou feuilles pilées posées en cataplasme tiède sur le ventre, le bas-ventre, les fesses (*xöörè*), sur la grosseur de *xèxè*, ou lavage local. Aïssata Camara met la poudre de racines dans un mouchoir de tête ou un sous-pagne et le malade s'assoit dessus. La peau de serpent est utilisée en application locale par deux guérisseurs en cas de *xèxè*.

Le massage (*mamörè*) du ventre est préconisé pour une femme en

1. *Xaba* signifie couper avec un couteau, *sègè* couper en donnant des coups comme avec une machette.

grossesse en complément de la phytothérapie par trois guérisseurs, un homme et deux femmes.

« Si c'est une femme enceinte, *suma* descend, tu masses, il monte, il se retourne encore à sa place dans le gros intestin » (Fatoumata Tombo Bangoura).

La prise de médicament est aussi vivement recommandée, à titre préventif, pour nettoyer le ventre et empêcher que les saletés ne s'assemblent pour donner *suma*. Il est particulièrement recommandé à la femme enceinte de se traiter préventivement pour mener à bien sa grossesse et faciliter son accouchement.

Lors de la prise du médicament, les guérisseurs interdisent la consommation de certains aliments : cola blanche, pain blanc, manioc cru, aliments gluants qui neutraliseraient l'effet du remède. Ces produits, considérés comme constipants, contrecarrent le rôle purgatif du remède. Pour certains, ils augmenteraient le liquide pathologique de *suma* dans le corps¹. Mamadouba Bangoura interdit la consommation de viande fraîche et de poisson frais pendant le traitement car, dit-il :

« Cela ferait revenir la maladie en arrière (*gbilen*), le corps enflerait, l'eau du corps augmenterait ».

Il est assez étonnant de constater que pour une maladie aussi prosaïque que *suma* quinze guérisseurs donnent un traitement à base de talisman. Le talisman est écrit sur une planchette coranique et lavé. L'eau est recueillie, elle est généralement ajoutée au décocté de racines lorsque celui-ci est refroidi. Les talismans sont des versets du Coran, écrits plusieurs fois, ou bien ils ont été extraits de livres de talismans en arabe, tel le *Shams el ma'arouf el Koubra*, « Le grand soleil de la connaissance », écrit par Ali el Abass Ahmed el Bouni au XIII^e siècle et réédité². Sur les quinze guérisseurs qui ajoutent un talisman aux médicaments à base de plantes, il y a treize hommes et deux femmes. Les deux femmes ont fait préparer le talisman par un *karamöxö*. Les autres guérisseurs sont des

1. Les guérisseurs établissent une analogie entre l'aspect de ces aliments mastiqués et la « mauvaise » eau extériorisée par *suma*.

2. L'édition que nous avons consultée a été éditée à Beyrouth en 1970. Les marabouts *susu* connaissent cet ouvrage dont ils possèdent un exemplaire ou une copie manuscrite.

spécialistes qui utilisent simultanément pour tous leurs remèdes, y compris *suma*, la phytothérapie et les talismans inspirés de l'islam.

Trois de ces guérisseurs-marabouts exercent la fonction d'imâm. Pour El Hadj Mohamed Tafsir Bangoura, le talisman augmente la force (*sènbe*) du décocté de plantes.

Naby Sylla ajoute le talisman au décocté car, dit-il : « Cela te soigne afin que tu ne sois pas vaincu par les ennemis (*yaxui*), cela lave ton corps. » Dans ce cas, le talisman ajoute une protection supplémentaire contre les sorciers.

Le médicament suscite parfois les mêmes manifestations que la maladie : il fait crier le ventre, il provoque la sudation, la diarrhée, mais dans le but de faire sortir la maladie du corps. L'effet diurétique et laxatif est très fréquent, l'effet vomitif est plus rare. Ces manifestations s'arrêtent d'elles-mêmes quand les saletés de la maladie sont extériorisées.

« Le médicament fait uriner beaucoup, il lave le corps, le corps est à l'aise (*rafulun /déliér, détacher/*) » (Bountou Conte).

« Le médicament enlève les saletés du corps sous forme de selles et d'urine » (Mari Sylla).

« Le médicament remue (*ramaxa*) le ventre et donne la diarrhée (s'il n'y a pas de saletés dans le ventre, il n'y a pas de diarrhée) » (Alpha Soumah).

« Tu vomis, tu vois la maladie, elle sort comme une corde de sang (*wuli luuti*) » (Abdoul Karim Camara).

« Si tu veux voir ce qui est enlevé, tu fais tes selles dans un pot. Le médicament marche même le long des veines (*fasè*), dans toutes les parties du corps, la maladie qui se trouve dans les veines, le ventre, les reins, il la fait sortir » (Bountourabi Keita).

« Tu pourras vomir *suma*, si le médicament ne le fait pas vomir *suma* revient (*gbilen*) dans l'intestin (ou l'estomac) se coucher tranquillement (la maladie peut revenir ensuite) » (Kadiatou Camara).

Le traitement rassemble (*malan*) la maladie, l'arrête (*ti*), la calme (*xin-beli*), l'affaiblit, la diminue, la gâte (*kana*), la fait souffrir, la fait remonter, la fait sortir. Il fait rentrer *suma*, le rend tranquille (*xara*). Il guérit (*yalan*). Il redonne la santé (*santeya*), rend le corps léger (*yelefu*), libre (*yètè sötö /soi-même/obtenir/*).

« *Suma* rentre dans son nid, *bara so a tè* » (Mariama Sylla).

« Le médicament trouve *suma*, le prend et l'apporte dans son logis... (lorsque *suma* monte) dès que la sucrerie du médicament touche *suma*, il laisse le sang du foie (ou du cœur) pour boire la sucrerie. Dès qu'il commence à boire cela, il retourne dans le ventre » (Fode Amara Camara).

« Si tu prends le médicament, il casse les dents de la maladie, il ne la tue pas, mais il casse ses dents, ce qui fait qu'elle ne peut détruire l'enfant » (Abdoulaye Youla).

Le traitement calme les douleurs, il remédie aux différents troubles (diarrhée, constipation, œdème), il empêche la maladie de descendre. Lorsque *suma* est descendu sous la forme *xèxè*, le médicament offre une rémission au malade.

« Quand ça descend, on cuit le fonio avec le décocté, c'est léger, ça diminue la force du mal dans le ventre jusqu'à ce que tu arrives à l'hôpital pour l'opérer » (Naby Sylla).

Les traitements guérissent les manifestations pathologiques, éliminent ou neutralisent la matérialisation de *suma*, que *suma* soit représenté sous forme d'eau ou d'être vivant, mais *suma* retourne à l'endroit initial où il était, dans le ventre.

Lorsque *suma* est descendu sous forme de *xèxè*, le malade doit se rendre à l'hôpital (*labitani*)¹ pour se faire opérer (*böö* /déchirer, fendre/ ou *xaba* /couper/).

« Si l'on opère (*böö*) *xèxè*, c'est le liquide qui sort » (Sekou Sylla).

Conclusion

Suma est une maladie banale aux représentations fluides et diversifiées qui ne présentent pas beaucoup d'originalité par rapport aux maladies prosaïques étudiées dans d'autres aires linguistiques ouest-africaines.

Malgré la diversité d'opinions des guérisseurs *soso*, il existe une pro-

1. *Labitani* désigne aussi bien le poste de santé, le centre de santé ou l'hôpital.

position minimum commune : *suma* est une maladie qui siège dans le ventre et qui se manifeste par des douleurs abdominales.

Des entretiens se dégagent une représentation largement majoritaire dans toute la zone de peuplement *soso* : *suma* correspond à une prédisposition congénitale, l'être humain naît avec *suma* dans le ventre, c'est une maladie interne, chronique, évolutive. La maladie mûrit tout au long de la vie de la personne ; la faim, certains aliments, activent la maladie qui se manifeste par des douleurs abdominales et va s'extérioriser. *Suma* donne naissance alors à divers troubles et maladies.

Les conceptions de *suma* semblent nourries de toute l'expérience digestive des individus au cours de leur vie. Tous les troubles liés à l'alimentation, la digestion, l'excrétion sont attribués à *suma* : les sensations de la faim, l'inappétence, l'indigestion, les troubles intestinaux... Il existe une relation très intime de l'homme et de *suma*. Comme l'homme, *suma* ne supporterait pas la faim et aurait des préférences alimentaires.

Par extension, *suma* peut recouvrir le champ des infections uro-génitales. A l'ouest de la Guinée maritime, *suma* est souvent assimilée à la maladie *nafari*.

Une particularité de *suma* semble la coexistence de deux modes de représentations : *suma* est un liquide, *suma* est un être vivant. La notion de *nööxè*, saleté, s'applique aux deux concrétisations de la maladie. La représentation dominante voit *suma* sous la forme d'une accumulation d'eau dans le ventre. Une autre représentation figure *suma* sous la forme d'un être vivant. Cette conception se rencontre davantage dans la région occidentale. Elle aide aussi à expliquer les troubles de la fécondité : infécondité, avortement. Dans cette représentation de *suma* sous la forme d'un parasite, doit-on voir une influence de la région limitrophe de Boké où coexistent d'autres traditions thérapeutiques réputées, celles des *Baga*, *Nalo*, *Landuma* qui parlent également la langue *soso* et où nous avons effectivement rencontré cette représentation de la maladie appelée *xalinyènyi* ? Les deux représentations de *suma*, sous forme de liquide et sous forme d'être vivant, se coordonnent lorsque le guérisseur pense que le parasite sécrète un liquide.

Suma révèle l'importance accordée par les *Soso* à l'appareil digestif et à son bon fonctionnement. Les troubles de l'infécondité sont aussi pensés selon le modèle pathologique des troubles intestinaux : stagnation de déchets dans le ventre, obstruction des organes abdominaux, parasites...

La maladie *suma* est largement prise en charge par les guérisseurs, y compris par les guérisseurs-marabouts. Les manifestations de *suma* sont soignées par les guérisseurs. Lorsque *suma* descend et se transforme en *xèxè*, à ce stade d'évolution le malade doit nécessairement aller à l'hôpital pour se faire opérer. Pour les populations, la démarcation est nette entre la première phase de la maladie qui relève de la médecine populaire et le stade ultime qui est du ressort de la biomédecine.

S. Bouvier

Du ventre à la tête. A propos de quelques maladies ordinaires à Timba, Fouta-Djalón

Lorsque l'on prête attention aux discours peuls relatifs aux manifestations morbides de la région abdominale, on s'aperçoit qu'y sont reliés divers maux et parties du corps. Ces discours font état de représentations intriquées qui sont associées aux trois termes, *βuuri*, *ñuuro* et *βullal*, et à la locution nominale *βuuri ñuuro*. Certains symptômes se manifestant dans certaines régions du corps sont associés particulièrement à l'un ou l'autre terme. Certains autres symptômes se manifestant dans certaines autres régions du corps sont associés à plusieurs termes en même temps.

A partir d'un corpus d'énoncés ayant trait aux maladies *βuuri*, *ñuuro* et *βullal*, il s'est agi d'explorer les représentations qui leur sont afférentes, les modalités d'interprétation et de traitement de leur morbidité, ainsi que l'univers de sens associé à l'emploi de ces termes.

Ce corpus d'énoncés a été recueilli en milieu peul, dans le district rural de Timba situé dans la préfecture de Koubia au nord-est du Fouta-Djalón (Moyenne-Guinée)¹. Il est constitué d'entretiens ouverts et de discours du quotidien (plaintes, conversations). Les premiers ont fait l'objet de plusieurs séances, ils concernent dix locuteurs. Les seconds ont été enregistrés ou notés sur le vif, ils concernent soixante-dix énoncés de taille diverse. Le nombre d'occurrences des termes est de 855 pour *βuuri*, de 206 pour *βuuri ñuuro*, de 587 pour *ñuuro* et de 513 pour *βullal*. Les locuteurs sont des hommes et des femmes de tous âges, certains d'entre

1. Les données ont été recueillies dans le cadre des recherches effectuées pour ma thèse de doctorat entre 1993 et 1995 (les séjours totalisant vingt mois).

eux sont connus pour être des devins et/ou des guérisseurs. Toutefois les discours des uns et des autres apparaissent ressortir d'un savoir ordinaire ; ces maladies sont d'ailleurs principalement traitées dans le cadre d'une médecine familiale.

Les représentations de *βuuri*, *ñuuro* et *βullal* intègrent une vision originale : des entités pathologiques internes à l'organisme se déplacent et provoquent des effets morbides. Leur mouvement s'effectue dans plusieurs directions (horizontalement, verticalement, latéralement) et constitue des parcours qui font sens. Des sensations et des douleurs ressenties, des manifestations externes, distantes du point de vue de leur localisation somatique et du point de vue du moment de leur apparition, sont interprétées selon cette logique circulatoire. Une grosseur, une tuméfaction apparaissant à certains endroits du corps sont pensées comme des extériorisations de ces entités. La présence et/ou l'apparence de diverses sécrétions (sang, pus, glaires, morve, pertes vaginales, sécrétions oculaires...) ou excréments (urines, selles) correspondent à l'expression matérielle de ces entités pathologiques et sont perçues comme un « indicateur » de l'état de maladie (A. Epelboin, 1981-1982 : 527).

Les manifestations morbides

Les énoncés constituant le corpus présentent un éventail relativement vaste de représentations. Certaines sont communes, elles sont partagées par tous et sont considérées comme allant de soi par l'ensemble du groupe. D'autres sont singulières, elles sont le fait de quelques individus sans pour autant qu'elles apparaissent comme déconnectées d'un discours de bon sens. Il importe de prendre en considération ces deux niveaux de représentativité.

βuuri

Représentations communes

Un liquide altéré (*ndiyan bonṣan*), « l'eau du *βuuri* », descend dans les testicules et provoque leur grossissement (hydrocèle, hernie scro-

tale...); c'est ce qu'on appelle *buuri hayaare*¹ – *buuri* du scrotum – ou *buuri yuppotoondi* – *buuri* qui se déverse² –.

Alors que *buuri* est abondant et/ou a séjourné longtemps dans le ventre, il se manifeste par l'émission de sang et/ou de « pus »³ au moment de la miction, laquelle est difficile et douloureuse. On parle dans ce cas de *buuri tonke*⁴, mais si l'on veut préciser on peut dire *buuri yijijjan* (*buuri* sang) ou *buuri mbordi* (*buuri* « pus »). Ces symptômes peuvent apparaître à tout âge et concernent les deux sexes. Toutefois, quand il s'agit d'un adulte, on dit que *buuri tonke* est contagieux (*raafay*), il se transmet lors de rapports sexuels avec une personne atteinte. Les hommes disent que si c'est « chaud » lors de la pénétration, cela veut dire que la partenaire est malade. La contamination peut aussi s'effectuer avec une femme « qui n'est pas propre » – qui n'a pas fait de toilette intime – ou dont « la période menstruelle n'est pas terminée »⁵.

Situé dans la région abdominale, *buuri* peut se déplacer jusque dans le dos qui devient douloureux. Il provoque des douleurs de la hanche qui apparaissent alors comme une étape dans son parcours de déplacement.

Représentations singulières

Hayaare a un « frère de même mère » situé au niveau du cou qui partage avec lui la laideur : il s'agit de *foroore* (tumeur du cou, goitre...)⁶ qui résulte d'un « *buuri* montant ».

Partant du ventre, *buuri* « se dégage comme par évaporation » (*surta*) jusqu'à la tête, « l'esprit remue, n'est pas bien fixé », ce qui provoque alors des vertiges ou des évanouissements ; ces symptômes se manifestent

1. *Kaya* qui est le générique de *hayaare* signifie « bourses » en bambara (M. Diaby, 1990) ; à Timba, *kaya* ou *hayaare* est un terme uniquement employé dans le contexte de la maladie. En milieu bambara, dans le Bélédougou, outre son emploi ordinaire, *kaya* est aussi utilisé pour désigner une maladie dont les représentations sont proches de celles de *buuri hayaare* (D. Diakité, 1989 : 60).

2. Ce terme est utilisé dans un niveau de langue plus soutenu que le précédent.

3. Le terme de *mbordi*, traduit communément par « pus », correspond à un exsudat pathologique dont la consistance et la couleur sont variées.

4. *Tonke* est un radical unique, il ne présente aucune autre occurrence lexicale ; on l'observe uniquement lors de sa juxtaposition avec *buuri*. On ne peut donc appréhender son sens.

5. Ce dernier mode de contamination est aussi évoqué dans le cas de la lèpre (*umajan*).

6. Le goitre est une affection très fréquente à Timba.

particulièrement chez quelqu'un « qui n'a pas pris de petit déjeuner avant de sortir ». *βuuri* peut encore causer par le même moyen des céphalées (*muusu hoore*) et des saignements de nez (*tuÿÿugol*). *βuuri* « gonfle » (*wutta*) le corps dans son ensemble ou certaines de ses parties (œdèmes des membres, du visage...).

Il se manifeste dans la région épigastrique¹ (*βernde*) par des brûlures d'estomac (*sumure*).

Après une journée passée à marcher, *βuuri* se dégage – lorsque le corps est au repos – par la plante des pieds en l'échauffant.

Enfin, il peut s'extérioriser en provoquant l'apparition de petits boutons qui disparaîtront d'eux-mêmes (« bourbouille »).

*βuuri tufe*² se manifeste au niveau des organes génitaux de l'homme qui « suintent » (*siiwoo*) un liquide altéré rouge, du sang rouge ou noir, du « pus » (écoulement urétral).

Quant à *βuuri basi*³, il atteint aussi les organes génitaux masculins et se manifeste par des plaies, des gonflements, des démangeaisons... (ulcère siphylidien, herpès génital, chancre mou...).

Les sécrétions vaginales – « un liquide blanc, gluant et ressemblant à du « pus » – sont engendrées par l'abondance de *βuuri* à l'intérieur du ventre.

Les menstrues dont l'apparence n'est pas habituelle (elles sont trop claires, « comme de l'eau », ou trop foncées, « noires »), ou celles dont l'écoulement n'est pas régulier pendant la période, sont encore l'œuvre de *βuuri*.

Ñuuro

Représentations communes.

Ñuuro « comprime » (*wugita*) l'intérieur du ventre et cause de fortes douleurs lors des menstrues. Cette action de compression a aussi pour effet d'empêcher la conception en rejetant le sperme.

1. La traduction commune de *βernde* est celle de « cœur, poitrine ». Ce terme a été traduit plus finement par « région épigastrique » par A. Epelboin (1983).

2. *Tufe* est le pluriel de *tufdi* (« chose trouée », Zoubko, 1980 : 487), il est issu du radical *tuf* – « idée de percer ».

3. *Basi* est utilisé uniquement dans ce contexte morbide ; ce terme désigne les testicules dans le parler du Mâssina (Zoubko, 1980 : 99), cependant il semble présenter ici le sens général de « parties génitales masculines ».

Au moment de la grossesse, *ñuuro* « se déplace en roulant » (*talloo*) du ventre au dos et libère l'espace nécessaire au bébé. Mais après la délivrance, il revient en place provoquant par son mouvement un « ronchement du ventre »¹ (douleurs post-partum, tranchées utérines). Il peut aussi causer un avortement en occupant tout l'espace disponible dans l'utérus.

Ñuuro se manifeste à l'extérieur du corps dans la région abdominale, anale et génitale (chez les femmes) sous forme d'une grosseur anormale (hernie inguinale, prolapsus anal, utérin, hémorroïdes...). Dans certains cas (hernies...), on peut saisir *ñuuro* de la main, dans d'autres (hémorroïdes), étant plus petit on peut le palper ou le sentir à travers la peau par une légère pression.

Des douleurs abdominales peuvent être reliées à la présence d'un *ñuuro* au niveau du ventre.

Représentations singulières

Le *ñuuro* se trouvant à l'intérieur du ventre se met à cracher de l'air. Cet air cherchera à sortir et provoquera une érucation (*a'ugol*) ou une émission de gaz (*fuytere*).

Les borborygmes (*reedu no sonkude* : le ventre crie) sont associés au déplacement de *ñuuro* à l'intérieur du ventre.

βullal

Représentations communes

La substance morbide *βullal* est localisée dans la moitié supérieure de la tête, elle « descend » (*jippoo*) dans la région des maxillaires et au niveau des dents. Elle provoque des manifestations pathologiques telles que la douleur, un écoulement de « pus » et/ou un gonflement contenant

1. *Ñoolu-reedu* (/rongement/ventre/) est le terme utilisé pour désigner les douleurs post-partum et correspond à l'expression métaphorique de la douleur ressentie.

du « pus ». Une enflure, un abcès dentaire sont nommés *βullal*. *βullal* cause *βulo(oru)* qui est un abcès purulent de la joue.

On dit que *βullal* enfle (*βuuta*), puis devient proéminent (*yalta /sort/*) et c'est alors qu'on peut le percer et que le « pus » qu'il contient s'échappe.

Le fait de porter une lourde charge sur la tête peut provoquer des douleurs au niveau de la tête; il peut aussi être relié à des manifestations de la région des maxillaires.

Représentations singulières

βullal manifeste sa présence à l'intérieur de la tête en provoquant des bourdonnements d'oreilles, en les bouchant temporairement ou en causant des maux de tête et des vertiges. *βullal* est aussi associé à des sécrétions oculaires (*nyaabaaje*) épaisses qui se déposent au coin ou autour de l'œil et qui s'assèchent. La morve (*durmaaji*) – particulièrement si elle est épaisse – peut aussi être le résultat du « travail » (*golle*) de *βullal*. Descendant dans la gorge, la poitrine et la face postérieure haute du corps, il se caractérise alors par les mucosités – des « caillots de « pus » (*keμμe mbordi*) –, qui sont crachées par le malade. Les douleurs de la partie haute du dos¹, ainsi que celles de la nuque et du thorax, sont reliées au trajet de *βullal*.

Le fait de manger du *oiji* (condiment à base de graines de néré)² « active » (*memmina /faire bouger/*) *βullal* au niveau des maxillaires.

Les troubles associés à l'emploi de plusieurs termes

Il y a des manifestations au sujet desquelles on observe l'emploi de plusieurs termes. Dans des énoncés distincts comme à l'intérieur d'un même énoncé, on constate que les mêmes termes sont utilisés pour décrire les mêmes manifestations. De plus, *βuuri* et *ñuuro* peuvent se trouver

1. Il s'agit en particulier des omoplates (*βalawe*).

2. *Parkia biglobosa*.

juxtaposés sous la forme de *βuuri ñuuro*¹. Voici quelques exemples de cet usage concourant :

– « Qu'est-ce qu'est *dambagol* (rétention des urines et des selles) ? »

– « S'il s'est trouvé que quelqu'un ne peut pas uriner ou déféquer, c'est ce *βuuri* qui est en train de venir, s'installe sur la voie des urines, se cale sur ce par quoi on va à selle, coince l'intestin. Ça vient jusque-là (à cet endroit), le *ñuuro* s'installe alors ici, il se trouve qu'ensuite les urines ne se déversent pas, les fèces ne se déversent pas, c'est devenu *dambagol* » (Thierno Sâdou Diallo, Afiya).

– « Qu'est-ce qu'est *ñuuro* ? »

– « C'est comme ce qu'Oumar a appelé tout à l'heure "mal de jambe". C'est ce qu'on nomme *βuuri*. Son eau, c'est cela qui descend dans les articulations, dans le genou. Ça désarticule complètement la jambe. Ça fait mal jusqu'à ce que ça atteigne là, tu comprends ? Voilà, c'est cela (qui) est au sujet de *ñuuro* » (Mâmourou Camara, Safâ Youssawyâ).

βuuri, *βuuri ñuuro* et *ñuuro* sont utilisés pour désigner des douleurs et des troubles qui se manifestent dans la région abdominale, uro-génitale et anale...

Représentations communes

Une alimentation peu variée ou de moindre qualité², l'ingestion d'aliments ayant une saveur forte ou amère (piment, cola), ou qui s'avèrent ne pas convenir à celui qui les mange (« l'âme les aime, mais le sang ne les aime pas »), provoquent des troubles des fonctions excrétoires (miction, défécation). Après avoir été « cuits » dans le ventre, les aliments « pourrissent » et deviennent les matières fécales. Leur expulsion est facilitée par l'eau contenue dans les aliments ou par leur mélange avec un liquide qui se trouverait dans le ventre. La diarrhée est causée par l'excé-

1. Il ne semble pas exister de rapport de détermination entre les deux termes. Leur juxtaposition apparaît être uniquement justifiée par leur proximité sémantique. Ce n'est pas le cas de *βuuri basi*, de *βuuri tufe* ou de *βuuri yiiyan* où le second terme permet soit de localiser la morbidité, soit de la caractériser.

2. Certains aliments mangés rarement (viande, huile d'arachide,...) sont jugés bons pour la santé, ils « augmentent le sang ». D'autres (fonio, sauce aux feuilles de baobab,...) constituant l'ordinaire sont jugés comme n'apportant pas de « force » au corps.

dent de ce liquide et/ou sa transformation – il devient gluant¹ – ; on parle alors de *selbu-reedu* (liquidité du ventre), de *dogu-reedu* (course du ventre) ou plus vulgairement de *puucuru* (litt. « chiasse »). Si les selles sont sanguinolentes, on parlera plutôt de *disanterii*. La rétention des selles et des urines (*dambagol*) provient de l'absence de ce liquide, on dit parfois que c'est *buuri* ou *ñuuro* qui l'« aspirent » (*siifoo*) ou qui se « calent sur la voie » (*bankoo ka laawol*) d'expulsion.

Les douleurs abdominales associées à *buuri*, *ñuuro* et *buuri ñuuro* sont plutôt des douleurs qui se manifestent pour les femmes en dehors de la période menstruelle et de celle de l'accouchement. On dit parfois que ce sont des vers intestinaux (*jalbi*) qui provoquent ces maux. Les douleurs abdominales peuvent être accompagnées de vomissements (*tuutugol*). Ceux-ci sont décrits comme correspondant à l'expulsion d'un trop-plein – « lorsque *buuri* est abondant dans le ventre, la personne vomit ce qui est abondant » –. Les vomissements peuvent provenir d'une incompatibilité physiologique entre aliments ingérés et morbidité interne : « le *buuri* n'accepte rien comme alimentation, quoi que je mange, je vomis ».

Les troubles menstruels désignés par *buuri*, *buuri ñuuro* et *ñuuro* concernent une apparition irrégulière des règles et leur absence.

Ñuuro, *buuri ñuuro*, *buuri* et plus rarement *bullal* sont utilisés lorsque l'on évoque des douleurs des articulations et/ou des membres. Les douleurs peuvent être circonscrites à une ou plusieurs articulations, à un ou plusieurs membres. On évoque parfois le fait que c'est un liquide gluant se trouvant au niveau de l'articulation qui la rend douloureuse. Celui-ci est associé au liquide synovial que l'on découvre en dissociant, lors de la découpe, les articulations d'un animal tué. Ce liquide est décrit comme provenant du ventre et se dispersant tantôt au travers des *muqi* (muscles, tendons, veines,...), tantôt à l'intérieur des os. Les articulations peuvent enfler ou se durcir, les membres peuvent devenir raides.

Les douleurs lombaires², les maux de dos, de la colonne vertébrale, des flancs³, le point de côté⁴ sont associés à *buuri* et à *bullal*.

On dit parfois que ces douleurs (qu'on pourrait qualifier de musculo-

1. Le verbe utilisé est *bowra*, il signifie « être glissant, visqueux,... ». On compare aussi ce liquide à une sauce gluante appelée *nama*.

2. Le terme *bofi* est traduit par « lombes ».

3. *Bece*.

4. *Pempal*.

ostéo-articulaires), où qu'elles se situent dans le corps, sont provoquées par une activité soutenue ou prolongée dans des zones marécageuses ainsi que sous un soleil ardent.

Représentations singulières

« Le pénis mort », l'impuissance sexuelle masculine, est associé à l'incapacité de procréer. Outre le fait qu'on emploie *βuuri*, *ñuuro* et *βuuri ñuuro* pour parler de ces manifestations, on les considère parfois aussi comme étant un stade évolutif de *βuuri tonke* (cf. ci-dessus).

Perspectives sémantiques

Des catégories de signification

L'originalité sémantique des termes *βuuri*, *ñuuro* et *βullal* est d'appartenir à différentes « catégories de signification ». Celles-ci sont repérables dans trois types d'emploi.

Il y a le cas où l'identification d'un ou de plusieurs symptômes aboutit à l'énonciation du terme : celui-ci est alors employé dans le sens de « maladie ». Par exemple, je peux ressentir des douleurs abdominales et dire que je suis atteinte de la maladie *βuuri* (*mipo wondi e nyawu βuuri* : « je suis avec la maladie *βuuri* »). Le terme désigne un état pathologique plus ou moins spécifique selon le contexte d'énonciation.

Il y a le cas où le terme désigne une « entité pathologique externe ». Ceci est vrai pour *ñuuro* et *βullal* lorsqu'ils présentent le sens de boule pour le premier et d'enflure ou d'abcès dentaire pour le second. Ici, le terme est employé pour désigner un objet matériel, spécifique et observable qui correspond à un signe de morbidité.

Il y a le cas, enfin, où le terme désigne une « entité pathologique interne », il est alors sujet d'un verbe désignant une activité s'exerçant à l'intérieur de l'organisme ou à l'interface intérieur du corps / extérieur ou dessus du corps. L'emploi du terme s'inscrit dans un champ représentationnel particulier qui a trait à l'existence d'entités ou d'humeurs infra-organiques et à leur circulation.

La description des maux

La description de ces maladies selon une logique de déplacement est fréquente :

« Moi ces jours-ci c'est la tête qui me fait mal. Vois-tu, ça m'avait recourbé les vertèbres cervicales. Depuis que ça a cessé de me recourber les vertèbres cervicales, je sais comment (je sens que) c'est en train de se promener à l'intérieur de mon corps. Depuis hier, parce que nous avons marché sous le soleil, ça me tient au dos ici, je ne peux pas me tenir droit étant debout, c'est *bullal* qui est en train de se promener » (Mâmourdou Camara, Safâ Youssawyâ).

Cependant cette idée n'est pas obligatoirement investie lorsqu'il s'agit de nommer les maux en terme de *buuri*, *ñuuro* ou *bullal*. Comme pour de nombreuses maladies « simples », deux critères minimaux suffisent pour leur donner un nom : l'existence de manifestations morbides et leur localisation dans une région du corps.

« Quoi qu'il en soit, si le ventre ou les articulations te font mal, tu diras que c'est *buuri ñuuro* » (Hawa Diallo, Safâhoun).

Enfin, les manifestations somatiques peuvent être ou non reliées à la présence d'une entité pathologique. On peut parler simplement de douleurs ou de troubles mais on peut aussi penser qu'ils sont l'effet de l'activité d'une entité interne dans l'organisme, ou encore on peut évoquer l'existence d'une humeur corporelle...

Quel(s) mot(s) pour quelle(s) idée(s) ?

L'entité pathologique peut être désignée par des termes comme le sang, l'eau, le « pus », ou de manière moins précise par *buuri*, *ñuuro* ou *bullal*. Dans ce dernier cas, l'observation des verbes de déplacement associés nous permet d'appréhender leurs signifiés.

Certains verbes d'action qui sont utilisés pour décrire le déplacement

de *βuuri* et de *βullal* à l'intérieur du corps sont les mêmes¹. Ce sont des verbes qui indiquent un déplacement aisé, un mouvement relativement fluide. Lors des descriptions des substances qui sont associées à chacun des termes, certains états de la matière ainsi que certaines consistances apparaissent être plus ou moins spécifiquement attachés à l'un ou à l'autre, d'autres leur sont communs.

<i>βuuri</i>	<i>βuuri /βullal</i>	<i>βullal</i>
humeur vaporeuse	eau gluante	« pus » épais
sang altéré ²	eau	morve
sang trop rouge	« pus » liquide	sécrétions oculaires
sang trop clair	« pus »	mucosités crachées
sang trop foncé		
eau altérée		

La qualité d'être vaporeux est plutôt attachée à *βuuri* et celle d'être dense est plutôt attachée à *βullal*. Par contre, les qualités de fluidité et de viscosité sont partagées par les deux.

Dans ses manifestations abdominales (hernie...) et génito-anales (prolapsus, hémorroïdes...), *ñuuro* apparaît attaché fortement à une idée de « boule ». C'est une idée de rotondité, de masse, de matière solide qui est évoquée au travers du verbe *talloo* (se déplacer en roulant) utilisé pour décrire le déplacement de *ñuuro*, et des verbes *fusa* (éclater) ou *haama* (tordre, essorer) qui désignent l'action supposée du traitement. Le *ñuuro* apparent (hernie...) est appelé « boule » (*faandu*), on dit parfois qu'il est fait de chair. Par contre, dans l'évocation de douleurs articulaires et des membres pour lesquelles le terme de *ñuuro* est entre autres utilisé, l'idée de « boule » est inexistante. On évoque au contraire la présence d'un liquide dans les articulations (ce qui ne contredit pas ce qui a été observé jusque-là au sujet de l'emploi de *βuuri* et de *βullal* pour désigner ces manifestations).

Au contraire de *βuuri* et de *βullal* dont les caractéristiques des substances qui leur sont associées sont les mêmes quel que soit l'endroit du

1. *βuuri* et *βullal* se promènent, font des va-et-vient (*jinda*), ils errent dans le corps (*hayloo*), ils coulent (*ila*), ils passent leur chemin (*feÿÿa*), ils montent (*ÿawa*), ils descendent (*jippo*), ils cherchent où ils vont rester (*μαββα ka wona*)...

2. Le terme altéré traduit l'idée comprise dans le radical *bon-* : être mauvais, être gâté.

corps considéré, le signifiant *ñuuro* peut être attaché à deux signifiés distincts selon la localisation des troubles.

Dans les explications données par les locuteurs sur la définition différentielle des concepts attachés aux trois termes, on s'aperçoit que les rapports d'opposition s'établissent à partir de la qualité de l'entité pathologique (dense¹ / non dense), de la localisation (tête / ventre) et de la zone de déplacement (haut du corps / bas du corps).

Ainsi, ce qui ne présente pas la qualité d'être dense et qui est situé à l'abdomen est appelé *buuri*, ce qui présente la qualité d'être dense et qui est situé à l'abdomen est appelé *ñuuro*, ce qui ne présente pas la qualité d'être dense et qui se manifeste dans le bas du corps est appelé *buuri*, ce qui présente la qualité d'être dense et qui se manifeste dans le haut du corps est appelé *bullal*.

(Après avoir évoqué le « pus » au sujet de *buuri*, Hawa Diallo répond à la question suivante :)

– « Qu'est-ce qu'il y a entre *buuri* et *bullal* (quelle est la différence entre *buuri* et *bullal*) ? Puisque tu as dit que tous les deux c'est du "pus" ? »

– « Tu as vu s'il s'est trouvé maintenant que le pus, il descend aux jambes en bas ici, depuis les reins, jusqu'au bas [...], si c'est descendu avant que le pus ne se coagule, si cela c'est en bas, cela c'est *buuri* que c'est appelé. Le pus, s'il est épais, qu'il monte ici en haut, ou bien qu'il se rassemble quelque part, (et qu') il sort, c'est cela *bullal*, je crois que c'est cela *bullal*. »

(Après avoir parlé de *buuri*, Amadou Diallo répond à la question suivante :)

– « Qu'est-ce que *ñuuro* maintenant ? »

– « *Ñuuro* c'est cela précisément qui est *buuri*, tu as vu il y a (plusieurs) variétés (*nooneeji*), cette manière et cette manière et cette manière, mais c'est tout la même chose, c'est *ñuuro* qui est *buuri*, bon si alors ça a duré, c'est allé se rassembler au même endroit, c'est cela *ñuuro*. Mais tout est dans le ventre. »

Enfin, ce qui ne présente pas la qualité d'être dense et qui se manifeste où que ce soit dans le corps est appelé *buuri*.

1. La qualité d'« être dense » est exprimée par *moofike* : « c'est rassemblé ».

– « Qu'est-ce que la maladie *bullal* ? »

– « La maladie *bullal* c'est du "pus", il se promène à l'intérieur du corps jusqu'à qu'on le perce quel que soit l'endroit d'où il sort (devient apparent). Lorsqu'il s'est rassemblé en un seul endroit, on perce, ça s'écoule. Si ça n'a pas eu où se rassembler, ça se met à se promener à l'intérieur du corps, c'est cela qui est *buuri* aussi » (Mamadou Saliou Diallo, Safâhoun).

Suivant l'assertion selon laquelle *buuri* est associé au bas du corps et *bullal* au haut du corps, on comprend que des symptômes désignés par le même terme puissent être rapportés à l'un ou à l'autre.

« *buuri* c'est depuis les reins jusqu'aux jambes que ça attrape ; *bullal* c'est depuis la tête jusqu'aux reins » (Aliou Diallo, Safâhoun).

Prenons l'exemple des vertiges (*giilol*), selon que l'on considère – dans une logique de déplacement – qu'ils proviennent du ventre ou de la tête, ce sont les termes *buuri* ou *bullal* qui seront utilisés. Il en va de même lorsqu'il est question d'une entité pathologique localisée dans une région particulière du corps. Ainsi, lorsque le « pus » se manifeste au niveau de la sphère uro-génitale on parle de *buuri tonke*, lorsqu'il se manifeste au niveau des maxillaires, on parle de *bullal*.

L'hypothèse qu'on peut émettre au sujet de l'emploi de plusieurs termes concernant les mêmes manifestations morbides est la suivante :

– soit les troubles ne présentent pas de caractères particuliers (type ou qualité de substance, parcours de déplacement...) permettant de stabiliser un signifiant, c'est le cas pour les douleurs abdominales ;

– soit les troubles intègrent des caractères pouvant être reliés en même temps à l'un et à l'autre signifiant, c'est le cas des selles contenant du sang ou du pus, car la région anale est associée à *ñuuro* et ces substances corporelles à *buuri*.

Au sujet de l'étymologie

L'analyse étymologique des termes *ñuuro* et *bullal* n'offre pas d'éclairage particulier quant à la compréhension des représentations qui leur sont afférentes. Quant à celle de *buuri*, elle mène à une discussion sur la

notion de chaleur qui semble à certaines occasions lui être particulièrement attachée.

bullal – comme *bulooru* – semble issu du radical *bul-* « idée de sourdre, de jaillir ». Dans le cas de *bulooru* (abcès purulent au niveau de la joue), cette idée est effectivement bien présente. Par contre, pour *bullal* le rapport est plus difficile à établir.

Ñuuro est un nom d'espèce ; suivi de ses suffixes de classe, il présente les formes *ñuuroore* (*nde*), *ñuurooje* (*me*). On peut éventuellement le rapprocher du radical *ñuur-* « idée de “grondement ou de grognement sourd (celui du chien par exemple)” » (G.V. Zoubko, 1980 : 383) qui pourrait renvoyer au bruit produit par l'activité de *ñuuro* dans l'abdomen.

buuri paraît être issu du radical *buuβ-* « idée de froid humide » (A.I. Sow, 1971 : 141). Le sens de cette racine pourrait être rapproché de l'origine de la maladie qu'on attribue parfois à un contact prolongé avec la fraîcheur humide des zones marécageuses. Cependant, *buuri* est aussi attribué au contact prolongé avec la chaleur du soleil...

E. K. Tall (1984 : 229) considère que la fraîcheur comprise dans le terme *buuβri* (utilisé dans la vallée du fleuve Sénégal pour désigner des manifestations génito-urinaires) cache « par un effet d'inversion un excès de chaleur » évoqué dans la description de la morbidité. Une idée de chaleur est effectivement présente dans certains discours sur *buuri* à Timba : on parle de la chaleur (*nguleendi*) de *buuri* par exemple au sujet de l'échauffement de la plante des pieds ou lors de la contamination sexuelle, on emploie le verbal *surta*¹ (se dégager comme par évaporation) pour évoquer son activité interne. Bien qu'il soit indéniable que *buuri* soit parfois associé à une notion de chaleur, il paraît cependant hasardeux – tout au moins en ce qui concerne notre corpus – de pouvoir affirmer qu'il y a une relation entre une idée de chaleur de la maladie et une idée de fraîcheur évoquée par le radical ou par une origine possible de la maladie. On ne saurait appréhender ces deux notions comme des valences symboliques² qui seraient en quelque sorte – pour reprendre les termes

1. *Surta* est un terme particulièrement utilisé dans le contexte de la cuisine à la vapeur de la farine de céréale (*lacciri*).

2. Des observations antérieures auraient pu éventuellement alimenter cette réflexion, cependant les plus anciennes datent de 1913 et proviennent de l'article de Arensdorf, elles sont succinctes et correspondent *a priori* à celles-ci.

de F. Héritier (1993 : 123) – des « ordres de grammaire » ouvrant à la lecture des représentations de cette maladie.

Causalité et apparition de la morbidité

Interprétation magico-religieuse

buuri, *ñuuro* et *bullal* sont dites « parties de chez Dieu » (*ko ka Alla iwri*), « relevant de Dieu » (*ko immorde¹ Alla*). Cependant il s'agit d'un discours général, que je qualifierais d'« extra-conjoncturel ». En effet, dans certaines situations, il peut arriver que le diagnostic divinatoire s'attache à une interprétation persécutive.

A.D. consulte Thierno Sâdou Diallo car il souffre d'importants maux de dos qui sont apparus au début de la période de culture :

« Je suis venu chez vous (parce que) je veux que vous examiniez (la situation) pour moi. Je ne sais pas si c'est *buuri* ou ce que c'est. Car il ne faut pas qu'on dise que c'est *buuri*, s'il s'est trouvé que c'est quelque chose d'autre. »

Après avoir lancé ses cauris, Thierno Sâdou Diallo répond :

« Il ne faut pas prendre cela à la légère. Il y a du *buuri* mais c'est mélangé (*no jilli*) Le *buuri* est un *buuri* de mains². Tu vas voir ! Tu minimises les gens avec qui tu es jusqu'à ce qu'ils soient irrités. Si on a trouvé que tu es fort, que les gens t'aiment, cela ne plaît pas à certains ».

La question est de savoir de quel type de maladie il s'agit, la réponse concerne l'existence d'une inimitié aboutissant à une attaque magique. On ne saurait dire si c'est cette dernière qui est la cause première de la morbidité (c'est un *buuri* de mains) ou si elle « s'ajoute » à une maladie déjà présente (c'est mélangé avec *buuri*)³. Dans tous les cas, *buuri*, *ñuuro*

1. *Immorde* est un nominal issu du radical *imm-* /se lever/ suivi d'un dérivatif instrumental indiquant le moyen (-or) et du morphème de classe -de (*immorde nde*), il renvoie à l'idée de « se lever au moyen de ».

2. Une maladie de « mains » signifie qu'elle est provoquée par une main d'homme, à savoir qu'un adversaire a pratiqué une opération magique visant à nuire à l'intéressé.

3. Cette idée qu'une maladie « simple » soit « mélangée » avec une cause surnaturelle est fréquente au sein des énoncés divinatoires. Ceci ne semble pas spécifique à Timba : P. Roulon signale que chez les Gbaya bodoè les sorciers et les ancêtres « peuvent s'immiscer dans pratiquement toutes les maladies » (1985 : 97).

et *bullal* ne peuvent être considérés *a priori* comme ressortissant d'une causalité magico-religieuse. Et c'est pourquoi on peut aussi imaginer que dans ce cas de figure-ci l'effet de l'agression magique aurait pu être une autre maladie, un accident, ou tout autre revers de fortune.

Une existence potentielle

Les discours sur l'origine de *buuri*, *ñuuro* et *bullal* font apparaître leur caractère inné – on dit qu'on naît avec *ñuuro* – et leur consubstantialité à l'organisme – *buuri* et *bullal* sont engendrés par la transformation de l'eau et du sang qui se trouvent dans le corps. On évoque aussi le fait qu'ils existent dans tout individu – chacun a un *ñuuro* dans le ventre – et au travers des générations – *buuri* et *bullal* sont des « maladies trouvées »¹. Cette espèce d'existence potentielle est sans doute à relier au fait qu'on dise qu'on peut calmer ces maladies mais qu'on ne peut pas les soigner définitivement ou qu'elles apparaissent pendant un temps puis qu'elles disparaissent (*nanga-butta* /attraper-se calmer/).

Toutefois, cette conception est contredite lors de l'évocation de la contagiosité de *buuri tonke*. Celle-ci provient sans doute de l'intégration des messages sanitaires sur les maladies sexuellement transmissibles.

buuri, *ñuuro* et *bullal* apparaissent parfois se trouver à la frontière du normal et du pathologique. Certaines manifestations causées par leur activation ne sont pas pensées dans une perspective de morbidité dans le plein sens du terme. Il s'agit par exemple des borborygmes, de l'échauffement de la plante des pieds, de l'apparition de petits boutons, du fait que les oreilles se bouchent temporairement lorsque l'on gravit une montagne...

C'est ainsi que les discours sur *buuri*, *ñuuro* et *bullal* manifestent une dialectique constante entre leur innéité, leur consubstantialité à l'organisme, et leur potentialité pathogène.

On peut aussi considérer *buuri*, *ñuuro* ou *bullal* comme des maladies causées par la transformation des humeurs du corps.

1. Une maladie trouvée (*nyawu tawii-tawijo*) est une maladie qu'on « trouve » à sa naissance, léguée par les ascendants. Cette même idée est comprise dans le lexème composé *fina-tawa* / se réveiller (naître) – trouver /, qui s'applique à ce qui est transmis entre les générations et qui peut être traduit par coutume ou tradition.

Pathogenèse et causes d'activation

Certains des facteurs favorisant l'apparition de la morbidité participent d'une logique de l'excès. On parle de l'ingestion d'aliments trop forts ou trop amers, d'abondance de l'entité pathologique à l'intérieur de l'organisme, d'une activité prolongée au contact de la fraîcheur humide ou de la chaleur du soleil... On évoque aussi une idée de durée, une présence prolongée (*neeβa, faββa* /passer du temps, séjourner/) des entités pathologiques à l'intérieur du corps préalable à la manifestation de la maladie.

La spécificité des représentations de *βuuri*, *ñuuro* et *βullal* concerne le fait qu'elles intègrent une vision « physiologique », les discours les concernant s'attachent à l'évocation de la pathogenèse. Celle-ci s'opère par la transformation des qualités physiques des humeurs du corps. Des substances du corps acquièrent le statut d'entités pathologiques lorsque leur apparence, leur consistance, leur sécrétion, leurs voies d'élimination, leur quantité ne sont pas habituelles. En outre, le mélange de l'une et de l'autre – le sang et l'eau – constitue une nouvelle substance qui, elle, est intrinsèquement pathologique, il s'agit du « pus ».

La maladie peut être activée de manière interne ou par un facteur d'origine exogène. Dans le premier cas, seule l'entité pathologique est évoquée, elle est l'unique agent causal : sa présence, son abondance, son activité, son déplacement, provoquent la morbidité. Dans le second, elle n'apparaît qu'au niveau du second maillon de la chaîne causale : la fraîcheur humide, l'aliment ingéré, le poids d'une lourde charge sur la tête « font remuer » (*memmina*) *βuuri* ou *βullal* à l'intérieur du corps et le rendent alors malade.

Extériorisation et déplacement infra-organique

L'extériorisation anormale d'humeurs corporelles est un signe de maladie :

- « Comment la maladie t'a attrapé ? »
- « La manière dont la maladie m'a attrapé, c'est quand je vais derrière la

case (uriner), les urines sortent (avec) du sang ; c'est par cela que j'ai su que je suis avec *βuuri* » (Boubacar Diallo, Timba).

Dans une logique de déplacement, l'apparition de la morbidité est associée au comportement de l'entité pathologique (qu'elle soit décrite comme étant une substance ou désignée par les termes *βuuri*, *ñuuro* ou *βullal*).

Tantôt c'est sa concentration en un endroit qui provoque des effets morbides :

« Si le "pus" se rassemble dans la dent, ça devient un abcès » (Thierno Hawa Diallo, Safâhoun).

Tantôt c'est son mouvement qui cause la douleur :

« Le "rongement du ventre" (douleurs post-partum, tranchées utérines), c'est le *ñuuro* qui revient en place » (Kadidiatou Diallo, Safâhoun).

Tantôt c'est sa stase (*waaloo /se coucher/, jooṃoo /s'asseoir/*) qui fait apparaître la douleur :

« Si le *βuuri* s'est levé pour chercher où rester, s'il est venu dans le dos, s'il y stagne, alors le dos me fait mal » (Amadou Diallo, Safâhoun).

Le traitement

La piqûre de *pensilin* (pénicilline) est un traitement très valorisé en ce qui concerne les douleurs des membres, des articulations et de la région maxillaire comme pour les troubles de la miction associés à l'émission de « pus » ou de sang. Le plus souvent, l'ampoule est achetée chez un commerçant.

En dehors du goitre et de la hernie dont on dit qu'ils peuvent être « opérés » à l'hôpital, le traitement de *βuuri*, *ñuuro* et *βullal* est le plus souvent de l'ordre d'une médecine familiale. Certains végétaux rares à Timba peuvent être achetés au marché ou chez un connaisseur.

La fumigation est utilisée pour « faire rentrer » le *hayaare* (hernie,

hydrocèle...). Les manifestations abdominales, les douleurs des membres et des articulations sont traitées par l'ingestion d'un décocté qui provoque une diarrhée entraînant la maladie avec elle (*o dogay ßuuri ndin* : il défèque *ßuuri* en diarrhée). Les abcès sont percés au moyen d'un fer rougi au feu. Quant aux douleurs des maxillaires, des oreilles et de la tête, elles sont soignées par un lavage au moyen d'un décocté accompagné d'un massage du cuir chevelu. Ce traitement, comme les inhalations de la bouche dans le cas de maux de dents, consiste à faire sortir le « pus ».

Les discours sur les effets du traitement oscillent entre l'élimination ou l'extraction totale¹, la diminution quantitative², la dispersion de l'entité pathologique³ concentrée en un endroit, et le fait de lui faire réintégrer l'intérieur du corps⁴. Cette dernière idée renvoie manifestement à celle de consubstantialité évoquée plus haut.

Des visions du corps interne

L'intérieur du corps est comme un espace sans frontières, un « tout interconnecté » (Durif-Bruckert, 1996 : 27) lorsqu'il est investi par des entités pathologiques mouvantes. Celles-ci transcendent les limites des organes et des tissus : *ñuuro* se déplace de l'utérus à la région lombaire, *ßuuri* du ventre au dos, *ßullal* de la moitié supérieure de la tête à la région maxillaire. Le devant et le derrière sont un tout : abdomen et bas du dos, thorax et haut du dos. Cependant la mobilité des entités pathologiques a ses propres limites qui ne sont pas données physiquement par les éléments qui composent le corps interne, ce sont les zones d'expansion de *ßuuri* et de *ßullal*. Un autre type de partition intervient, il s'établit à partir de la ceinture : abdomen et bas du corps, région épigastrique et haut du corps. Les membres enfin sont partie prenante du reste du corps, les entités pathologiques vont s'y installer, partant de l'abdomen pour *ßuuri* et *ñuuro*, partant de la tête pour *ßullal*.

Lorsque le discours ne concerne pas la circulation d'entités pathologi-

1. *ßoorra* (arracher), *yaltina* (faire sortir), *laaßina* (rendre propre, faire place nette, débarrasser), *wara* (tuer), *opera* (du français opérer : enlever, éliminer, par un acte « chirurgical »).

2. *puyta* (diminuer).

3. *Lancina* (dispenser).

4. *Hoota* (rentrer chez soi, retourner d'où on vient), *naatita* (rentrer à nouveau).

ques, le corps a alors une réalité organique. Les organes internes acquièrent une existence au travers de la perception de la morbidité et de son évocation. Par exemple, *ñuuro* comprime les intestins ou l'utérus, *βuuri* se déverse dans les testicules. Les os, les articulations, les *μαμi* (muscles, tendons, veines...) sont douloureux...

Au terme de cette exploration des multiples modalités sémantiques et représentationnelles de *βuuri*, *ñuuro* et *βullal*, le constat que l'on peut faire est celui de leur absence de constance dans la signification. Par exemple, ici l'interprétation relève d'une « théorie » humorale, là la maladie est nommée et décrite sans référer à une quelconque construction intellectuelle. Ou encore, l'emploi de l'un ou de l'autre terme apparaît lié tantôt à tel critère différentiel, tantôt à tel autre sans que ceci ne paraisse particulièrement justifié. En d'autres termes, disons qu'au travers des significations observées sont apparus divers degrés d'arbitraire. Ceci pose le problème de ce que peut s'autoriser la traduction de ces représentations¹. Toute entreprise de traduction a pour corrolaire la fabrication de « règles de construction » (F. Affergan, 1997 : 108). En l'occurrence, les règles de construction doivent intégrer des principes de non-linéarité, de non-uniformité et de non-étanchéité.

1. Si l'on compare les différentes traductions de *βuuri* et de *ñuuro* relevées chez plusieurs auteurs (cf. annexe) aux données présentées dans cet article, on constate que toutes n'introduisent qu'à un voire deux pans du champ de représentations, mais qu'on n'y a jamais complètement accès.

Annexes

Carte de situation de l'enquête



Définitions de β uuri et de \tilde{n} uuro données par quelques auteurs

M.L. Arensdorf (1913) : Fouta-Djalon

huri : glande lymphatique (: 261)

nhûru : hémorroïdes (: 262)

E. Barry (1992) : Fouta-Djalon

β uuri : maladie interne (: 9)

\tilde{n} uuro : arthrite, hémorroïde sem : *jokkule* (: 58)

A. O. Diallo (1974-1975) : Fouta-Djalon

Bhuuri nhuuro : rhumatisme articulaire

Nhuuro : rhumatisme

A. Epelboin (1983) : Bandé, Sénégal oriental

β uuri : entité sémiologique particulière centrée dans l'abdomen (: 311),

syndrome abdominal spécifique (: 356)

nyuuroore : affection douloureuse mono- ou polyarticulaire (: 359)

A.I. Sow (1971 : 141) : Fouta-Djalon

β uuri ndi, issu du radical verbal *β uu β* - donnant une idée de « froid humide », signifie « rhumatismes » ;

syn. *\tilde{n} uuroore / \tilde{n} uuro (nde)* ; pl. *\tilde{n} uurooje (De)* ; syn. *jokkule (De)* ;

\tilde{n} uuroore (nde), \tilde{n} uurooje (De) : « maladie des articulations, rhumatismes articulaires »

G. Whyte (1993) : Fouta-Djalon

β uuri, ndi, β uuriiji di : maladie vénérienne

\tilde{n} uuroore, nde, \tilde{n} uurooje De : rhumatisme

G. V. Zoubko (1980)

β uuri ndi [-iji] : 1) froid 2) rhumatisme 3) maladie d'estomac (: 97) / aire géographique non précisée

\tilde{n} uuroore nde [-oje] : maladie des articulations (: 383) / Fouta-Djalon

Ouvrages cités

Affergan F., 1997, *La pluralité des mondes. Vers une autre anthropologie*, Paris, Albin Michel, coll. « Idées ».

Arensdorf M.L., 1913, La médecine chez les Peuls du Fouta-Diallon, Paris, *Revue d'ethnographie et de sociologie*, T. 4, n° 5-8.

Barry E., 1992, *Lexique pular, français, anglais*, Labé, Mission protestante.

Diaby M., 1990, *Lexique spécialisé en santé et agriculture, bamanakan-français ; français-bamanankan*, DANAFLA-ACCT.

Diakite D., 1988, *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bélédougou*, Bamako, thèse de doctorat en médecine, École nationale de médecine et de pharmacie.

Diallo A.O., 1975-1976, *Inventaire et étude linguistique du vocabulaire technique de la pharmacopée pratique au Fouta-Djalon*, Kankan, mémoire de fin d'études supérieures, Institut polytechnique Julius-Nyerere.

Durif-Bruckert C., 1994, *Une fabuleuse machine, Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Éditions Métailié.

Epelboin A., 1981-1982, Selles et urines chez les Fulbe bande du Sénégal oriental. Un aspect particulier de l'ethnomédecine, *Cahiers ORSTOM*, série « Sciences humaines », vol. XVIII, n° 4, p. 515-530.

Epelboin A., 1983, *Phytopharmacopée et savoirs médicaux des Fulbés-Bandés et des Nyokholonkés du Sénégal oriental. Essai d'ethnomédecine*, thèse d'ethnologie, 2 volumes.

Héritier F., 1993, Une anthropologie symbolique du corps, in *La science sauvage. Des savoirs populaires aux ethnosciences*, Paris, Seuil, coll. « Points ».

Tall E.K., 1984, *Guérir à Cubalel, Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal*, thèse de doctorat de 3^e cycle, Paris, EHESS.

Roulon P., 1985, Étiologie et dénomination étiologique des maladies gbayà bodoè (Centrafrique), *L'Ethnographie*, n° spécial, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, n° 96-97, 2-3.

Sow A.I., 1971, *Le filon du bonheur éternel*, Paris, Armand Colin, « Classiques africains », 10.

Whyte G., 1993, *Lexique pular-français-anglais*, Conakry, Mission protestante réformée.

Zoubko G.V., 1980, *Dictionnaire peul (fula)-russe-français*, Moscou, « Langue russe ».

F. Le Marcis

Keefi, une maladie peule

Les données présentées ici sont issues d'enquêtes effectuées au Mali en milieu peul¹, durant l'année 1996, dans l'arrondissement de Dialloubé à 60 km au nord de Mopti, dans le delta intérieur du Niger. Cette zone est relativement enclavée puisqu'elle est inondée, et donc inaccessible en voiture, pendant six mois de l'année. On y compte cependant un dispensaire avec un infirmier, et quelques ONG y organisent périodiquement des actions de prévention du paludisme et de planification familiale. C'est dans ce contexte, et à partir d'informations recueillies dans cette zone, que nous allons nous efforcer de définir une entité nosologique peule, le *keefi*. Pour ce faire, nous nous attacherons successivement à décrire les données lexicales, les symptômes, les causes et enfin les soins et la prévention.

Enfin, dans un contexte dynamique marqué entre autres par l'introduction de nouvelles représentations, par des contacts nombreux entre langues (peul, bambara, français) et par une multiplicité de savoirs et de légitimités (formes locales ou nouvelles formes), nous verrons quelles tensions s'exercent, et peuvent modifier les significations associées à *keefi*.

1. Cette recherche effectuée dans le cadre de la préparation d'une thèse en anthropologie a pu être menée grâce à une allocation de l'ORSTOM. Que soient ici remerciés D. Bonnet, anthropologue à l'ORSTOM, pour son aide ; Y. Jaffré, anthropologue à la faculté de médecine de Bamako, et D. Kintz, ethnolinguiste, pour leurs conseils ; ainsi que les habitants de Dialloubé et T. Simbé avec qui j'ai travaillé.

Keef-, la racine déclinée

Keefi est tout d'abord un nom, mais avant de présenter l'expression linguistique de cette entité, il est nécessaire de rappeler une des caractéristique de la langue peule. Le fulfulde est une langue dite à classes nominales dont le nombre varie selon les auteurs de 21 (Sylla, 1993) à 24 (Noye, 1971). Les noms sont donc distribués en ces diverses classes, selon un regroupement sémantique. On rencontre par exemple la classe de l'être humain (classe *o*, pluriel en *βe*), des végétaux (classe *ki*, pluriel en *de*), des liquides (*dam*, dont le pluriel est rarement utilisé). Cette « typologie » n'est pas systématique, il y a des exceptions. Ainsi on rencontre dans la classe *o* les termes empruntés à des langues étrangères comme *mobil o* : l'automobile (donc non humain). Dans la classe *dam*, on rencontre aussi des termes abstraits : *puuydam dam* : la paresse...

L'étude du champ lexical occupé par l'entité est éclairante. Le terme *keefi* est en effet formé à partir de la racine *keef-* ; celle-ci est associée à des classes différentes. On la rencontre dans la classe *dam* ou la classe *ngol*, elle se rencontre aussi au pluriel ou sous une forme adjectivale. Il importe donc de s'interroger sur la signification de ces différentes réalisations linguistiques.

C'est à partir de la racine *keef-* que sont construits les termes désignant l'entité. Dans les entretiens recueillis, on en trouve quatre réalisations différentes.

La première réalisation, qui est aussi la plus fréquente, est *keefi di*. Il s'agit d'une forme au pluriel (*di* est le dénominateur d'une classe de pluriel). Ce pluriel est utilisé dans les entretiens dans un contexte en général non pathologique.

« *Keefi* se trouve entre les poumons et le cœur ».

Dans cet extrait, le terme *keefi* est au pluriel, mais le pronom sujet qui rappelle le *keefi* est au singulier. Le verbe dont *keefi* est sujet est donc au singulier (« est assis »). Le pluriel du *keefi* exprime le caractère indéfini de l'entité. Le verbe employé pour localiser le *keefi* (*joodaade*) est aussi utilisé pour désigner le lieu d'habitation. Il signifie à la fois être assis,

être installé, se trouver. Ainsi, le *keefi* est décrit en partie par rapport à sa localisation dans le corps.

La deuxième réalisation de la racine *keef-* est *keefol ngol*. Il s'agit là d'une réalisation au singulier. Quand cette classe est utilisée, elle souligne une personnification de l'entité. Elle est alors singularisée et comme agissante. L'usage du singulier dans le discours participe de l'expression de son caractère morbide.

« A chaque fois que l'on dit *keefi*, c'est qu'il n'a pas grandi. Si on dit *keefol*, c'est qu'il a grandi ».

Quand *keefi* est singularisé et qu'il devient agissant, il se déplace. Dans d'autres entretiens, on remarque une réalisation de la racine *keef-* avec la classe *dam* (*keefam dam*). C'est dans cette classe que l'on retrouve les termes concernant les liquides. La mobilité de *keefi* est exprimée par son association à la classe des liquides. Celle-ci fournit une information sur la nature même de l'entité. Dans l'extrait d'entretien suivant, on peut observer deux réalisations différentes : de *keefol* au singulier désignant la maladie à *keefam* (classe des liquides) exprimant la mobilité de l'entité.

« La maladie la plus fréquente chez les Peuls en brousse, c'est le *keefol*. Ils boivent du lait, ils ne se soignent pas. Le lait dort dans leur corps jusqu'à dresser le *keefam*. Il prend leur tête. Chez d'autres, le *keefam* se lève dans leur ventre, et ils ont de la fièvre. Le *keefam* prend leur tête ».

L'informateur explique que le lait dort dans l'individu au point qu'il fait se lever le *keefam*. Cette idée d'accumulation de certaines substances dans le corps au point de rendre malade est fréquente. Celles-ci dorment (*daanaade* = dormir) puis se lèvent. Une autre maladie fonctionne sur le même principe. Elle s'appelle *leeβi be'i* (les poils des chèvres). Elle prend les personnes qui boivent toujours du lait de chèvre. Les poils et les excréta qu'on y trouve « s'assoient » dans le ventre et s'assemblent (*ana takkondiri*) pour rendre malade l'individu.

L'utilisation des classes afin d'exprimer le changement d'état de l'entité n'est pas consciente. Car, lorsqu'on demande la différence entre

keefi, *keefol* et *keefam*, la réponse est bien souvent : « C'est la même chose... »¹

Les changements de classe que l'on peut observer dans les discours correspondent à des changements d'état. A chaque état de l'entité correspond une localisation dans le corps. Il devient alors possible de dresser une « grammaire du corps ».

Lorsque *keefi* est pluriel, donc non singularisé comme un principe morbide, il est dans le ventre.

« Le *keefi* est dans le ventre, il entre dans les intestins ».

« Si le *keefi* a pris le cœur, si tu vomis jusqu'à ce que ton corps se transforme, tu trouveras qu'il a laissé le cœur ».

Le *keefi* s'attaque (*nanngude*, litt. prendre ; et par extension : s'attaquer à) au « cœur ». Le terme *βernde nde* se traduit par « cœur » en français du Mali. En fait il désigne aussi bien l'estomac que le cœur. L'utilisation du pluriel correspond à une localisation dans le ventre qui est peu définie. Cela peut être les intestins, le « cœur », le bas-ventre. Quand le *keefi* est surabondant, il se déplace dans le corps.

« Il n'y a pas un endroit où le *keefi* n'aille dans le corps ».

En même temps que se multiplient les localisations, celles-ci gagnent en précision et l'usage du singulier (classe *ngol*) se généralise.

« A chaque fois que l'on dit *keefi*, c'est qu'il n'a pas grandi. Si on dit *keefol*, c'est qu'il a grandi. »

« Quand le *keefi* est dans le corps, il est dans le ventre. Mais le *keefol* peut aller partout. C'est comme s'il allait paître où il voulait dans ton corps. Mais s'il est dans l'homme, c'est dans le ventre. C'est là qu'il est localisé. Mais tu sauras que là où il désire aller, il ira faire paître comme nous mêmes faisons

1. La question du sens des classes en peul n'est pas résolue. On peut parler de classe *dam* des liquides car on y retrouve les termes comme l'eau (*ndiyam dam*), le beurre (*nebbam dam*), le sang (*ÚiiÚam dam*). On trouve aussi des termes pouvant être associés à l'idée de liquide, ou d'écoulement comme la vie (*ngurdam dam*). Cependant, tous les termes se trouvant dans cette classe n'ont pas forcément un rapport avec le liquide ou l'idée d'écoulement (ainsi la cécité *mbumdam dam*).

paître les animaux. C'est ainsi que le *keefol* va faire paître dans le corps. Mais s'il y a un endroit où il arrive, c'est bien dans le ventre. »

« Le *keefi* à lui seul est toutes les maladies. Même la main peut faire mal au point de dire que le *keefi* est dans ta main. »

Le *keefol* se déplace jusque dans la tête, il peut s'attaquer aux yeux et rendre aveugle ou fou. Il provoque des vertiges (*giilol ngol*). Il peut aussi en se plaçant entre les côtes provoquer le *takkere* (les côtes les plus basses de la cage thoracique se collent à celles du dessus). Cette forme de la maladie prend principalement les enfants.

« Le *keefi* s'introduit ainsi en allant dans les côtes, pour devenir le *takke*. Le *takkere*, il n'y a pas de médicaments, sauf enduire du beurre de karité. Ensuite tu tires, cela seulement est son médicament. »

La relation que nous décrivons entre variations de classe ou de nombre, état de l'entité, et localisation n'est pas systématique. Il s'agit de tendances, le dernier extrait d'entretien en est la preuve. Le locuteur parle du déplacement du *keefi* sans utiliser la classe *ngol* mais en conservant la forme plurielle... Une dernière forme est avérée : il s'agit d'une forme adjectivale : *mi keefaado* = j'ai du *keefi* (sous-entendu trop). Si cette forme existe, elle n'est pas aussi courante que celles formées sur *jonte* (*mi jontaaɗo* = je suis fiévreux) ou sur *durma* (*mi durmaaɗo* = je suis enrhumé). Si des règles strictes ne peuvent être dégagées sur le fonctionnement ou sur le « sens des classes », il est cependant possible d'identifier quelques grandes lignes.

Ainsi, à partir des différentes réalisations de la racine *keef-*, nous avons vu une entité dont l'état variait du pluriel indéfini au singulier, du sédentaire au mobile, d'une localisation vague dans le ventre à une localisation plus stricte dans le reste du corps. Voyons à présent les symptômes et les causes qui lui sont liés.

Keefi : symptômes et causes

Rappelons d'abord brièvement quelques représentations largement partagées sur la notion de personne en milieu peul. L'individu *nedɗo o* se compose du corps *terde de* et d'un souffle vital (ou âme) *wonki ki* (parfois

prononcé *yonki ki*) également nommé, sous l'influence de l'islam, *ruhu* (terme d'origine arabe). Ces deux termes semblent aujourd'hui synonymes. On peut supposer qu'avec l'islamisation le champ sémantique de *wonki* a été recouvert par le terme arabe de *ruhu*, sans pour autant le remplacer. Bien évidemment, ces terminologies et conceptions sont diversement appropriées par certains segments de la population. Ainsi, le terme *ruhu* est plus souvent utilisé par les marabouts (enseignants ou imams)¹.

Le corps lui-même est constitué d'os (*gi'e ðe*) dans lesquels se trouve la moelle (*mbuso ngo*). Cette moelle est produite par le sang, lui-même produit par la bonne nourriture (*nguure loßfo*). Un réseau de nerfs et veines (*ðadi ði*) parcourt le corps. Certains transportent le sang, d'autres la chaleur, d'autres encore ne conduisent rien. Le *keefi* s'inscrit dans ce corps d'abord comme un élément constitutif.

« Le *keefi* est là depuis le moment où l'homme est créé, quand la vie est mise en lui alors qu'il est dans le ventre de sa mère. La mère mange et boit, n'est-ce pas ? Ce qu'elle mange, l'enfant à naître le mange aussi. Le *keefi*, son origine, c'est la nourriture ».

C'est donc le régime alimentaire qui est à l'origine de *keefi*. D'abord celui de la mère, puis celui de l'individu.

« Si tu manges, le *keefi* ne quitte pas ton corps. La vache, si elle mange de l'herbe et boit de l'eau tous les jours, tu verras son lait. Si elle ne mange pas et ne boit pas, elle ne donne pas de lait. L'homme et le *keefol* c'est pareil. Si tu continues à manger, le *keefol* reste en toi. Si le *keefol* n'est pas en toi en grande quantité, c'est une chance (*mosola* = facilité, faveur, « chance »). Mais le *keefol* n'est jamais complètement absent de ton corps (litt. : *keefol laabi fey fey fey* = le *keefol* est complètement propre) ».

Une des caractéristiques remarquables de *keefi* est sa couleur et le fait qu'on le vomit. Les différents symptômes qui apparaissent sont en partie

1. Certains termes d'origine arabe largement diffusés constituent une marque du savoir coranique. Le terme *kabaaru* (l'affaire, la nouvelle), qui existe sous une forme « fulanisée », est fréquemment prononcé par les marabouts sous sa forme arabe. Cela est vrai aussi pour les lettrés musulmans qui passent à la télévision malienne dans l'émission « Rencontre avec les oulémas » : leurs discours en bambara sont ponctués de termes arabes, qui existent pourtant sous une forme « bambaraisée ».

fonction des « promenades » (*yiilaaru*) du *keefol* dans le corps. Ces « promenades » constituent autant de localisations.

« Tu vomis (*tuutude* = vomir), ton ventre court. Parfois, si tu n'as pas la diarrhée (litt. : si ton ventre n'a pas couru = *so reedu ma dogaali*), tu ne vomis pas. Ça fait ainsi, le *keefi* ne quitte pas ton corps, tu es fiévreux (*a jontaaɗo*). Ça enfle (*ana Úuufa*), le ventre grandit. C'est cela qui est la plus grande force des maladies des Peuls. Toute son affaire se situe du côté du lait. Ils ne boivent pas de plantes (médicaments) et ne vont pas chez le docteur. C'est le lait seulement qui est leur vie. De plus ils ne boivent pas d'eau propre. Là où certains se lavent, ils boivent ».

Si le premier symptôme de l'abondance de *keefi* est le vomissement (*tuure nde*), il existe d'autres signes de *keefi*. Ils indiquent un déséquilibre corporel mais ne constituent pas une maladie à part entière dans les catégories émiqes locales.

« Si le *keefi* est en toi, les aliments ne te sont pas doux. Si tu manges, cela ne t'est pas agréable ».

« Le *keefi* se trouve seulement dans la sauce. Si quelqu'un en mange, le *keefi* vient sur lui. Si tu ne bois pas de médicaments, ta poitrine te fait mal ainsi. Plus rien ne t'est agréable. Cela provoque même le rhume. Même si tu es face à un aliment, tu ne peux pas manger. Ton cœur est complètement fermé (tu n'as pas d'appétit) ».

Le *keefi* n'est défini comme maladie que s'il est surabondant. Cet excès est à l'origine du déplacement du *keefol*, qui se manifeste par l'apparition de symptômes multiples et localisés : des maux de tête, des vertiges, la cécité, voire la folie (quand la tête est prise). Sur le reste du corps des boutons pleins de pus (*puuÚe mbordiije* = boutons suintants du pus) peuvent être interprétés comme la « sortie » du *keefi*.

A travers les situations d'excès et de rupture causant la maladie, on peut lire en creux les normes de conduites idéales valorisées par cette société. Ainsi, les discours sur les causes du *keefi* reposent sur un paradigme de la « douceur », de ce qui est doux (*ko weli*), qui est frais, neuf (*ko heccidi*). Ils s'organisent à partir de deux pôles : le régime alimentaire et le style de vie. Ce guérisseur *dimaajo* (d'origine servile) cite l'alimen-

tation comme cause de *keefi*, et tout en restant dans le paradigme de la douceur-fraîcheur, il cite le « non-travail », la paresse (*puuydam dam*).

« Ce qui cause le *keefi* ? Et bien tu as peu de travail et tu ne vas pas sous le soleil. Tu ne fais que boire du lait fraîchement trait (*kosam biraadam dam* = lait venant d'être trait). Tu ne manges que du poisson frais (*liðdi kecci*). Tu ne manges que ce qui te plaît. C'est cela tes aliments. Ce qui ne plaît pas au bout de ta langue tu ne le bois pas. Ainsi tu manges ou tu parles jusqu'au moment où « ton cœur se lève » (*bernde ma nde immo*), alors tu vas vomir. On dit alors : celui-ci, le *keefi* l'a pris. Si le *keefi* est mûr en lui, cela prend son anus (*foomre nde* = le tronc, sous-entendu l'anus), ça diminue la force de ses urines (*kibbe de* = les urines). Parfois, à ma connaissance, cela diminue aussi la vision de ses yeux (*giile gite de* = les visions des yeux). Si le *keefi* est trop important en quelqu'un, s'il n'a pas eu le médicament qui en vient à bout, si on dit que quelqu'un est devenu fou, il faut l'emmener se soigner. Tout commence ici avec le *keefi* ».

La paresse (*puuydam dam*) n'est pas valorisée dans ce milieu principalement agricole où seule la maladie autorise l'inactivité. Ainsi, à propos d'une autre maladie (le *kooko*)¹, dans un contexte de migration, l'origine du mal est imputée à une station prolongée à l'ombre et à la non-activité. Pour qui est en Côte-d'Ivoire afin de travailler et ramener de l'argent, et qui ne cherche que le repos (*sultere nde*) sans l'avoir mérité par son travail, être atteint de *keefi* apparaît comme la sanction d'un comportement socialement proscrit.

Un autre comportement semble stigmatisé à travers le discours sur les causes de *keefi*, c'est le fait de ne pas boire de médicaments (*lekki ki*). Sont critiqués ceux qui ne consomment que ce qui leur plaît, sans équilibrer par des plantes amères les douceurs qu'ils avalent. Il faut gérer un équilibre du corps, qui se décline de différentes façons.

Keefi, et ses préventions

« Le *keefi*, exactement, c'est la non-habitude de boire des médicaments. C'est cela le sens de *keefi*. De plus c'est aussi le fait de ne manger que ce qui est doux, comme le sucre. »

1. Voir au sujet de *kooko* l'article de C. Alfieri dans ce même ouvrage.

On a vu que *keefi* était plutôt un état pathologique constituant un terrain favorable au développement d'autres maladies. Ainsi non seulement on évoque les soins de *keefi*, mais aussi sa prévention. Il s'agit d'équilibrer sa présence dans le corps en jouant avec les contraires. On oppose à *keefi*, qui est frais, humide et sucré, le chaud, le sec et l'amer. On n'élimine pas *keefi*, on diminue sa force.

« Si on dit que les *keefi* sont en toi, ils sont en toi. Tu te soignes et ils diminuent. Tu bois ce qui est amer et tu les vomis. Tu bois ce qui est amer (*haadi*), ton ventre coule, les *keefi* diminuent. Mais le *keefi* ne disparaît jamais complètement. Le *keefi* c'est l'aliment que tu manges, cela est le *keefi* ».

Différentes plantes sont citées pour leur amertume comme médicament du *keefi*. Parfois un amalgame est fait entre *keefi* et sa maladie associée, *kaliya* (cf. *infra*). Ainsi, une vieille femme *dimaajo* parle de « tuer » *keefi* avec les plantes. Elle tue *keefi* et *kaliya* avec les mêmes plantes.

« On dit qu'il faut faire boire de l'amer. Tu as cuisiné du *kooli*¹, tu en as bu, ou bien tu as cuisiné du *nguroowe*², tu en as bu. Ou bien encore tu imbibes le *mbelki*³ dans de l'eau et tu bois. Ça tue le *keefi*. La feuille de *njaami*⁴, ils disent que cela tue le *keefi* si on la fait cuire ».

Le discours préventif autour de *keefi* est donc construit à partir de quelques constantes. Il s'agit notamment de maintenir un certain équilibre dans le rapport « douceur-amertume », tant du point de vue de l'alimentation que de l'activité corporelle (repos-travail).

« On mange ce qui est doux, On ne travaille pas au soleil. On ne mange pas de médicaments ou bien il n'y en a pas. Tu ne cuisines pas de plantes comme la feuille de *kooli*, celle de *takki*⁵, de *mbelki*, tu les trempe dans de l'eau et tu bois. Alors ce dont tu es sûr c'est que c'est amer seulement. Alors

1. *Mitragyna inermis*.

2. Plante non identifiée.

3. *Cailcédrat*.

4. *Tamarindus indica*.

5. Arbuste dont les feuilles sont utilisées comme médicament. Non identifié.

cela enlève le goût du doux (*ndakam ko weli*) qui est dans ta bouche. Ça enlève la saveur (*ndakam dam* = la saveur, la douceur) qui est dans ton cœur.

Des pratiques analogues ont été observées sur le plateau dogon. Voici ce que l'on peut lire à propos d'une plante qui soigne *keefi*, ici nommée en dogon (Keïta et Coppo, 1993 : 130) :

« *Nyama ku* (d, Zingiber officinale). Soigne *kefi* (fulfulde, catégorie nosologique locale) et les maux de ventre. Certains vieux gardent la poudre qu'ils mettent dans tout ce qu'ils boivent pour ne pas avoir *kefi*. Traitement : on le pile et on le met dans la bouillie, dans la crème ou dans le café. Un petit morceau suffit. Même dose pour adultes et enfants. Coût : le tas 50 F CFA ».

Ces pratiques de prévention ne se limitent pas aux produits localement disponibles. Elles intègrent, en fonction de l'amertume reconnue du produit, des médicaments du Blanc (comme la nivaquine...). Ces variantes sont fonction de l'expérience de vie et du statut de l'individu (Peul sédentaire, nomade, ayant migré ou non, etc.). Elles constituent un des aspects de la dynamique de *keefi*.

La dynamique de *keefi*

Le contenu sémantique de ces entités populaires n'est pas figé. Différentes forces les modifient et cette dynamique est observable aussi bien dans les discours, par l'observation d'une multiplicité de savoirs, que dans les rapports entre langues, avec la coexistence du peul, du bambara et du français. La dynamique de *keefi*, c'est aussi son usage dans la production de légitimités locales.

Keefi est fréquemment présenté en association avec d'autres pathologies. La nature de leurs relations oscille entre un rapport de causalité et un rapport d'identité.

Lorsqu'il s'agit de causalité, les deux entités sont distinctes et la première conditionne l'apparition de la seconde

« Quand le *keefi* est abondant, le *kaliya* sera abondant. Si le *keefi* est en profusion dans ton corps, toutes les maladies apparaîtront en toi. Chez nous,

nécessairement le *keefi* prolifère en nous. Car ce que nous mangeons c'est du « *keefi* simple ».

Dans ce cas, les deux entités sont clairement identifiées et différenciées. Mais ce n'est pas toujours le cas. Parfois les entités se confondent. En témoigne l'extrait suivant où *keefi* « grandit » seulement pour « devenir » *kaliya*.¹ On peut alors parler d'un rapport d'identité entre les deux pathologies.

« Les *keefi* sont le *kaliya*. Le *keefi* se développe, il devient *kaliya* ».

« Le *keefi*, lui, grandit en toi pour devenir *kaliya* ».

Kaliya n'est pas la seule entité à être associée à *keefi* et d'autres relations peuvent être établies. *Sayi*² aussi connaît cette mise en relation. On rencontre une nouvelle fois un rapport de causalité et d'identité.

Dans le rapport de causalité, *keefi* est présenté comme produisant *sayi* : il est sa « mère » (*yaaya sayi* = la mère de *sayi*), ou son « origine » (*asulo o* = l'origine).

« Nous, nous disons *sayi*. Si le *keefi* s'est développé en toi, nous disons que le *keefi* est la mère du *sayi*. Si le *keefi* est abondant en toi, tes yeux jaunissent, ta peau et tes ongles jaunissent. Quand cela a pris quelqu'un, nous appelons cela *sayi*. Les yeux, les globes des yeux jaunissent ainsi que les ongles, alors à la fin ton sang meurt. Si tu obtiens un médicament le mal disparaît ».

« C'est le *keefam* qui est à l'origine du *sayi*. Ce qui fait le plus le *sayi* à quelqu'un c'est le fait de boire du thé, de croquer des arachides. Ton ventre ne court pas, tu ne vomis pas. Pendant deux mois tu suis cela, même si tu n'as pas su toi-même, si la maladie a pris, quelqu'un peut remarquer que tu es malade. Tu ne le sais pas toi-même. Mais tu verras que tes urines sont jaunes comme du *tuppay* (antibiotique de couleur jaune vendu en brousse, provenant du Nigéria). Si ça dure, tu verras que tes yeux sont jaunes. Si cela prolifère en toi, cela est *sayi* ».

Dans le cadre du rapport d'identité, *keefi* et *sayi* sont synonymes.

« Le *keefol*, c'est ce que l'on appelle le *sayi*. Le *sayi* c'est une maladie qu'on attrape au clair de lune, si tu te couches dehors. C'est une maladie

1. Voir au sujet de *kaliya* l'article de F. Ouattara *infra*.

2. Voir au sujet de *sayi* l'article de Y. Jaffré *infra*.

promeneuse. Si tu te couches dehors, elle descend sur toi et tes yeux jaunissent. Bon, si tu manges du poisson, si tu bois du lait, ou si tu te couches dehors, le *sayi* entre en toi ».

Ces associations constatées entre plusieurs entités nosologiques, comme l'existence de nombreuses variantes, témoignent de représentations dynamiques et ouvertes.

On a vu que le *keefi* change d'état et qu'à chaque classe correspond un état différent. Le champ sémantique de ces « formes déclinées » de *keefi* (à savoir *keefol* et *keefam*), dans une situation de contacts entre langues, se modifie au profit d'autres termes plus nettement circonscrits, issus non du lexique peul proprement dit mais du lexique bambara de la santé. Ces termes ne sont pas diffusés de façon égale dans la société peule : *sayi*, par exemple, est plus souvent désigné par les vieux sous le nom peul de *oolol* (jaune).

Ainsi le *keefi* est une entité perméable au flux des nouvelles logiques interprétatives et curatives qui traversent la société peule actuelle. S'intéresser aux vecteurs de ces flux doit nous permettre d'identifier la multiplicité des savoirs. Les représentations de *keefi* sont entre autres liées aux aléas biographiques de l'individu (statut initial, migrations, maladies...) et à sa capacité à mobiliser son expérience en vue de produire du discours. Ainsi le texte qui suit est extrait d'un entretien avec l'imam peul d'un petit village, relativement jeune, qui voyage assez souvent à Mopti. Les thèmes qu'il aborde dépassent le cadre du savoir « peul » de la maladie. Le savoir des « Blancs » est présenté (pilules de l'infirmier, opérations chirurgicales) en parallèle du savoir des « Noirs ».

« Le *kaliya* est dans le ventre, il se met en boule. Nous appelons cela des vers (*jalβi ði*). C'est ainsi que nous disons. Les infirmiers nous donnent des médicaments (*lekki ki*), tu les avales et des vers sortent. Les Noirs aussi cueillent des plantes (*leððe ðe*), ils en font des médicaments qu'ils boivent. Les vers sortent et on les voit aller en rampant, ils s'enroulent. C'est cela les vers. Cela fait mal au ventre, cela démange (*ana fiaña* = ça démange) en avançant dans le ventre. Le *kaliya* s'installe dans le corps au point que tu ne peux plus avancer. Certains se font opérer (*ana ngada opere*). Ça prend tes nerfs (*ðadi ði*), ça fait mal au ventre au point de nous tuer [...]. Le *kaliya* si tu es rassasié tu ne le vois pas, mais il reste. Si tu as faim, il se lève et se déplace en toi. Il pénètre dans ton corps et dans toutes tes côtes. Il t'empêche

de respirer. On dit qu'on a mal aux côtes, qu'on ne peut pas respirer. On fait tout, on se soigne, alors que lui s'est introduit dedans. Si tu es rassasié, il descend. Si tu as eu son médicament, tu bois cela, il sort complètement. C'est cela que je sais du *kaliya* ».

On distingue plusieurs influences dans ce discours. On retrouve le thème développé à partir de *keefi* d'une entité toujours présente dans le corps. Dans le même temps, l'influence biomédicale se fait sentir : le locuteur, tout en utilisant le terme *kaliya* (dont l'usage est pourtant bien avéré), estime nécessaire de le traduire en fulfulde, il parle alors des vers (*jalbi di*). Parallèlement, le sens même de *kaliya* a sans doute subi un « durcissement » à travers l'usage qu'en ont fait les infirmiers : ils l'utilisent pour désigner le ténia.

Ce « durcissement » et cette simplification des représentations populaires par les personnels de santé sont observables pour d'autres pathologies. Dans certains dispensaires du Delta du Niger, des infirmiers natifs de la région (donc parfaitement fulaphones) utilisent avec des malades ne comprenant que le peul des termes bambara. Par exemple un malade venant à cause d'une faiblesse générale qu'il attribue lui même au *buuβal* (à la « fraîcheur ») s'entend répondre par un infirmier peul qu'il s'agit de *sumaya*. Le terme bambara *sumaya* signifie aussi fraîcheur et en même temps désigne un état pathologique fébrile, mais dans le contexte du dispensaire, il désigne strictement une crise de paludisme. Crise que l'infirmier appellera aussi en peul *jonte de*, terme qui désigne une fièvre simple.

Dans ces rapports entre langues, les termes se croisent, s'échangent, concourant parfois au durcissement des représentations. S'il y a durcissement, il n'y a pas pour autant de logique de fermeture, ou d'exclusion. Il s'agit d'un système ouvert de représentations. Il y a intercompréhension entre groupes sociaux autour d'images récurrentes. On peut dire par exemple que les images récurrentes de *keefi*, ou son noyau dur, sont sa couleur jaune, sa faculté de déplacement, sa présence immuable dans le ventre, et le rapport qu'il entretient avec la douceur. Autour de ce noyau, la nébuleuse des représentations de *keefi* est faite de discours plus variables sur les aliments qui le provoquent (riz, lait, thé...), sur les endroits où il se rend dans le corps (tête, os...), sur les maladies qu'il entraîne (*sayi*,

kaliya, folie, vertiges...). Ces variations renvoient en partie aux inscriptions statutaires et aux parcours individuels.

Mais l'emploi de termes d'origine étrangère et le développement de variantes originales sont aussi des outils dans des processus de légitimation. Le statut de l'infirmier est lié à sa connaissance de l'urbain, donc du français et du bambara. Ainsi, avant même les soins, un diagnostic énoncé en bambara est légitimant. La même observation peut être faite à propos des discours de migrants rentrant soit de Bamako, soit de Côte-d'Ivoire. L'extrait présenté ci-dessous est à ce titre significatif. Il s'agit d'un entretien avec une vieille femme *badiya* (groupe nomade), l'entretien se déroule dans un campement. Le fils de la vieille femme est présent pendant l'entretien. Il est venu de Bamako pour rendre visite à ses parents. La discussion porte sur *sayi*, la vieille femme ne connaît pas ce nom de maladie :

La vieille femme : « Le *sayi*, n'est-ce pas le *keefol* ? Nous, nous appelons cela le *keefol*. Le *sayi* c'est ce qui prend quelqu'un très rapidement et qui le tue. N'est-ce pas ? »

Le fils : « Ce n'est pas cela. Le *sayi* c'est du *keefi* seulement. Ça te prend seulement et ton corps jaunit. Tes yeux jaunissent et cela t'ennuie. Cela, nous nous disons que son origine c'est le *keefi* ».

Le fils de la vieille femme, valorisant sa qualité d'urbain, intervient durant tout l'entretien en donnant la version « bamakoïse » de la maladie. Il s'impose comme la référence du savoir valorisé et introduit des termes bambara teintés d'influences biomédicales...

Les représentations de *keefi* varient aussi de manière endogène : du discours du « simple malade » relatant son expérience de la maladie au marabout ayant un discours construit, en passant par le discours d'une vieille femme spécialisée dans les soins de *keefi* ou par celui d'un chasseur-guérisseur...

L'opération de traduction n'est pas neutre. Le strict usage du dictionnaire et l'utilisation de catégories émiques sorties de leurs contextes d'énonciation risquent de réduire et figer les champs sémantiques. Un bref aperçu des diverses traductions de *keefi* proposées dans les lexiques ou dictionnaires peul-français le prouve. Ainsi dans le dictionnaire de Zoubko (1996), le *keefi* est traduit par bile ou maladie de la vésicule biliaire. Dans le lexique fulfulde (*maasina*)-anglais-français de Osborn, on trouve palu-

disme comme traduction de *keefol* et bile, maladie de vésicule biliaire, pour *keefi*. Le lexique peul-français de la DNAFLA (Direction de l'alphabétisation) quant à lui donne comme sens au terme *keefi* la bile ou une crise de paludisme accompagnée de vomissements. Enfin dans un document de sensibilisation sur certaines pathologies, produit en fulfulde par une ONG malienne en 1984, *keefi* est réduit à un simple ver, il est alors traduit par ténia. La multiplicité des sens accordés au terme *keefi* exprime à elle seule le caractère multiforme de cette entité et la difficulté de sa traduction. La difficulté consiste à rendre compte de cette dynamique sans « rigidifier » des représentations en constant réaménagement.

Ouvrages cités

- Keita A. et Coppo P. (éd.), 1993, *Plantes et remèdes du plateau dogon*, Bandiagara, CRMT/PSMTM.
- Kintz D. et Toutain B., 1981, Lexique commenté peul-latin des flores de Haute-Volta, *Études botaniques*, n° 10, IEMVT.
- Noye D., 1971, *L'acquisition de la langue par les jeunes Peuls du Diamaré (Nord-Cameroun)*, Paris, Librairie orientaliste P. Geuthner.
- Sylla Y., 1993, *Syntaxe peule, contribution à la recherche sur les universaux du langage*, Dakar, Les Nouvelles Editions africaines.

Dictionnaires et lexiques

- Bailleul C., 1996, *Dictionnaire bambara-français*, Bamako.
- Zoubko G., 1996, Dictionnaire peul-français, *Senri Ethnological Reports*, n° 4, Osaka, National Museum of Ethnology.
- Osborn D. W., Dwyer D. J. et Donohoe J. I. Jr., 1993, *Lexique fulfulde (maasina)-anglais-français*, East Lansing, Editions Michigan State University.
- 1993, *Lexique (fulfulde-français)*, Bamako, DNAFLA.
- 1988, *Lexique spécialisé de santé fulfulde-français*, Bamako, DNAFLA.

Document de travail en fulfulde :

- Kawrital dow : Haala cellal yimße e daabaaji, golle kofortiiifu ley geelle*, Mopti, Karbay-Fatooma.

Y. Jaffré

Sayi

Au Mali, en pays bambara, l'entité nosologique *sayi* désigne une maladie concernant les enfants et les adultes des deux sexes. Elle regroupe divers symptômes ayant tous comme caractéristique d'être visibles. *Sayi* n'est pas dissimulé. C'est une maladie qui se montre sur le corps. C'est une pathologie que l'on voit. Mais cependant elle « exprime », à de nombreux égards, une maladie de l'intérieur.

Cette représentation, stable et largement partagée dans le monde mandingue, est, en effet, construite autour de quelques traits et d'un signe cardinal qui est la présence d'une coloration jaune des vomissures, des yeux ou des urines. *Sayi* se révèle donc, avant tout, par la couleur, et le « jaune » est le cœur de cette représentation ou de ce « module » (cf. ci-dessus Olivier de Sardan). D'autres symptômes peuvent cependant être associés à cette caractéristique fondamentale : la constipation (*kòndò bè ja*, litt. le ventre est sec), une sensation de ballonnement abdominal (*a kòndò bè tòn*), une douleur corporelle diffuse, un manque d'appétit pouvant aller jusqu'au dégoût des aliments, et une sensation d'intense fatigue (*farifaga*, litt. le corps tué). Enfin, de manière plus « périphérique », certains évoquent aussi une décoloration de la paume des mains, des éblouissements, des vertiges et la présence de « gonflements », d'œdèmes sur le corps.

L'ensemble de ces caractéristiques suffit à dépeindre cette pathologie ressentie. Cependant diverses précisions sont fréquemment ajoutées à cette description. Elles sont parfois fondées sur une expérience vécue de la maladie et sur l'observation de son propre corps ou de celui d'un proche. Par ailleurs, la complexité des dénominations croît chez les gué-

risseurs spécialisés dans le traitement de cette maladie. Semblablement, ces deux formes d'expériences de la maladie – l'avoir éprouvée ou s'y confronter comme soignant – inscrivent le trouble morbide dans une durée vécue ou observée. Il en résulte des discours plus construits, s'attachant à décrire une évolution et une transformation des symptômes. Alors, identifier la maladie ne correspond plus uniquement à la décrire ponctuellement à un de ses stades, mais aussi à en décliner les diverses formes et à souligner les règles de leurs transformations.

Une première forme de discrimination est fondée sur une opposition globale entre trois couleurs – le noir, le rouge et le blanc¹ – qualifiant le trouble selon sa nature ou son degré d'évolution. Cependant, une plus grande distinction nosographique peut encore être obtenue en croisant ces caractéristiques chromatiques avec une localisation anatomique.

« Le *sayi* "décourage ton corps" (*a b'i fari* "découragé"), après il vient sur tes yeux (*a bè yèlèma i nyè na*). Ils deviennent rouges (*jaba ja*) et ton urine est jaune (*neremugu*). Ça c'est le *sayi* rouge (*sayi bileman*). Mais si le noir t'attrape, c'est très mauvais. Le rouge se transforme (*yelema*) en "noir" (*finman*) ; s'il s'aggrave et devient noir, si tu urines, c'est foncé. Troisièmement ton urine devient blanche comme du lait frais. Tes yeux deviennent très blancs (*i nyèkisew bè jè pass*). Alors si Dieu n'est pas miséricordieux, tu meurs » (Adulte guérisseur et gardien F.).

Pour d'autres, ces qualifications peuvent être réduites à une opposition entre deux couleurs. Ils opposent alors plus simplement des formes « blanches » et « rouges » de la maladie, altérant parallèlement la coloration des yeux et celle des urines.

« Le *sayi* est de deux sortes : rouge, il fait tes yeux jaunes, ton corps gonfle (*i fari bè tòn*), et si tu appuies tes doigts sur ton propre corps, ils laissent des traces. Le blanc fait vraiment blanchir tes yeux (*a b'i nyèkisew jè wula wula*) et la paume de tes mains aussi blanchit » (Vieux guérisseur D.).

1. La langue bambara ne distingue, de manière spécifique, que ces trois couleurs. Les autres teintes sont nommées en référence à des substances. Par exemple, le bleu (*bulaman*) est la couleur de la boule d'indigo, le jaune (*neremuguman*) correspond à la poudre du néré, le vert (*nugujiman*) est comme les feuilles « d'épinard », etc. A ces couleurs correspondent aussi, dans certains contextes, diverses connotations : au noir s'accordent des significations allant du stupide au dangereux, au blanc l'intelligence et l'honnêteté, au rouge le courage et la violence.

« Si tu regardes ton urine et que tu vois qu'elle est rouge, tu dis : "c'est le *sayi* rouge". Si la couleur de tes yeux blanchit, tu dis : "c'est du *sayi* blanc" » (Jeunes réparateurs de mobylettes).

Enfin, moins fréquemment, d'autres types d'oppositions plus triviales – fréquemment rencontrées dans un contexte linguistique urbain – comme celle fondée sur l'utilisation du suffixe augmentatif « *ba* »¹, peuvent être utilisées pour caractériser les modes d'expression de cette pathologie.

« Le "grand" *sayi* fait enfler le corps de la personne (*a bè mògò fari lafa*). Il te donne froid durant l'après-midi. Ça c'est l'arrivée du "grand" *sayi*. Le *sayi* rouge fait rougir les yeux et les urines et donne des courbatures (*a b'i fari bèè don nyòngòn na*, il sépare tout ton corps) » (Guérisseur BKO).

Les modalités de l'évolution et de l'aggravation

Ces terminologies, reposant sur l'observation du corps et de ses « substances », sont utilisées pour décrire l'évolution de l'état de certains malades. L'aggravation est largement interprétée sur le mode d'une transformation (*yelema*). Cette notion désigne tant le « passage » d'une affection à une autre – ainsi la maladie *sumaya* est susceptible de devenir/entraîner *sayi* – qu'une progression et « mutation interne » de la même entité. Globalement la progression du mal correspond à une modification de la forme initiale du trouble. Cependant, qu'il s'agisse d'une limitation cognitive imposée par un lexique ne disposant pas de termes scientifiques, ou de la prégnance de conceptions physiologiques empruntant leurs modèles à l'univers du quotidien, l'évolution de cette pathologie est pensée selon quelques opérations simples : elle peut « durer » (*mèn*), « mûrir » (*kògò*) et se « déplacer » en affectant ainsi diverses sphères corporelles.

« Si le *sayi* blanc mûrit (*kògò*), il devient noir. Il y a beaucoup de *sumaya*, certains se soignent facilement, si tu les soignes, ils guérissent. D'autres se

1. Dans ce cas, la question reste posée de savoir si cette forme correspond à une opposition cognitive réelle, à une moindre maîtrise de la langue par nos interlocuteurs, ou à la pression d'un mode de composition par suffixation de « *ba* » très courant en bambara et notamment dans le lexique de la maladie : *sumaya/sumayaba* (le grand *sumaya*), *banaba* (la grande maladie, la lèpre), etc.

transforment (*yelema*) en *sayi* jaune. S'ils s'aggravent (*n'o juguyera*), ils deviennent jaunes puis noirs » (Vieux guérisseur-chasseur).

Une première définition de l'aggravation est donc construite autour de la conception d'une « maturité » de la maladie. Le terme bambara ici utilisé, *kògò*, s'applique à des phénomènes du monde humain et végétal et signifie : arriver à maturité, devenir physiquement adulte, être fort, ou dans certains contextes, culinaires notamment, devenir consistant. Un second trait sémantique lie cette expression à une notion de « seuil ». Hors une certaine limite, on ne peut plus atteindre le mal ni lutter contre la maladie.

« Si la maladie a mûri (*ni bana kògòra*), le médicament n'est plus assez fort pour elle (*fura tè se a ma*) » (Adulte gardien et guérisseur F.).

Ces ensembles sémantiques sont stabilisés, aussi lorsque quelques notions biomédicales sont utilisées, elles demeurent enchâssées dans ces schémas interprétatifs liés à – et contraints par – l'expérience sensible : même causée par des « microbes », la maladie « s'enfouit », « grossit », « se multiplie ».

« Si tu ne tues pas les microbes (*microbuw*) au bon moment, ils vont grossir (*u bè kumbaya*) et se multiplier (*dòw bè fara fanga kan*, litt. d'autres vont s'ajouter à sa force) » (Fils du guérisseur de D.).

L'interprétation de ces modifications, aggravations et transformations, est englobée dans l'ensemble plus vaste des diverses représentations physiologiques locales. Elle utilise ainsi diverses conceptions, non spécifiques de *sayi*, mais communément admises et servant de grille interprétative pour de multiples troubles. Il en est ainsi de la notion de « sang gâté ».

« La maladie ne s'améliore pas d'elle-même (*bana tè nògòya a yerema*), il faut un médicament, autrement le sang se gâte (*joli bè cèn*) » (Vieux guérisseur D.).

Mais le sang n'est pas que liquide et « qualité », il est aussi mouvement et pulsation. Aussi, à cette première conception fort générale d'une alté-

ration, s'ajoute l'idée d'une dispersion (*jense*) du mal. Ici encore l'appropriation de quelques notions médicales, sans doute glanées lors de campagnes d'information sanitaires, ne modifie pas les modes de raisonnement les plus habituels.

« La maladie est dans le sang (*bana bè joli la*), si elle est dans le sang, elle est dispersée dans le corps (*a bè jense farikolo la*) » (Réparateurs).

« Quel que soit le "groupe sanguin" (en français), de toute manière, la maladie est dans le sang. Si elle entre dans ton sang, elle se disperse dans ton corps. *Sayi* épuise ton sang (*a b'i joli ban*, litt. termine ton sang), *sayi* le transforme en eau (*i joli bè kè salasala ye*), il n'est plus fort (*a tè "fort"*) » (Fils de guérisseur).

Ces divers symptômes et interprétations de *sayi* – chronicité, amaigrissement, épuisement du sang, dispersion dans le corps – mobilisent les mêmes signifiants que ceux qu'utilisent les messages d'éducation pour la santé concernant l'infection par le VIH. De ce fait, certains assimilent cette maladie « endogène » au SIDA « exogène ». Il suffit pour cela que la seconde affection se présente comme l'aggravation de la première.

« Le *sayi*, c'est ce que les Blancs appellent le SIDA. Nous, nous disons le *sayi* mûr (*sayi kògòlen*). Si *sayi* a mûri jusqu'à dépasser les limites (*ni sayi mana kògò ka dama tèmè*), on dit SIDA, et on ne peut plus le soigner. Il transforme le sang (*a bè joli yèlèma*), et "brise le corps" (*a bè fari faga*) ; à ce moment, nous disons SIDA et on ne peut plus le soigner. Le SIDA c'est une maladie, mais dans la plupart des cas, c'est du *sayi* » (Jeunes réparateurs).

Outre une similarité des symptômes, ce qui est commun à *sayi* et au SIDA est la difficulté, voire l'impossibilité, de leur appliquer un traitement. L'inquiétude ressentie et la crainte d'une évolution souvent fatale réunissent ces deux entités.

« Si tu ne te soignes pas, tu maigris et n'as pas envie de manger. Si tu maigris (*n'i fasara*), sans pouvoir te soigner, tu meurs » (Vieux chasseur).

Enfin d'autres liens, plus ténus, comme ceux construits autour de l'origine des malades, sont évoqués, confirmant les quelques hypothèses précédentes et s'appuyant sur diverses interprétations de données épidémiolo-

logiques imputant à quelques pays côtiers, en fonction de la prévalence de l'infection, un rôle dans la transmission du VIH.

« Les malades viennent de Côte-d'Ivoire jusqu'à Bamako » (Vieux guérisseur J.).

Outre ces étiologies « récentes », d'autres sont communément admises et partagées par le plus grand nombre.

Les étiologies

Il est difficile de décrire *sayi* sans faire référence à une autre pathologie ressentie : *sumaya*. Ces deux entités sont, en effet, très fréquemment associées sous la forme d'un enchaînement¹ : la maladie va de *sumaya* à *sayi*. Les modalités de cette mise en relation empruntent au lexique et aux schémas cognitifs précédemment décrits. On retrouve notamment l'idée d'une transformation et d'une aggravation par « mûrissement » de la maladie initiale.

« *Sayi* et *sumaya* sont pareils. Ça commence par *sumaya*, qui "coupe les racines" de la personne sans qu'elle le sache » (Vieux guérisseur J.).

« Le *sumaya* "mûri", c'est le *sayi*. C'est pourquoi quand nous le soignons, nous commençons par le traitement du *sumaya*. *Sayi* est une maladie, mais elle commence avec *sumaya* » (Fils du guérisseur F.).

Outre cette transformation intrinsèque de la maladie, le trouble morbide peut trouver ailleurs ses raisons. L'abus d'aliments sucrés ou de couleur jaune est ainsi, très largement, suspecté.

« Certains fruits donnent le *sayi*, le néré [*Parkia biglobosa*], le maïs et tous les fruits jaunes comme les mangues, à condition que ces aliments ne soient

1. Ces rapports sont aussi signalés par Roger (1993 : 88) : « *Sayi* peut être considéré comme une conséquence du *sumaya* qui dure, que certaines femmes, francophones ou non, appellent "palu chronique". Les femmes en distinguent deux formes, *sayi* blanc, *sayijè*, et *sayi* jaune, nommé indifféremment *sayi*, *sayibilèn*, ou *sayi nereman*. Comme au Bélé Dougou, les symptômes décrits évoquent dans le premier cas (*sayijè*) une anémie sévère, dans les seconds un ictère. Dans notre zone d'enquête cependant, *sayijè* est considéré comme plus grave que *sayi bilen* et peut en constituer une complication. »

pas bien travaillés par l'estomac. On peut s'en rendre compte dans les selles, tu y verras des traces » (Gardien BKO).

« Ça attrape tout le monde, les aliments donnent le *sumaya*, surtout le lait et les choses douces (*fen timimanw*) » (Guérisseur D.).

Cependant, sur ce fond commun des risques, viennent se greffer diverses causalités relevant de composantes individuelles.

« La température donne le *sumaya*, mais aussi les aliments, comme par exemple les mangues ou les bananes. Mais les gens ne sont pas semblables (*mògò tè kelèn ye*). Certains en mangent, ça ne leur fait rien, d'autres mangent un seul fruit et la maladie les prend » (Femme âgée guérisseur).

Sumaya, et donc *sayi* qu'il peut entraîner, sont ainsi des maladies de l'excès de « douceurs ». Ces pathologies – subsumant pour la première de nombreux cas de paludisme – se manifestent pourtant fréquemment durant l'hivernage, période de maigre consommation de fruits. Sans doute est-ce pour ces raisons que certains utilisent la notion « d'attente » de la maladie : « assis » dans le corps, en des lieux profonds et essentiels dans la conception de la personne, *sayi* guette le moment opportun pour se manifester.

« Actuellement c'est l'époque des mangues et du *sumaya*, mais la maladie est assise et attend (*a bè sigi ka makònò*) jusqu'à la pluie. La maladie est dans le corps (*a bè farikolo la*) mais tu ne la sens pas. Si les pluies viennent, elle se lève (*a bè wuli*) » (Deuxième réparateur).

« La maladie *sayi* attrape (*minè*) les gens différemment, mais elle est toute dans la moelle (*a bèè bè sèmè la*) » (Jeune guérisseur).

Enfin, une conception nouvelle, empruntant ses termes à un langage scientifique exprimé en langue française, fait intervenir d'autres notions. Un aide-soignant parle ainsi de « signe ». Il introduit alors, même modestement, un autre paradigme. Selon ses propos, si le *sayi* peut être consécutif à un « palu », il peut aussi être le symptôme d'autres maladies. En fait, malgré son imprécision, cette conception est proche d'une interprétation médicale concevant *sayi* comme un ictère. Il devient alors possible de distinguer ce signe polysémique des étiologies et pathologies qu'il peut évoquer.

« Palu » peut donner le *sayi*, si le « palu » se complique, il peut donner le *sayi* aux gens. Mais *sayi* et palu ne sont pas la même chose. *Sayi* est un signe (*sayi ye* “*signe*” *dò ye*), *sumaya* est une maladie. *Sayi* peut être le signe du “palu”, mais aussi d’autres maladies du foie. *Sayi*, en français, c’est l’ictère » (Aide-soignant).

Si de nouvelles notions comme celles de « microbes » ou de « groupe sanguin » s’inscrivent sans modification dans les matrices interprétatives les plus habituelles, l’introduction d’un concept comme celui de « signe » peut, par contre, modifier peu à peu l’interprétation de la maladie.

Les modes de transmission

Outre que *sayi* peut provenir d’une transformation et d’une aggravation de *sumaya*, il peut aussi être contracté par transmission. Le premier de ces modes de contamination concerne la mère et son enfant.

« Si la maladie est chez la femme enceinte, elle prend l’enfant à la naissance (*n’a jigina, a bè den minè*) » (Présidente des tradithérapeutes).

La seconde manière d’attraper *sayi* concerne divers rapports entre humains, rapports sexuels pour certains, ou très largement l’usage d’ustensiles souillés et le contact avec des « traces » d’urine notamment dans les toilettes, et parfois des déjections animales.

« *Sayi* se trouve dans le sang (*joli*). Quelqu’un qui a du *sayi*, on lui dit de ne pas avoir de rapports sexuels » (Vieux gardien BKO).

« *Sayi* se transmet (*yèlèma*) par l’urine (*sugunè*), les gobelets et les toilettes » (Deuxième réparateur).

« Si un malade a uriné, si tu marches sur sa trace, *sayi* attrape. Si tu bois dans le gobelet qu’il a utilisé, la maladie te prend » (Guérisseur F.).

« *Sayi* attrape les gens, s’il se trouve que tu marches sur une trace d’urine d’âne (*fali sugunè nò na*) » (Vieux frère de K.).

Ces supputations étiologiques, et les préventions idoines qu’elles imposeraient à celui qui voudrait se protéger de la maladie, posent la question de leur réalisation effective. Comment ne pas franchir de traces ?

Comment ne pas échanger les gobelets, etc. ? En fait, les conceptions relatives par ces propos ne correspondent pas à des pratiques réelles de prévention et ne résistent guère à l'observation.

« Si l'urine d'âne pouvait donner le *sayi*, tout le monde l'aurait » (Marabout S).

Bref, la « jaunisse », l'alimentation, l'aggravation, de *sumaya*, et une notion de transmissibilité de la maladie constituent le « noyau dur » de ce module. Les autres interprétations apparaissent comme plus périphériques et instables : sujettes à discussion et désaccords.

Les traitements

Tout au moins dans le discours, ces conceptions évoquent diverses pratiques prophylactiques, et notamment un certain isolement des malades identifiés.

« *Sayi* ne se transmet (*yèlèma*) pas directement aux gens. Mais si un malade a mangé, si toi tu manges ses restes, la maladie se transmet à toi. Si tu bois ses restes, c'est pareil. C'est pour cela qu'il boit seul dans son gobelet et que l'on jette ce qui reste » (Réparateur de mobylettes).

Plus précisément, les traitements de *sayi* relèvent de deux types. Le premier procédé consiste à « purger » la personne atteinte.

« Si tu donnes le médicament, tu provoques une diarrhée (*a kònò bè bòli*). Si le malade a cette diarrhée, il se sent mieux et son état s'améliore (*a bè nògòya*) » (Vieux guérisseur J.).

Si les campagnes d'informations sanitaires insistent sur les risques liés à la diarrhée, ces conceptions populaires envisagent, au contraire, la constipation ou toute stase de matières dans le ventre comme étant potentiellement pathogène. Lutter contre la maladie consiste alors à maintenir un bon transit intestinal et éventuellement à le favoriser.

« Il faut boire de l'eau fraîche lorsque tu te lèves le matin. Cela adoucit, "laxe" ton ventre (*a bè i kònò magaya*). S'il ne fait pas cela, il est constipé (*ja*), son ventre est ballonné (*a bè tòn*) et cela entraîne le *sumaya*. Le "ventre sec" (*kònò ja*) attrape toujours les gens et pour ceux-là le *sumaya* ne peut se terminer » (Réparateurs).

L'autre type de traitement s'appuie sur l'opposition entre les saveurs sucrée et amère. La première étant cause de la maladie (cf. *supra*), la seconde vient la tempérer.

« Le *sumaya* donne le *sayi*. Si une personne prend des médicaments amers (*fura kunnaman*), ça la protège. L'huile aggrave *sayi* (*tulu de bè sayi juguya*) » (Vieux J.).

Soulignons enfin que ces deux interprétations, loin d'être contradictoires, apparaissent comme complémentaires et sont souvent réunies par des pratiques usant de toutes les possibilités curatives offertes par ces conceptions.

« Les choses huileuses aggravent *sayi*, la viande aussi. Ce qui est bon pour les malades ce sont les mets amers. Ils améliorent la santé et laxent le ventre ; alors le malade va mieux. Ceci ne concerne pas uniquement le *sayi*, c'est vrai pour toutes les maladies, si ton ventre est "laxé", la force de la maladie ne "grossit pas" (*a fanga tè bonya*). La constipation provoque beaucoup de maladies » (Guérisseur J.).

Le choix des recours

Ce mode d'interprétation de la maladie sous la forme d'un excès de matières (huile, graisse, mauvais aliments) et d'une rétention dans le ventre (constipation), incite à décrire le traitement comme son envers (purge, vomitif, laxatif). Il s'agit là d'un modèle soustractif¹.

« Si tu peux vomir, c'est comme un œuf. Il faut vomir la racine (*lili*). Il faut tout faire pour enlever le tronc (*ju*), autrement les médicaments ne peuvent que couper les branches (*bolo*). Si le tronc/fondement n'est pas sorti, il se

1. Ces conceptions sont proches de ce que Laplantine nomme le « modèle soustractif », « valorisant l'excrétion, le pet, le rot, l'éternuement dans les conduites corporelles des sociétés traditionnelles de l'Europe » (1986 : 199).

développe et gagne tout le corps. Il forme alors la maladie dont on ne pourra plus se défendre (*bana si don bali*) » (Marabout S.).

Nos interlocuteurs sont unanimes à penser que *sayi* n'est pas une maladie que la biomédecine peut soigner : elle ne peut en atteindre le « fondement » (*ju*).

« Je pense que les docteurs ne peuvent pas soigner cette maladie. Elle est dans la moelle (*sayi bè sèmè kòlò kònò*). Si elle termine dans la moelle, elle sort dans les yeux. Si elle est sortie dans les yeux, ce n'est plus la peine d'aller à l'hôpital ».

Cette position trouve des arguments dans une physiologie populaire attentive à la quantité et à la fluidité du sang et dépréciant le mélange des substances. De ce fait, les préoccupations des populations s'appliquent particulièrement à certaines pratiques thérapeutiques visibles et sujettes à d'immédiates interprétations comme la perfusion.

« Le malade était constipé (*a kònò tun jalen dòn*), il est monté directement à l'hôpital de K. C'est le sérum qui a aggravé ; pour n'importe quelle sorte de *sayi*, si tu fais le sérum, la personne ne s'en sortira pas parce que son sang ne va pas avec le sérum (*u tè nyòngòn ta*, litt. ne se prennent pas ensemble) ».

Cette opinion est communément admise et se retrouve dans les propos de certains personnels travaillant dans des services de santé périphériques, qui réagissent ainsi plus en fonction de conceptions communément partagées que d'un savoir technique souvent insuffisamment compris et peu confirmé par des résultats cliniques.

« Le *sayi* jaune peut être traité très rapidement. Mais d'autres *sayi* sont plus difficiles à soigner. Les gens ne viennent pas se faire soigner au dispensaire, ils se soignent au village, ils disent qu'il n'y a pas de médicament "chez les blancs" (*tubabu fura t'o la*). Le *sayi* peut attraper en toute période, mais il y a plus de cas durant l'hivernage. Le *sayi* ne se transmet pas. Le *sayi* blanc, son traitement est long avec les médicaments des Blancs, alors qu'avec les médicaments bambara (*banmanam fura*), en un ou deux jours, c'est soigné » (Aide-soignant).

Ce choix thérapeutique distingue les deux entités intimement liées que sont *sayi* et *sumaya*. Le premier ne relève que des traitements populaires, alors que le second – sans doute du fait de sa fréquente traduction par le terme de « palu » – peut par contre être pris en charge par la biomédecine. Dans cet exemple, l'efficacité visible du traitement distingue les deux entités et apparaît ainsi comme une des « bases matérielles » de la représentation (cf. *supra* l'article sur « La maladie et ses dispositifs »).

« La personne qui connaît précisément le *sumaya* (*ka sumaya yèrè jònjòn dòn*), c'est le docteur. Si le guérisseur dit qu'il connaît le *sumaya*, il ment. Chacun connaît son propre travail. Si le *sayi* "grossit" (*ni sayi bonyara*) et reste sur toi, si tu ne vas pas rapidement chez le guérisseur, la maladie va te tuer » (Vieux frère de K.).

Sayi : un dispositif spécifique

Sayi correspond à un agencement particulier : à un dispositif spécifique. C'est une maladie visible, évoluant plus au moins rapidement, non douloureuse. Elle est susceptible d'affecter des malades enfants ou adultes. Enfin elle est fréquente. Outre ces caractéristiques globales, il est possible de caractériser plus précisément les représentations de *sayi* en les situant par rapport à deux types de déterminations. *Sayi* se trouve, en effet, à l'intersection de deux séries de contraintes, celles du corps et celles d'un lexique orientant les diverses opérations cognitives permettant de passer d'une observation des symptômes présentés à des hypothèses causales et pronostiqués. Précisons ces deux points.

Le principal signe physique de *sayi* est polysémique. La présence du « jaune » – l'ictère – peut, d'un point de vue biomédical, correspondre à de multiples pathologies ayant des évolutions et des pronostics très divers. Il évoque ainsi, pour l'enfant, un état normal, diverses infections, des déficits spécifiques, etc. ; pour l'adulte, des hépatites, du paludisme, une fièvre jaune, des cancers... La visibilité d'un même symptôme rend uniforme ce qui, dans l'intérieur des corps, se déploie et évolue différemment. Autrement dit, un même terme subsume des histoires naturelles¹ de mala-

1. Nous désignons par cette expression l'ensemble des phases successives du développement d'une maladie en l'absence d'intervention.

dies très diverses : certaines pathologies se résolvent sans traitement comme certaines hépatites, d'autres évoluent lentement comme des parasitoses, d'autres entraînent rapidement la mort comme des cancers du foie. Cette multiplicité des étiopathogénies sous une sémiologie uniforme au début du trouble rend difficile l'identification de la maladie et fait de *sayi* une représentation complexe : si le cœur du module est stabilisé (présence de l'ictère), sa périphérie se ramifie en fonction des multiples évolutions possibles de ce symptôme initial. La multiplicité des qualifications de *sayi* – *jèman*, *bileman*, *finman*, *ba* (blanc, rouge, noir, grand) – s'accorde aux expressions et progressions différentes des divers maux (fatigue, amaigrissement, couleur des urines, constipation, etc.). D'un discours à l'autre, alors que la biomédecine conçoit l'ictère comme un symptôme à déchiffrer et à analyser, les représentations populaires l'interprètent comme l'indice global d'une maladie aux évolutions multiformes.

Cette lecture du corps s'effectue selon une grille lexicale qui, sans strictement limiter ou déterminer une interprétation de la maladie, incite cependant à comprendre le trouble et son évolution selon certains modèles cognitifs. Les représentations populaires de *sayi* sont ainsi globalement construites autour d'oppositions utilisant l'échelle chromatique des couleurs et leurs diverses connotations, ou distinguant des aliments « pathogènes » et des remèdes selon leurs saveurs sucrée ou amère. De même, l'évolution de la maladie est pensée selon une « dynamique » simple usant des mots d'un quotidien rural : elle mûrit (*kògò*), grossit (*bònya*), se lève (*wuli*). D'autres termes se réfèrent à l'observation du corps : elle se disperse par le sang (*jènsèn*), attend dans l'intérieur du corps (*makònd*). Enfin les modes d'aggravation et de traitement s'appuient sur la description du processus de digestion et l'opposition de différents états : la constipation (*kònd ja*, litt. ventre sec), le ballonnement (*kònd bè tòn*) et des pratiques laxatives (*kònd magaya*, litt. ventre adoucir).

Ces termes induisent une certaine conception de l'évolution de la maladie et diverses modalités de traitements. En effet, différemment de la biomédecine, pour ces conceptions populaires une maladie ne dure pas parce qu'elle est grave, elle peut souvent, au contraire, devenir grave parce qu'elle « a duré » dans le corps sans être soignée, elle y a « mûri » et « essaimé ». Cette conception, conduisant des discours à des pratiques curatives, induit, bien sûr, une « urgence ressentie » à se soigner. Cependant le traitement de *sayi* confronte à d'autres difficultés. En effet, une

des spécificités de cette entité consiste en ce que les diverses pathologies biomédicales qu'elle subsume présentent la caractéristique de ne pas correspondre à des traitements simples. Plus encore, certaines évoluent naturellement vers la guérison alors que d'autres ne peuvent, par contre, bénéficier d'aucune thérapeutique efficace. On peut ainsi « guérir » d'une hépatite – *sayi* – chez un guérisseur et mourir d'un cancer – *sayi* – à l'hôpital. Il en résulte, outre une difficulté d'interprétation, une appréciation négative de l'efficacité des services de santé et une certaine stabilité du champ sémantique de la représentation : *sayi* ne correspondant pas à un traitement biomédical simple et directement efficace, il est impossible d'en proposer une traduction univoque dans un langage biomédical. Nulle sanction thérapeutique ne permet de confirmer ou infirmer ces champs d'hypothèses que sont les interprétations profanes. Aucun remède ne pouvant garantir une équivalence entre les termes populaires et scientifiques – « c'était bien cette maladie puisque ce remède justement efficace dans cette situation l'a guéri » –, le trouble reste isolé et ne renvoie qu'à lui-même.

Associant une multiplicité d'évolutions morbides à la difficulté d'une analyse par les effets d'un traitement, *sayi* génère des conceptions profanes complexes. Ces interprétations se construisent en empruntant à l'expérience sensible de la maladie et au lexique restreint du quotidien. Ces deux domaines sémantiques utilisent diverses métaphores décrivant des traces visibles ou ressenties de l'affection, et les représentations ainsi bâties sont stabilisées et largement partagées. Cette homogénéité n'est cependant que celle du sens. En effet, les rapports qu'entretiennent les locuteurs avec leur dire sont fort différenciés. Confrontés aux modèles explicatifs qu'ils nous proposent, les uns ont des doutes (*sega*), supposent (*bisigi*), pensent (*hakili*), savent (*dòn*) ou sont sûrs (*da*). En fait, d'un interlocuteur à l'autre, l'énoncé des mêmes conceptions n'engage pas les mêmes convictions¹. Par exemple, pour les uns, mûrir (*kògò*) désigne le processus physique où le mal trouve son origine alors que pour d'autres il ne s'agit que d'une métaphore essayant de rendre compte de ce que l'on ressent confusément sans pouvoir l'interpréter précisément. De même, pour certains, dire que la « maladie finit le sang » (*ka joli ban*)

1. C'est retrouver modestement, ici dans le domaine cognitif, les difficultés rencontrées dans la définition de la croyance. Sur ces questions cf. Pouillon (1979) et Veyne (1983).

signifie que l'entité morbide « boit le sang » (*a b'a min*) alors que, pour d'autres, cette expression signifie simplement que, le malade ne s'alimentant plus, son sang perd ses « vitamines ». Bref, pour certains, l'expression métaphorique, « prise à la lettre », témoigne d'une adhésion complète à une certaine représentation du corps et de la maladie ; par contre, resituée dans la réflexion inquiète et dubitative d'autres locuteurs, la même expression atteste d'un savoir en train de se construire malgré les difficultés rencontrées pour rendre compte de processus complexes dans des langues africaines non équipées de termes scientifiques¹.

Passer de la description des énoncés aux modalités de leurs énonciations conduit à s'interroger sur l'émergence de nouveaux savoirs sur la maladie à partir de représentations empiriques du corps. Les propos tenus sur *sayi* ne sont pas de simples discours attribuant des significations à des douleurs et à des malheurs. Ces diverses conceptions apparaissent aussi comme le résultat de confrontations de points de vue, d'observations, de doutes et de réfutations. Pour ce faire, elles utilisent de nombreuses métaphores. Ces ébauches de concepts empruntent leurs termes aux activités quotidiennes et constituent un cadre cognitif permettant l'élaboration de connaissances. Les représentations populaires réunissent ainsi les deux principales dimensions de la maladie. Elles témoignent certes de la nécessité de donner sens à l'infortune, mais elles attestent aussi d'un effort pour maîtriser concrètement la souffrance.

Ouvrages cités

Durif-Bruckert C., 1994, *Une fabuleuse machine*, Paris, Métailié.

Laplantine F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

Le Breton D., 1992, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

Pouillon J., 1979, Remarques sur le verbe croire, in Izard M. et Smith P. (éd.), *La fonction symbolique*, Paris, Gallimard.

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

Veyne P., 1983, *Les Grecs ont-ils cru à leurs mythes ?*, Paris, Le Seuil.

1. De semblables difficultés se rencontrent dans le domaine français. Des expressions comme « le sang monte à la tête », « je suis vidé », « ça réveille la douleur », « le mal me ronge », etc., correspondent selon les locuteurs, et malgré un emploi linguistique semblable des termes, à diverses expériences et interprétations de la maladie. Pour le domaine français, voir notamment Durif-Bruckert, 1994, Le Breton, 1992.

S. Tinta

Ce que les Dogons appellent *gamma*¹

En milieu dogon, la maladie *gamma* est ressentie comme un réel problème de santé. Episode morbide fréquemment déclaré, *gamma* représente l'une des toutes premières causes de consultation dans les centres de santé. Selon Coppo et Keita (1990), au cours de l'année 1988, sur un total de 764 consultations enregistrées au Centre de recherche sur la médecine traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, 243 avaient *gamma* pour motif. Cette impression est confirmée par de nombreuses demandes qui nous furent adressées lors de notre propre enquête² : « Avez-vous des médicaments contre *gamma* ? Mon *gamma* s'est levé. » Et lorsque, pour ce travail, nous avons voulu chercher des informations complémentaires sur *gamma*, nous n'avons eu aucune peine à trouver une quinzaine de personnes atteintes de *gamma* au sein d'un même village.

Gamma est perçu comme une maladie chronique grave qui s'attaque préférentiellement aux personnes âgées mais qui en pratique n'épargne personne. C'est un état morbide chargé d'une connotation sociale négative. Il est, de ce fait, un mal craint sur le plan physiologique, mais aussi

1. Cette dénomination est commune à presque tous les dialectes dogons, sauf en tômmô, où on dit *pagala*.

2. Les données que nous présentons sur la maladie *gamma* proviennent de diverses sources. Les premières données ont été recueillies entre 1989 et 1992 dans le cadre de projets de santé implantés dans le cercle de Bandiagara (Tinta *et al.*, 1990 ; Tinta 1991 et 1993). Les secondes correspondent à des recherches effectuées en 1993 en vue de la préparation d'un mémoire de DEA de sciences sociales à l'EHESS (Marseille). Les dernières informations ont été récoltées dans le cadre du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest) ». Enfin, d'autres chercheurs ayant travaillé dans la même zone sur le thème de *gamma*, leurs textes nous ont servi de références.

sur le plan social et psychologique. C'est une maladie ancienne, mais qui pose un problème actuel de gestion des maladies chroniques invalidantes. Face à ces multiples problèmes, les malades ont recours à toutes les thérapeutiques disponibles : automédication (traditionnelle ou moderne), guérisseurs et consultation des services de santé modernes. Notre article a pour but d'étudier successivement ces diverses composantes de *gamma*.

Dans la société dogon, *gamma* est considéré comme une maladie de la vieillesse. Cependant, dans les faits, bien que non contagieux, il « frappe » (*tébêlê*) toutes les catégories de personnes et peut même se transmettre de la mère au fœtus (Coppo et Keita, 1990). Cette caractéristique congénitale est distinguée des autres formes de transmission, et particulièrement de celles qui relèvent de la contagion ou de l'hérédité.

« *Gamma* n'est pas contagieux (*tagna go*) ; mais si une mère a *gamma* et qu'elle tombe enceinte, l'enfant à naître peut l'avoir [*bèrè*] de sa mère ».

Gamma peut aussi provenir d'un « mauvais travail » (Coppo et Keita ; *ibid.*), et être transmis (*tangindiêdê*) par sorcellerie magique (*dabilê*).

« La maladie n'est pas contagieuse (*tangele*). Mais par « l'enjambement » (*yaniêmu*) (sorcellerie magique), on peut la transmettre (contaminer) (*tangindiêdê*) à quelqu'un » (G.K., guérisseur tômmô).

Selon un groupe de bouchers, spécialistes de *gamma*, tous les aliments que nous mangeons se transforment en sang (*ni*) dans l'estomac (*puru*). Le sang monte ensuite dans le foie (*kindê*), puis est transmis à l'aorte (*kindê digê*) qui approvisionne à son tour le reste du corps. Le sang suit alors les veines (*ni kadu*) ou (*kadi*). Arrivé dans les reins (*lali*), il se sépare de l'urine, de la graisse, du « sang mort » (*ni yimu*) et d'un « liquide gluant » (*di ôlô ôlô*) qui permet le fonctionnement et l'entretien des articulations. Enfin, le sang remonte vers le foie. L'urine passe dans les urètres (*lalu kadu*) ; la graisse se disperse dans le corps ; le « sang mort » va dans la rate (*damolu*).

Si *gamma* se trouve dans le sang produit par les aliments, il va le « gâter », diminuer sa qualité. On dit alors qu'il noircit le sang, qu'il forme des « boules de sang », des caillots (*ni gulum*) dans les veines.

Cela gêne la circulation sanguine et cause des douleurs corporelles (*godu jim*). De plus, ces boules de sang peuvent « pousser » sur le corps sous forme d'ampoules (*bendi*) qui peuvent contenir du pus (*ni pilu*). Parallèlement, le sang étant de mauvaise qualité, il ne peut sécréter assez de « liquide gluant » (*di ôlô ôlô*) pour lubrifier les articulations (*digu*). Elles s'assèchent, ce qui provoque des douleurs à chaque mouvement, et aboutit parfois à l'impotence partielle ou totale du malade.

Comment on reconnaît *gamma*

Gamma se manifeste par une douleur chronique, ambulatoire, mais localisée sur les articulations (genoux, coudes, poignets, reins, colonne vertébrale etc.). *Gamma* est une maladie du « nœud des os » (*digu*), il peut pénétrer dans la « moelle des os » (*ke bôndu*), étirer (*bingê*) les os. C'est aussi une maladie du refroidissement du corps (*godu kalandi*) en général, et du sang en particulier. Il forme alors des « boules de sang » dans le foie, ou peut s'enfler en même temps que les poumons (*pudu pada*), conduisant le corps entier à gonfler bien que le malade ne s'alimente plus.

Le diagnostic s'établit à deux niveaux. Le premier correspond à celui du sens commun. Il regroupe les propres descriptions des malades, des parents, de gens ordinaires et de guérisseurs non spécialistes de *gamma*. Le second concerne les modes de diagnostic et les descriptions que donnent certains spécialistes de cette maladie. Ces deux niveaux s'accordent sur les noms qui distinguent les différentes formes de *gamma*, mais là s'arrête cette unité. En effet, bien que l'autodiagnostic du malade ne soit presque jamais ouvertement rejeté par le spécialiste, qui l'incorpore parfois dans sa propre logique, seul le spécialiste semble autorisé à dire « ça c'est *gamma*, qui revêt telle forme et qui est dû à telle cause ». *Gamma* correspond donc aussi à une hiérarchie des savoirs allant des guérisseurs spécialisés aux interprétations populaires communes. Cette distinction ne correspond pas strictement à une opposition entre un langage des symptômes, qui serait propre au savoir populaire, et un langage de la maladie, qui serait de la compétence des initiés (Coppo et Keita, *op. cit.*). Cette opposition, parfois valable, mérite d'être nuancée. Globalement, trois niveaux apparaissent dans nos entretiens : celui du malade (autodiagnos-

tic), celui de son entourage (diagnostic du sens commun), et celui de guérisseurs (diagnostic spécialisé).

Il nous semble que, selon les pathologies, cette hiérarchie des savoirs s'applique plus ou moins. Ainsi, dans le cas de la rougeole, il n'est pas besoin de consulter un spécialiste pour établir le diagnostic. Le savoir populaire et celui des initiés n'en font qu'un. Il n'en va pas de même pour *gamma* et nul ne peut seul se dire atteint de *gamma*.

Pour le savoir commun, il faut observer un minimum de « symptômes standard » accompagnant la douleur pour commencer à explorer la voie de *gamma*, et, notamment, la douleur chronique, mobile et agissant surtout sur les articulations. *Gamma* se caractérise surtout par une douleur ambulatoire (*yara*) « qui se promène ». Elle est centrée sur les articulations (*digu*) et préférentiellement sur celles des membres inférieurs (*anu*) et la colonne vertébrale :

« C'est une boule qui se déplace. Le matin je la sens dans les épaules, la nuit elle passe dans les genoux puis dans le dos. Parfois j'arrive à la saisir, c'est une boule un peu molle ».

Gamma « mange », « mâche » (*têmêdê*) le corps (*godu*) ou les tendons (*kadu ana*). Il dégrade aussi la quantité et la qualité du sang : il « gâte le sang » (*ni yamalêdê*), qui devient noir alors que la peau blanchit ; il « boit le sang » (*ni nôdê*). Il « pique les os » et peut atteindre leur moelle. *Gamma* est à la fois chronique et latent, la forme chronique pouvant se cumuler à une forme aiguë.

« Le *pagala* qui refroidit était dans mon corps ; celui qui brûle était dans mon corps ; celui qui "mâche" aussi ».

Il peut s'extérioriser partout sur le corps par une ampoule (*bendi*) et il devient alors mortel si l'ampoule rentre à nouveau dans le corps. Chez certains malades, on signale des affections secondaires comme des maux de tête intermittents, des sensations de froid, des démangeaisons – « la peau fait comme quelqu'un qui a la gale (*gungon*) » –, des maux d'yeux, d'oreilles, de dents, etc. *Gamma* entraîne aussi chez certains une sensation de brûlure : « Ça brûle le corps comme la lèpre (*nêmê*) ou la "maladie du sucre" (*sikôrô lulô* ou *diabeti*) pendant la chaleur. » Une autre carac-

téristique très souvent évoquée est que la maladie est activée par la fraîcheur. Quand cela survient, le malade est au moins partiellement impotent :

« Quand il y a de la fraîcheur (*tutom*), tout le *gamma* qui se trouve dans le corps se lève ; si tu as la chance, il ne te terrasse pas ; mais il diminue ta force, tu ne peux pas bien marcher, tu ne peux pas tenir des choses à la main. Il t'empêche de travailler. Certains, il les terrasse complètement. Pour se laver, pour s'habiller parfois, pour marcher, ils ont besoin de quelqu'un ».

Il arrive que l'expérience de la maladie fasse intervenir d'autres symptômes, en particulier des symptômes subjectifs émis par le malade lui-même ou par son entourage. Mais il y a un accord général sur les principaux symptômes « standard », les « symptômes du sens commun ».

Chaque guérisseur a, par contre, sa méthode pour diagnostiquer cette affection. Certains procèdent par un examen du corps,

« Je détermine le *gamma* par les veines (*kadi*). Par attouchement je sens le mouvement du sang. Si le sang monte et descend normalement, ce n'est pas une maladie que je connais. Mais si le sang quitte le foie (*kindê*) pour aller vers les pieds et les doigts mais ne retourne pas ou retourne faiblement, je sais ce que c'est. Je fais de la scarification. Si le sang est noir foncé (*sai gêm*), c'est le *punôn nônrôn* (*gamma* qui fait enfler), s'il n'est pas foncé on peut penser au *jégê* (ictère ou jaunisse) qu'on peut reconnaître souvent par la couleur des yeux. Maintenant si le sang est un peu coagulé, c'est le *gamma*, qui à force de durer « mange le corps » (*godu tèmêdê*) » (IK, guérisseur donno).

D'autres procèdent par divination :

« Quand le malade vient, je fais de la divination d'abord pour savoir si c'est ma maladie. Le *gamma* que je soigne, c'est le *tôn* » (SK, guérisseur).

Certains observent les réactions d'un malade après administration d'un produit :

« Les malades viennent de partout. Parfois à vue d'œil on sait que c'est le *tôm gamma*. Parfois à l'arrivée la maladie s'est déjà « couchée » (*dïyan*). Il y a une jarre posée à côté du fétiche familial (*ba ômôlô*). La jarre contient un

médicament liquide. Je donne à boire au malade. S'il vomit, c'est *tôm* qui l'a pris. Sinon ce n'est pas pour moi » (AD, guérisseur *tôrô*).

Avec *gamma*, l'accent est mis non pas sur des symptômes apparents mais sur le non-apparent. Cette caractéristique induit certaines modalités des interactions entre soignant et soigné. Ainsi, les malades rencontrés chez les guérisseurs viennent chacun avec son propre diagnostic, qu'il soit établi par lui-même ou son entourage. Le guérisseur ne remet pas en cause cet autodiagnostic, mais il le précise et l'incorpore au sien. Il l'affine par ses procédés diagnostiques propres pour dire si ce cas de *gamma* relève ou non de sa compétence. Lorsqu'il reconnaît son impuissance devant un cas, il ordonne un traitement provisoire – « on ne sait jamais, fait ça pour voir » – comme mesure d'accompagnement du malade « avant qu'il ne trouve son guérisseur et son traitement ». Outre son aspect thérapeutique, cette attitude témoigne de sa bonne foi à vouloir s'occuper de lui. Cette « bonne volonté » est cependant critiquée par certains, comme risquant de conduire à des erreurs de diagnostic de la part des « guérisseurs généralistes ».

« Ils ne veulent rien laisser échapper, ils se mettent à soigner *gamma*. Parfois ils confondent *gamma* et *ginu*, “la maladie de l'os déplacé”. Alors que c'est différent. Le *ginu* ne peut pas durer des années. Il ne se couche jamais. Tout le temps il fait mal. On a envie de rien faire mais pas parce qu'on ne peut pas. Il ne se promène pas aussi. Quand tu le masses, tu entends un bruit craquant (*kôy kôy*). *Gamma* ne fait pas ça » (IK, guérisseur de *gamma*).

En effet, on admet généralement que chaque type de *gamma* a son guérisseur spécialisé : il faut donc réussir à trouver le bon spécialiste du *gamma* particulier qui vous affecte.

Les différentes formes de *gamma*

On nous a indiqué quatre grandes formes de *gamma*, et tout le monde fait à peu près la même différenciation. On distingue premièrement un *gamma* « mâle » (*gamma ana*) qui « mange » (*têmêdê*), « brûle » (*têgêrê*), « presse » (*kama*) le corps, amincit les pieds (*sodomodê*). Vient ensuite

un *gamma* « femelle » (*gamma ya*) ou « traînant » (latent et chronique) (*bumô*), qui « rampe » (*bumô*) comme un serpent dans le corps, prend les coudes (*numôn tôdu*), les genoux, affaiblit les muscles, « refroidit » (*kali-diyê*) le corps, le cœur (*kindê donu*), se couche par moments, se lève, marche. Le troisième *gamma* est celui « qui s'enfle » (*piriyedê*) que les Tømmô appellent *yapunô* et les Donno *punu nônrôn*. Le malade s'étouffe vite, s'il fournit un petit effort comme lorsqu'il marche à pied. Le dernier *gamma* est dit « de la sorcellerie magique », appelé *tôm gamma* en dialecte diamsay, *tôn pili* ou *yaniêmu* – enjambement – en tømmô, *tôn* ou *tôn gamma* en donno et tôrô, à cause de sa particularité de « rendre bossu » (*gumurôn goyi*). Il tire sur les tendons et les os qu'il finit par courber, et le malade devient voûté. Dans cette dernière catégorie, la logique de nomination et celle de l'imputation ne font qu'une, car le *gamma* imputé à la sorcellerie (*tôm* ou *tôn*) reçoit une dénomination qui évoque celle-ci¹ (*tôm* ou *tôn gamma*).

Le *gamma nèngè* pose un tout autre problème. Pour un auditeur pressé ou inattentif, *gamma nèngè* semble être une autre variété ou un nouveau type de *gamma*. Chaque fois que la localisation dans le ventre est évoqué², c'est par référence à *gamma nèngè* dans le dialecte diamsay. *Gamma nèngè* peut être traduit littéralement par « genoux de *gamma* ». Il est nommé différemment d'une région dialectale à l'autre. En zone tømmô, on l'appelle *janbu nèngè*, en zone donno *danbu nèngè*, en dialecte de Yanda *zanba nèngè*, en zone tômô généralement bilingue dogon/bambara on l'appelle souvent *kaliya*. Les descriptions qu'on en fait sont identiques à celles du *kaliya* senoufo³, sauf qu'en pays dogon, *gamma nèngè* n'est pas inné et il n'y a jamais d'état *gamma nèngè* non pathologique. Il se caractérise par une localisation dans le bas-ventre, dans la région pubienne

1. Cette dernière catégorie est absente chez Coppo et Keita (1990), qui cependant, avant d'énumérer les trois premiers types, écrivent : « *Gamma* peut être aussi envoyé par un mauvais travail. » Dans leur typologie, ils insèrent les symptômes de *tôm gamma* dans le type « mâle », celui qui « commence par ronger [...] les *kazu* et ensuite il courbe tout le corps. Il prend de la tête aux pieds et tire, plie [...]. Dans les cas les plus graves, il peut tirer jusqu'à courber le dos donnant une bosse... ». Pour eux, seul le type « femelle » s'aggraverait pendant la saison fraîche, alors que, d'après nos enquêtes, c'est une caractéristique propre à toutes les formes de *gamma* sauf à celui attribué aux sorciers.

2. C'est ainsi qu'on peut lire chez Coppo *et al.* (1990 : 182) : « Une fois devenu chronique, *gamma* continue à bouger sans arrêt : ... [il] tourne "comme une boule à l'intérieur du ventre". »

3. Cf. *infra* l'article de F. Ouattara.

tout au moins et évoque ainsi le *weyno* songhay-zarma¹. Il peut être associé à des maux de tête parfois accompagnés de vomissements. Une boule contenant de la « saleté » se forme dans le ventre. *Gamma nèngè* produit des gargouillements, des rots, des ballonnements. Il peut être cause de stérilité ou de dystocie chez la femme ; il peut s'extérioriser chez l'homme en descendant dans les testicules : on parle alors de hernie (*toju*). Enfin il est chronique comme *gamma* : la maladie peut « se coucher » (*unjo*), « s'aplatir » (*dabê*) ou « se lever » (*ingile*), et quand les maux de ventre deviennent trop violents, il peut terrasser (*jara*) et « faire coucher » (*unjuro*).

Ce sont les « saletés » que nous mangeons pendant les repas qui seraient à l'origine de *gamma nèngè*. Une autre explication met en cause le lait maternel :

« Lorsqu'on allaite l'enfant alors qu'il est couché sur le flanc, petit à petit tout le lait se concentre d'un côté. Quand l'enfant grandira, cette concentration se transforme en boule (*ganiyêdê*). Cette boule peut descendre dans les testicules pour donner la hernie. Mais si on gagne vite le médicament, la boule se transforme en urine et sort » (S.K, guérisseur donno).

On peut aussi avoir *gamma nèngè* en portant des charges trop lourdes. Enfin, Dieu est souvent évoqué comme « cause » de la maladie.

Contrairement à *gamma*, les guérisseurs reconnaissent leur impuissance à guérir cette maladie même s'ils peuvent la calmer :

« *Dabu nèngè* c'est pour les *dôgôtôrô*. Eux ils peuvent l'enlever par opération. Nous on soigne seulement les maux de ventre » (A.W, guérisseur tômmô).

Certains spécialistes affirment aussi que, pour les femmes, les remèdes utilisés en cas de *gamma nèngè* sont les mêmes que ceux utilisés dans le traitement de la stérilité féminine (*i nalele*).

Au total, *gamma nèngè* est une entité nosologique populaire très différente de *gamma*, et ne peut donc être rangé, malgré le rapprochement de nom, parmi les types de *gamma*. En parlant désormais de *gamma*, nous n'évoquerons donc plus *gamma nèngè*.

1. Cf. *infra* l'article de J.-P. Olivier de Sardan.

Les différentes causes de *gamma*

Sur le plan étiologique, la taxonomie locale distingue généralement deux types de causes, si l'on excepte le *gamma* « de la sorcellerie » qui a évidemment les sorciers comme cause spécifique.

Le *gamma* peut être « dû à Dieu », et il est alors souvent appelé « *gamma* pour rien » (*gamma pere*) parce que « personne, sauf Dieu, n'en sait la cause ». Lorsqu'on attribue à Dieu la cause d'une maladie, c'est presque toujours de façon fataliste : on est à la limite du savoir empirique, c'est le fait du destin. Ainsi les Dogon font-ils intervenir Dieu lorsque tous les recours échouent, ou encore que l'issue est la mort. « On n'a pas de médicaments contre l'arrivée à terme du séjour (sur terre) ».

Gamma peut aussi être dû « aux aliments qui ne conviennent pas » à l'organisme (*ingêlê dagali*), comme la bouillie de mil faite avec les branchettes de *boscia senegalensis* (*êrê*), les fruits de *adansonia digitata* (*tingirin*), les fleurs d'une variété d'oseille (*anju koro*), ou la bière de mil aigre, ou comme certains produits de la modernité tels que le sucre et les « cubes Maggi », et notamment celui qui est connu sous l'appellation de « maggi blanc » (*najini piru*).

Les aliments ici évoqués, mis à part le cube Maggi et dans une moindre mesure la bière de mil aigre et les fleurs d'oseille, relèvent d'une catégorie commune du doux ou du sucré (*eru*). Dans la conception dogon, l'excès de substances douces ou sucrées est censé endormir le corps et le sang, aussi ces aliments favorisent *gamma*, maladie qui refroidit le corps en général et le sang en particulier.

Gamma et ses conséquences

Gamma réduit la qualité et la quantité du sang, et le prive de la substance lubrifiante des articulations. Par ailleurs, ce sang avarié n'a plus sa chaleur habituelle pour apporter à l'homme la pulsion et le dynamisme nécessaires. L'organisme est asphyxié et son équilibre physiologique contrarié par la carence du sang.

Par ailleurs les accès sont fréquents avec la fraîcheur, pendant la nuit, après les pluies, en saison froide.

« *Gamma* n'aime pas la fraîcheur (*tomu*). Chaque fois qu'il y a la fraîcheur, il se lève. C'est surtout quand il pleut et que le « sol commence à bourdonner »¹ ou à la période du froid qu'il y a plus de *gamma* » (guérisseur).

La maladie est tapie dans le corps et elle peut se coucher, se lever et terrasser le malade. A chaque fois qu'elle est active, elle entraîne d'autres limitations fonctionnelles chez le malade, conduisant parfois à une impotence partielle ou totale. Alors le malade devient dépendant et perd parfois même toute autonomie.

« J'ai fait 9 ans sans travailler dont 4 ans couchée ».

« Ma maladie a duré 13 ans. Ma mère veillait sur moi. C'est la femme de mon frère qui puisait mon eau, elle pilait le mil et préparait ; mes filles cherchaient le bois. Mes "maris" donnaient un peu de mil à mon frère qui assurait ma nourriture... » (AY, malade).

Mais tout cela se passe sans signe extérieur apparent. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de signes pathologiques extérieurs tangibles pour convaincre son environnement de la réalité de son état morbide. Ce sont au début des douleurs sans causes apparentes. Ce qui en fait « une maladie imaginaire » (Coppo et Keita, *ibid.*), une sorte d'état de *illness* sans attestation sociale, sans *sickness*. *Gamma* étant une maladie dissimulée, les plaintes du malade peuvent parfois apparaître comme injustifiées ou mensongères. Cette caractéristique ne va pas sans poser quelques problèmes sociaux. En effet, *gamma* est considéré comme particulièrement grave dans la société dogon, non seulement à cause de sa chronicité – on peut en souffrir pendant plusieurs années – mais aussi de sa capacité à rendre impotent. Parmi les malades que nous avons rencontrés, aucun ne déclare en souffrir depuis moins d'une année ; la durée maximum étant treize ans². Mais le ressenti de sa gravité semble découler essentiellement de son pouvoir de limitation fonctionnelle. En effet :

1. Le « bourdonnement du sol » (*usubayi digire*) est une conception qu'on rencontre surtout en plaine, en zone sablonneuse, où elle est interprétée comme le signe du refroidissement du sol suite à une trop grande imbibation à l'eau de pluie. C'est aussi le signe que, à partir de cet instant, il ne faut plus semer le petit mil parce que la terre n'a plus assez de chaleur pour le faire croître.

2. Ce qui va dans le sens d'observations antérieures faites dans la même zone constatant une durée allant de six mois minimum à plusieurs années (Coppo et alii, *idem*).

« *Gamma* est très grave parce qu'il t'apporte la honte. Quand tu l'as, tu ne peux plus travailler. Tu dépends des autres. Et cela t'impose beaucoup de soucis en sus de la douleur de la maladie ».

Cette déclaration prend son sens dans une société qu'on peut qualifier de « débout »¹, où travailler signifie non seulement qu'on n'est pas malade mais aussi qu'on s'assume. Manquer à cette obligation est interprété comme un signe de paresse, et est vécu, selon ces valeurs sociales, comme une honte. Dans une société essentiellement agricole, la personne dont le *gamma* se « lève » pendant l'hivernage devient une charge pour la collectivité : ne pouvant rien faire par lui-même, il faut, de plus, trouver quelqu'un pour s'occuper de lui, et prendre en charge les frais de la quête thérapeutique.

« Quand tu attrapes une telle maladie, tu ne peux pas t'entendre avec la société ; tu dis que c'est Dieu qui t'a fait et tu te contentes de ça. Mon mari veut me laisser parce que je suis devenue une charge ».

Tout comme pour le paludisme au Burkina Faso (Bonnet, 1990), *gamma* est parfois socialement interprété comme une espèce de « passeport » pour justifier un arrêt de travail qu'une simple déclaration de mal-être n'aurait peut-être pas permis d'obtenir. De là une certaine suspicion pesant sur celui qui déclare qu'il a *gamma*. Il risque d'être indexé comme étant paresseux (*walaginè*)².

« *Gamma* est vrai. Mais partout il y a des paresseux comme moi qui n'aiment pas cultiver. C'est eux qui gâtent le nom des autres ».

« Quand tu as *pagala*, tout le monde t'abandonne. Parfois on pense que c'est la paresse. La maladie et les soucis (*jere*) te font maigrir ».

« Même quand je mange, je me demande si les gens ne me regardent pas

1. C'est à dessein que nous utilisons cette formule. Métaphoriquement elle s'oppose à « être couché » qui connote dans la société dogon la maladie. Quand on dit de quelqu'un qu'il est couché, cela signifie qu'il est malade et même gravement malade. Dans les salutations routinières de tous les jours, on demande à quelqu'un : « personne n'est couché chez toi ? » pour savoir si tout le monde est debout et vaque à ses occupations quotidiennes, c'est-à-dire si tout le monde est en bonne santé.

2. D'ailleurs ce dernier terme fait référence à l'activité principale des Dogons, c'est-à-dire la culture. Il vient de *wala* = pas cultivé + *ginè* = agent ; le paresseux, c'est celui qui ne veut pas cultiver.

ou ne me diront rien. Il y a tellement longtemps que je ne travaille pas... Dans ces conditions le repas ne te prend pas ».

Pour faire face à cette stigmatisation, le malade use de diverses stratégies. Tous les moyens sont utilisés pour protéger son statut et préserver sa dignité, et même l'usage d'excitants ou de psychotropes (café, thé, alcool de canne à sucre ou autres, drogues diverses, etc.). Beaucoup de jeunes justifient ainsi la prise de psychotropes par leur volonté de ne pas apparaître comme des « vauriens » (*kolo ngowon*) ou des paresseux.

« Je prends "le sec" pour pouvoir travailler et gagner ma vie. Autrement je n'y arriverais pas parce que j'ai *gamma*... ».

« J'ai mal à tout le corps. Je ne sais pas ce que j'ai. Si je ne prends pas l'alcool ou les comprimés, je ne peux rien faire. Ce n'est pas tout le temps que je les prends. Quand je n'ai rien à faire, je laisse tout ça ».

Cette stigmatisation conduit aussi à une pratique radicale et risquée, du nom de *fiddau*, qui intervient à la demande du malade ou de ses parents. Quand la maladie dure trop, on va voir un spécialiste qui accomplit un rite sur un animal, qui est ensuite ramené dans la famille du malade pour y être égorgé. Dans les trois à quatre jours à venir, selon le sexe du malade, la pratique est censée précipiter soit la mort soit la guérison.

Cette pratique, et l'usage d'amphétamines pour pallier le manque de force, montrent la difficulté de la prise en charge sociale des maladies chroniques entraînant chez la personne une perte partielle voire totale de l'autonomie fonctionnelle. Si la règle dominante est que la douleur est passagère, ou, comme le disent les Dogon, que « la maladie est un étranger qu'il faut vite raccompagner », ce principe est tenu en échec par les maladies chroniques. Le malade doit alors apprendre à vivre avec sa douleur et en assumer les conséquences sur le plan social. De même son entourage doit désormais s'habituer à supporter le malade.

Prévenir *gamma*

A titre préventif, il est bien sûr recommandé de ne pas consommer les aliments censés activer *gamma* (cf. *supra*). Inversement, la consommation

de certaines substances est vivement recommandée. C'est le cas de la potasse, entrant dans la préparation de la pâte de mil à base de petit-mil nouveau. D'où son nom de « pâte de mil à base de potasse » (*ê ja*), à la différence de la bouillie de mil sans potasse, appelée *sagu ja*. Celle-ci est préparée surtout en période de saison sèche, quand il fait chaud et que le mil commence à vieillir, alors que la première se consomme surtout en période hivernale et au moment des récoltes, donc en période plus fraîche et lorsque le mil nouveau conserve toute sa vitalité. On peut interpréter cette pratique comme une réponse aux facteurs favorisant *gamma*, la fraîcheur et le sucré ou le doux. Il s'agit de rétablir un équilibre en administrant de l'amer ou de l'aigre. Si les branchettes de *êrê* sont sucrées et censées donner du *gamma*, par contre les jeunes feuilles de cette même plante sont très amères et gèreraient de la maladie.

Par ailleurs, certains gestes, considérés comme favorisant la venue de *gamma*, sont de ce fait déconseillés : ne pas enjamber les mortiers, les pilons, et l'endroit où on fait la vaisselle.

Soigner *gamma*

Certains traitements sont connus de tous. Ils sont de l'ordre de l'auto-médication ou des « recettes de grand-mère », bien que certains d'entre eux soient par ailleurs utilisés par les spécialistes. On peut ainsi procéder à des scarifications suivies de massages – « on pique (*sôbôdi*), on masse (*pugudôdi*) » – ou à l'application de ventouses (*digiru*). On peut aussi utiliser certaines recettes à base de plantes en décoction ou en application : massages avec de jeunes feuilles de *boscia senegalensis* (*êrê*) macérées et mélangées à de la potasse ; décoctions de bourgeons de *bauhinia reticulata* (*kôibo*) prises en boisson. Ces deux plantes sont supposées posséder une amertume ayant des propriétés tonifiantes. Certains procèdent aussi par massages uniquement à base de potasse (*ê*), de beurre de karité (*mingu ni*) ou de pommade « Robb » (*nung jeru*) (pommade amère). On reconnaît à ces produits des propriétés pénétrantes et vivifiantes. On peut enfin procéder par fumigations ou inhalations, et par exemple mettre la pierre de foudre dans le feu jusqu'à ce qu'elle rougisse, l'enlever et la tremper dans un bol d'eau pour une inhalation.

A partir des années 70, toute une série de produits importés de pays

voisins par les trafiquants ont été utilisés. Dans cette gamme, on retrouve la tétracycline appelée *tuppai* ou « tête rouge » (*kung bane*), l'acide acétylsalicylique qui prit successivement des noms différents selon les vendeurs et les acheteurs afin d'échapper au contrôle par les forces publiques : « la guinée » puis « kok » enfin « le sec » (*manyi*). Et aujourd'hui de plus en plus on utilise du paracétamol qu'on appelle parfois « médicament de *gamma* » (*gamma loi*) ou « médicament contre les maux de reins » (*donyi nuron loi*) ou « médicament de la fatigue » (*din ma loi*).

Il y a ensuite la thérapie dite des « médecins ghanéens » ambulants : injections d'extencilline, de calcium « pour réchauffer le corps »¹ et administration en massages ou boissons de produits de la « pharmacopée ».

Il y a aussi les traitements préconisés par les guérisseurs locaux et qui varient d'un spécialiste à l'autre. Par exemple, un spécialiste du *tôm gamma* nous dit qu'il soigne à partir de sacrifices offerts à un fétiche familial et de *bana*, un remède fait de terre rouge et d'autres matières non indiquées. Largement utilisé pour d'autres affections, ce remède serait une véritable « drogue » fortifiante.

Un autre nous dit qu'il « soigne *pagala* avec les bourgeons du *bauhinia reticulata*. Mais ce n'est pas tout, il y a autre chose à ajouter pour faire du médicament en poudre et une décoction. La décoction c'est pour se laver avec. La poudre, on la mélange avec du beurre de karité, on masse le corps du malade de haut en bas : jamais dans le sens inverse, sinon le malade ne guérira pas ».

Il y a enfin le traitement préconisé par les centres de santé modernes et le programme du Centre régional de médecine traditionnelle (CRMT) de Bandiagara à base d'antibiotiques et d'antiphlogistiques dont le Cotrimoxazole et l'acide acétylsalicylique.

Notons que nous n'avons jamais rencontré d'anciens malades de *gamma* qui aient été guéris à la suite de soins. Ce qui pose le problème de l'efficacité des thérapeutiques. On pourrait donc dire que *gamma*, comme le *yeyni fara* songhay-zarma, ne peut être définitivement guéri². On ne disposerait que de traitements de rémission ou de soulagement.

1. D'après une communication personnelle d'un infirmier, sous le couvert de « médecins ghanéens » cette méthode est aussi utilisée par certains agents de la santé, notamment les auxiliaires qui font de la médecine ambulante non officielle.

2. Cf. *infra* l'article de J.-P. Olivier de Sardan.

Conclusion

Gamma est une « entité nosologique populaire polysymptomale » qui ne correspond strictement à aucune maladie cliniquement définie en médecine moderne, bien que les agents de santé tentent de traduire par « rhumatisme et algies diffuses », maladie de Bouillaud, ou tuberculose osseuse... Cette pathologie inclut aussi des aspects sociaux. En quittant un registre purement thérapeutique pour prendre en compte les conséquences sociales des douleurs chroniques, il nous semble que l'on peut mieux comprendre quelques maux de l'actuelle société dogon. Ressenti par les Dogons comme un grave problème de santé, *gamma* pose le problème de la gestion des maladies chroniques dégradantes.

Ouvrages cités

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

Coppo, P. et Keita, A., 1990, *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Éditions « E ».

Olivier de Sardan, J.-P., 1994, La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences sociales et santé*, vol. XII, n° 3, septembre 1994.

Tinta S. et Pairault C., 1990, *Enquête sociosanitaire dans le cercle de Bandiagara 1989-1990*, Bamako, INRSP.

Tinta S., 1991, *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara au Mali*, vol. 2, *Acceptabilité et participation*, Bamako, INRSP.

Tinta, S., 1993, *Créer un centre de santé communautaire ? Le cas de Kamba (arrondissement de Sangha)*, Bamako, INRSP.

F. Ouattara

Kaliya, une entité nosologique du changement social chez les paysans senufo du Burkina Faso

« ... maintenant avec la dévaluation,
le tarif des soins de *kaliya* dépend du
volume de la hernie » (B. C.)¹.

On s'intéressera ici à une nosologie populaire, *kaliya*, telle qu'elle est conçue et décrite dans le milieu paysan senufo du sous-groupe nanerge situé au sud-ouest du Burkina Faso. *Kaliya* est une maladie (*kaliyaje*, *yam pu wa* : *kaliya* est une maladie), considérée comme particulièrement grave et fréquente dans le monde rural senufo. La gravité de *kaliya* ne semble pas seulement liée à son caractère parfois mortel : « dire "*kaliya* tue" n'est pas pareil que dire "*kaliya* est une maladie grave" ». Un *kaliya* non soigné peut tuer.

Il suffit de passer quelques jours dans le milieu senufo pour se rendre compte de l'importance et de la place qu'occupe *kaliya* dans les discours et les pratiques en matière de santé et de thérapie. Ainsi, régulièrement, on entend dire d'un malade : « son *kaliya* l'a terrassé », « son *kaliya* s'est réveillé », etc.

Kaliya est un terme d'origine bambara² pouvant faire référence éty-

1. Pour les initiales des noms, voir l'index des informateurs cités à la fin du texte.

2. La définition succincte qu'en donne Bailleul dans son dictionnaire bambara est la suivante : « *kaliya* : se dit de nombreuses maladies, spécialement celles des organes génitaux : hydrocèle, hernies... » (1981 : 95). Cependant, dans une seconde édition (1996 : 181), Bailleul ajoute la notion de « kyste de l'ovaire » ainsi que les symptômes suivants : « douleurs aiguës... migratoires, sensation de boule ». Dans le lexique bambara-français de la DNAFLA (1980), le terme *kaliya* est traduit par « ulcère, point de côté, mal aigu » tandis que dans le lexique fulfude-français de la DNAFLA, le terme *kaliya* traduit par « ténia » n'est pas signalé comme étant d'origine

mologiquement au caractère de quelque chose de chaud¹. Sans invoquer cette étymologie, les Nanerge sont conscients de l'origine mandingue de la dénomination de la maladie :

« Ce sont les voyageurs qui nous ont amené l'appellation *kaliya*. Les marabouts venant du Mali nous ont dit que c'est *kaliya* » (O. D.).

L'enquête a été réalisée dans le village senufo de Silorla². De premières notes avaient été prises sur cette maladie pendant un séjour de novembre 1993 à avril 1994, et j'ai pu mener une enquête plus précise et approfondie en décembre 1994. En ville, à Bobo-Dioulasso, en plus des observations, un entretien a été conduit avec un infirmier (senufo mais non originaire du village d'enquête) à la retraite, soignant des cas de *kaliya* dans son cabinet de soins biomédicaux.

Mon objectif est de m'interroger sur les représentations et les pratiques populaires de maladie dans le quotidien des paysans senufo. J'essaierai donc de répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce que *kaliya* ? Comment les acteurs sociaux situent-ils leurs choix thérapeutiques dans l'ensemble des discours sur cette maladie, à laquelle semble être prédis-

bambara (Frédéric Le Marcis, 1996 : 84). Pour Gérard Dumestre, *kaliya* se dit de « nombreuses maladies, spécialement celles des organes génitaux : hydrocèles ; hernies... ; hernie inguinale ; ver solitaire, ténia ; douleur interne violente » (1992 : 767). Par ailleurs, dans leur lexique médical bambara-français, français-bambara, la définition qu'en donnent Marijke Huizinga et Mamadou Keita est la suivante : « *kaliya* : toute maladie (douleur interne aiguë) chronique autour d'une articulation, viscère ou muscle » (1987 : 33). Dans la thèse de médecine de Djigui Diakitè, *kaliya* renvoie à des « douleurs aiguës migratoires d'apparition brusque et siégeant dans la sphère génito-abdominale, parfois thoracique ; extériorisation anormale d'un organe interne (viscéral ou génital), ou son infiltration progressive » (1989 : 56). D'après Jean-Christophe Moine (communication orale), chez les Djennèké « gens de Djennè » au nord du pays dogon, *kaliya*, avant son activation en maladie, correspondrait aux 90 ténias situés dans le ventre de tout être humain.

1. Je ne développerai pas d'hypothèses autour de cette notion de « chaleur ». Récemment, certains travaux ont attiré l'attention – implicitement ou explicitement – sur des sélections abusives de traits dans la description du « réel des autres. » Voir, à ce sujet, Pascal Boyer (1989) en ce qui concerne la description des Pygmées, András Zempléni (1990) à propos de l'interprétation de l'initiation chez les Sénoufo Nafara de Côte-d'Ivoire, Jean-Pierre Olivier de Sardan (1994a) en ce qui concerne les rituels de possession dans le cas songhay-zarma et le même auteur (1996) à propos de la surinterprétation.

2. Située au sud-ouest du Burkina Faso à environ 150 km de la ville de Bobo-Dioulasso, l'unité villageoise de Silorla compte 17 quartiers et la population a été évaluée à environ 4 000 habitants lors du recensement national de 1985. Cette population vit de la culture du maïs, du mil, de l'arachide et du coton (comme culture de rente). Le système de parenté est bilinéaire à dominance patrilinéaire. La maladie et/ou les funérailles constituent l'un des moments importants de retrouvailles et d'activation des liens entre les membres du matrilignage.

posé tout travailleur senufo ? Enfin j'essaierai de montrer de quelle manière les représentations populaires de *kaliya* s'intègrent logiquement dans une réalité en transformation constante.

Une maladie qui « circule », « bouge » et « mûrit »

Des mots pour dire les maux : symptômes et douleurs

Les symptômes sont multiples pour identifier *kaliya* : les maux de ventre répétitifs, le manque d'appétit fréquent, l'amaigrissement sans raison apparente, sont autant de signes attribués à cette entité nosologique populaire. Un père de famille rend compte ainsi de sa maladie :

« *Kaliya* fait maigrir car le corps n'a plus de sang ; une personne qui a *kaliya* maigrit et pâlit de jour en jour » (K. O.).

Kaliya fatigue aussi, et le malade ressent des courbatures.

« [...] J'ai l'impression d'avoir été battu [...] On pâlit et on perd ses forces. On est vite épuisé, et quand on travaille, on suffoque au moindre effort » (S. O.).

Une jeune femme définit les symptômes de son mal de la façon suivante :

« Je ne mange plus beaucoup, je maigris. Et quand je travaille, j'ai mal au cœur et tout mon corps se met à trembler » (Z. D.).

Les gargouillements du ventre sont aussi des signes d'activité de *kaliya*. *Kaliya* est une maladie qui fait mal. Pour la plupart des informateurs, elle prend naissance au niveau de la poitrine et plus précisément dans le cœur.

« *Kaliya* commence dans le cœur, il fait mal. Du cœur, il descend et circule à travers le corps pour se cristalliser... Il marche dans le corps et fait souffrir » (S. T.).

« J'ai commencé à avoir mal au cœur, puis un ami a voulu me soigner et m'a alors dit que ma maladie était *kaliya* » (O. D.).

« *Kaliya* l'a terrassé » (*kaliya ṅā wu sa*) ; « son *kaliya* s'est levé » (*wu kaliya ṅā yiri*) ; « *kaliya* fait mal » (*kaliya ṅā ya*) ; voilà autant d'expressions pour exprimer la souffrance physique. Pour d'autres informateurs, ce mal commence au niveau du dos :

« On commence à avoir mal au dos, on a toujours envie de se faire masser le dos » (N. T.).

Dans le cas de *kaliya*, que les premières douleurs soient ressenties dans le dos, dans les reins, dans la poitrine (cœur) ou même dans l'abdomen, tous les informateurs s'accordent à reconnaître le caractère circulatoire de cette maladie. Quand on ressent les douleurs, *kaliya* n'est plus dans le cœur. C'est une maladie interne qui bouge, circule et dont le siège de prédilection se situe dans le bas du ventre¹. On dit que *kaliya* « marche » (*ṅari*) pour évoquer son caractère circulatoire, circule à travers le sang. Il chauffe le corps. *Kaliya* est une maladie qui se fixe sur les tendons² (*garvāe*, pl. *garvābī*), se mélange au sang et en perturbe la qualité. *Kaliya* « boit » le sang du corps (*ceri sisambe gwu*).

Une maladie du bas-ventre qui « circule » et qui « mûrit »

La maladie commence dès qu'il y a des douleurs ressenties. *Kaliya*-maladie se manifeste au niveau du cœur, ensuite il « sort » et circule à travers tout le corps pour se fixer généralement dans le bas-ventre. La maladie est représentée comme une boule opaque qui se fixe à un stade de son développement dans une partie du bas-ventre et s'extériorise : testicules, organes génitaux (une femme interrogée dit avoir son *kaliya*

1. On trouve la même notion de *kaliya* chez les Nyokholonke (un sous-groupe mandingue situé au Sénégal oriental) pour qui l'abdomen serait le siège de *kaliya*. Alain Epelboin note que « les Nyokholonke attribuent aux déplacements du *kaliya* différentes maladies touchant la sphère abdominale mais aussi d'autres régions » (1983 : 341). Chez les Peuls du Macina, « le bas-ventre est le plus souvent cité à propos du *kaliya*, (mais) il est dit aussi qu'il prend le cœur » (Frédéric Le Marcis, 1996 : 86).

2. *Gamma*, chez les Dogon, dont les symptômes sont plutôt mis en relation à des douleurs des articulations, a aussi été décrit comme une entité nosologique mobile, il monte, descend, etc. Cf. Piero Coppo *et al.* 1989, et, *supra*, le texte de Tinta.

aussi volumineux qu'un œuf et fixé sur le sexe), reins¹. Ces différentes localisations de *kaliya* dans le corps constituent autant de *kaliya* particuliers qui ne sont pas désignés par des termes spécifiques.

« C'est une maladie du ventre, *kaliya* commence dans les intestins, certaines personnes ont leur *kaliya* dans les reins, d'autres encore dans l'aine ou bien dans le sexe. Moi, j'ai le mien dans les reins, j'ai terriblement mal au dos. J'ai commencé à souffrir il y a trois ans » (N. O.).

Le verbe « marcher » est utilisé pour évoquer son caractère circulaire. *Kaliya* est une maladie qui s'active, et se manifeste donc par des crises. Une jeune femme de 25 ans décrit son mal de la manière suivante :

« Depuis que j'ai *kaliya*, je ne mange plus beaucoup ; je maigris. Quand je travaille, j'ai mal au cœur et tout mon corps se met à trembler. Un jour, je me suis évanouie... Depuis, on dit que j'ai *kaliya*. Moi je pense que j'ai effectivement *kaliya*. J'ai une boule dans le bas-ventre qui marche dans le corps et qui est douloureuse... J'ai mal au dos et au bas-ventre ; quand j'ai mal, je sens quelque chose qui bouge et se déplace dans mon corps, le corps tremble. A ce moment, je ne peux plus travailler et je peux rester dans cet état pendant une semaine » (Z. D.).

On voit là que *kaliya* est une maladie à crises. *Kaliya* n'empêche pas de travailler, mais au moment des crises, on est immobilisé. Un paysan de 45 ans évoque sa première crise :

« Ma maladie a commencé il y a une dizaine d'années. Je ne dormais pas, je pensais que c'était une maladie sexuelle. Puis j'ai commencé à avoir mal au cœur ; un ami [...] m'a alors dit que ma maladie était *kaliya*. Après la culture d'une journée, il fallait qu'on me masse avant que je puisse regagner le village. [...] Quand *kaliya* commence, on entend le ventre faire du bruit. *Kaliya* est une maladie grave, brusquement le corps devient chaud, on mange mais on ne grossit plus... mon *kaliya* était d'abord dans le cœur, puis il est

1. Contrairement à *kaliya*, la maladie *mara* est décrite comme une maladie de la tête. Une vieille accoucheuse précise que « *mara* est une maladie dans la tête, alors que *kaliya* est dans le ventre » (N. B.). Par ailleurs, chez les Bambara du Bèlédougou « la plupart des malades de *mara* se plaignent de "maux de tête" » (Ruth Schumacher, 1993 : 57).

descendu. Pendant longtemps, ma maladie est restée diffuse dans le corps. L'an passé, A. m'a demandé d'aller l'aider à récolter ses arachides ; à la fin de la journée je n'étais pas bien... J'avais mal au ventre, j'avais du mal à parler. C'est ce jour que j'ai su que ma maladie était vraiment *kaliya* » (O. D.).

Un homme ayant souffert de *kaliya*, rencontré un mois après les soins de son deuxième *kaliya*, s'exprime de la façon suivante :

« Cette fois-ci, la maladie était rentrée dans ma cuisse gauche et pendant une semaine j'avais du mal à marcher. *Kaliya* n'empêche pas de travailler, mais quand la maladie terrasse, on ne peut plus bouger » (K. O.).

Kaliya « terrasse » (moments de crise), *kaliya* « marche », « bouge », se forme en boule plus ou moins visible, et peut s'installer ici ou là dans le corps.

Si *kaliya* est dans le ventre, il ne s'identifie en aucune façon aux seuls maux de ventre qui sont dits *lè yange* (mal de ventre). En fait, les maux de ventre ne semblent présenter qu'un segment des symptômes de *kaliya*.

La maladie semble partir du cœur et ensuite elle « circulerait », « descendrait » et se « fixerait » sur une partie du bas-ventre, en l'occurrence le sexe, mais sans pour autant être représentée typiquement comme une maladie sexuelle. A la question de savoir si *kaliya* compromet la fécondité, les avis sont partagés.

Pour ce paysan père de quatre enfants, les fausses couches récentes de son épouse s'expliquent de cette manière :

« *Kaliya* gâte tout, il gâte le sperme, il gâte la personne, il gâte la force. C'est une maladie grave... Ma femme vient de faire deux avortements, c'est mon *kaliya* qui a fait ça. Ce n'est pas parce qu'elle a *kaliya*, c'est mon sperme qui est gâté » (N. T.).

Cependant, pour cette jeune mère de deux enfants, *kaliya* n'empêche pas une femme d'avoir des enfants :

« Depuis que j'ai *kaliya*, je ne mange plus beaucoup, je maigris. Quand je travaille, j'ai mal au cœur et tout mon corps se met à trembler. *Kaliya* n'empêche pas une femme d'avoir des enfants. Pour qu'elle ne fasse plus d'enfants,

il faut qu'une autre maladie se mélange à *kaliya*. Un jour, je me suis évanouie et après une boule, grosse comme un poing, est venue par mon sexe... » (Z. D.).

Pour la vieille accoucheuse villageoise, une femme qui souffre de *kaliya* n'aurait pas de difficultés à enfanter ; par contre, avoir des rapports sexuels avec un homme qui a *kaliya* pourrait perturber la procréation. Cette perturbation se manifesterait par une stérilité ou des avortements successifs, sans pour autant que la femme elle-même ait *kaliya*.

Kaliya ne semble pas pour les informateurs être une maladie transmissible, même pas par voie sexuelle.

Du point de vue de la biomédecine, les discours énonçant les symptômes de la maladie pourraient correspondre à « hernie », « maux de bas-ventre », « maladies sexuellement transmissibles », « maladies urinaires », « parasitoses », etc. Au fur et à mesure qu'on multiplie les entretiens, on s'aperçoit que la liste des équivalents biomédicaux pourrait s'allonger, même si, pour couper court, un spécialiste de la biomédecine donne la correspondance *kaliya*/hernie.

« Les gens viennent chez moi pour soigner *kaliya* ; cela s'appelle la hernie. Le *kaliya* c'est la localisation d'un organe dans une cavité naturelle. Ce qu'ils appellent *kaliya*, c'est une douleur qu'ils ressentent dans l'abdomen. La masse devient douloureuse. C'est l'intestin qui quitte la cavité abdominale pour se localiser à un niveau bien précis. Pour eux, dès qu'ils ont mal au ventre, c'est *kaliya*. Mais quelquefois, après les analyses des selles, on se rend compte que ce sont des vers intestinaux » (B.C.).

***Kaliya* : une entité congénitale nécessaire activée par les changements alimentaires et les conditions de travail**

Naître avec kaliya, ... une chose de Dieu

Tous mes interlocuteurs estiment que chaque être vivant naît avec *kaliya* dans son corps. Même les animaux auraient *kaliya* dans leur corps dès la naissance.

- « Tout individu naît avec *kaliya*, même les animaux ont *kaliya* » (O. D.).
- « Tout être humain naît avec *kaliya* dans son corps, les animaux aussi naissent avec du *kaliya* » (S. O.).

Kaliya serait repérable dans l'abdomen d'un animal sous la forme d'une petite boule d'aspect farineux – la même forme que dans le corps humain.

Si les gens attribuent à *kaliya* une dimension innée, personne, à ce stade, n'en parle comme une maladie. Il semble même aller de soi que *kaliya* est une condition *sine qua non* pour le déroulement normal de la vie d'une personne et en particulier d'une femme. Du coup, l'absence de *kaliya* chez une femme l'empêcherait d'avoir un enfant :

« Une femme qui n'a pas *kaliya* (dès la naissance) dans le corps ne peut pas avoir d'enfant » (K. O.).

Tout individu aurait *kaliya* dans son corps ; et ceux qui ne l'auraient pas seraient prédisposés à subir des infortunes importantes, telle que la stérilité pour les femmes¹.

Ainsi, au départ, *kaliya* n'est pas tant un état pathologique qu'un signe de normalité physiologique. C'est un « don » attribué par Dieu. Dieu (*Klè*), bien que présent dans le panthéon nanerge, ne fait l'objet d'aucun culte. *Klè*, tout comme *Woso* chez les Bisa, « ... est un terme emblématique permettant de donner une cause aux choses qui autrement n'en auraient pas, et d'exprimer que ces choses doivent leur être au fait qu'[il] est. Il symbolise la force ou le principe en raison de quoi toutes [les] choses sont, force que l'on ne peut modifier et dont les hommes ne peuvent que subir les effets, ou mieux : les vivre » (Fainzang, 1986 : 49).

1. On mesure l'importance que revêt la présence de *kaliya* comme signe de normalité quand on connaît la gravité de la situation sociale des individus stériles en Afrique. Il y a quelques années, Françoise Héritier a montré que « la stérilité s'entend spontanément au féminin, partout et toujours » (1984 : 124-126). Chez les Senufo aussi, la stérilité est couramment assignée aux femmes.

*Activations de kaliya par les conditions de travail
et les changements alimentaires*

En premier lieu, les gens disent que *kaliya* ne « s'éveille » en maladie que chez des personnes qui n'ont pas un sang assez « amer ».

« Si tu n'as pas le sang assez amer, tu peux avoir la maladie de *kaliya* » (S. O.).

Il est tout à fait intéressant de se pencher sur cette caractéristique d'amertume (*soroŋe*) que l'on attribue au sang. En effet, dans cette société, le sang amer (*sisamb'a soro*) témoigne de la santé et de la force de caractère d'une personne ; cette caractéristique est censée empêcher le développement des maladies. On dit aussi de quelqu'un qui aurait le sang « amer » qu'il peut difficilement être la victime d'un sorcier. Chez les Lobi, par exemple, voisins des Senufo, c'est « ... lors des blessures occasionnées par des projectiles empoisonnés [que l'] on se trouve en présence d'un *tomin kha*, c'est-à-dire d'un sang amer¹ » (Cros, 1990 : 28).

L'absence d'amertume du sang est un indicateur de la prédisposition à développer *kaliya*. Mais le fait que *kaliya* devienne une maladie aiguë est imputé à certains changements d'habitudes alimentaires.

« *Kaliya* n'est pas une maladie des ancêtres, car les ancêtres ne connaissaient pas les aliments que nous consommons de nos jours » (N. T.).

Autrement dit, *kaliya* est activé par l'alimentation. La consommation exagérée de sucre est souvent incriminée. Ainsi la consommation du « thé malien » reconnu pour son goût sucré « soulève » *kaliya* dans le corps d'une personne. Les sauces cuisinées « à la manière de la ville »² sont aussi considérées comme activant la maladie. Mais le condiment le plus

1. « Au sens propre, le terme *kha* qualifie l'amertume du goût. La bile [...] est *kha*, "amère", ainsi que la noix de kola. *Kha* s'emploie également dans le sens de "fort" à propos d'une boisson très alcoolisée. Au sens figuré, *kha* est associé à la virilité. [...] Ce terme traduit également une notion très importante chez les Lobi que l'on pourrait traduire par "dangereux", en parlant d'une force surnaturelle » (Cécile de Rouville (1987 : 62), citée par Michel Cros (1990 : 105). La notion d'amertume exprime de manière figurée la force de quelqu'un.

2. Ce sont des sauces contenant trop de condiments aux yeux des Senufo.

cité, largement utilisé par les paysannes, est « le cube Maggi ». Avec les changements d'habitudes alimentaires et culinaires, l'usage de ce condiment, qui n'existait pas du temps des ancêtres, s'est généralisé. Dans la mesure où ces bouillons cubes aromatiques donnent plus de saveur, notamment un goût salé aux aliments, c'est l'excès de sel qui est ici mis en cause, comme ci-dessus l'excès de sucre.

L'expression de « conservatisme nutritionnel »¹ convient pour qualifier les rapports entre *kaliya* et les changements alimentaires. Comme dans le milieu songhay-zarma, « les habitudes alimentaires se sont largement modifiées, [et] cette modification est vécue comme le produit de facteurs externes, non comme l'effet de choix délibérés »².

Un autre condiment est aussi mentionné comme « éveillant » *kaliya*. Il s'agit de *tomati mibe*, farine de tomate ; une poudre de couleur rouge vif provenant de pays voisins. Ce condiment est souvent utilisé par les cuisinières pour donner une belle couleur rouge à leurs sauces. Les aliments consommés « froids » sont considérés aussi comme pouvant activer la maladie. Et si la consommation de *tô* – pâte de céréale – de maïs blanc³ favorise *kaliya*, c'est surtout, selon les paysans, la farine de céréales moulue au moulin qui aggraverait *kaliya*. L'explication qui en est donnée est que ce genre de farine contiendrait des débris de fer de la meule, qui n'ont pu être éliminés par l'opération de tamisage de la farine qui a lieu avant toute préparation.

« Le mil moulu au moulin donne *kaliya*. Vois-tu, Z. a acheté un moulin mais il refuse de manger du *tô* de mil moulu par la meule industrielle, car la farine moulue de cette façon contient des débris de fer qui donnent *kaliya* » (K. O.).

Comme le moulin à mil, les marmites en fer ou en aluminium peuvent activer *kaliya*, car du métal s'incrusterait dans les aliments.

Ainsi ces différents facteurs sont tous liés au changement social que

1. Cette expression est empruntée à J.-P. Olivier de Sardan (1994 : 35).

2. *Idem* : 35.

3. En ce qui concerne l'agriculture céréalière, les cultivateurs senufo ont, depuis quelques années, progressivement abandonné la culture du sorgho et du millet pour ne s'intéresser qu'à celle du maïs et notamment du maïs blanc comme céréale principale. Les raisons avancées par les paysans pour expliquer ce choix évoquent surtout la rapidité du cycle de production du maïs blanc, sa rentabilité et sa facilité d'écoulement sur les marchés par rapport aux autres céréales.

connaît la société senufo. Dans cette société, le moulin à mil est un signe de richesse pour un homme et sa descendance¹. Son acquisition permet d'être connu et cité comme « un riche » dans le village ou dans le quartier. Quant aux ustensiles de cuisine en émail et aux marmites en aluminium, ils confèrent à leur détentrice un statut de femme accomplie. Les femmes ont ainsi progressivement abandonné l'utilisation des poteries pour la cuisine. La bière de mil est de plus en plus préparée dans ces grandes marmites en métal.

En même temps, l'utilisation de tous ces instruments modernes est perçue comme posant problème pour la santé.

« *Kaliya* provient de ce que nous mangeons. Avant, cette maladie existait, mais il n'y avait pas un grand nombre de cas. Aux temps des ancêtres, on disait "joone". Maintenant, les affaires des potières sont finies, les femmes cuisinent dans des marmites en fer ; alors où vont toutes ces saletés ? Au fur et à mesure que l'on vieillit, tout ce fer qui s'est assemblé dans le ventre se transforme en *kaliya*. C'est cela la cause de la maladie » (N. T.).

Les conditions de travail, qui se seraient dégradées depuis le temps des ancêtres, sont aussi évoquées comme causes de *kaliya*. Aujourd'hui, les paysans travailleraient beaucoup plus qu'avant. La culture commerciale du coton implique une intensification du travail.

« Les paysans sont les plus atteints par cette maladie, ils travaillent beaucoup, avec l'effort au soleil, le sang chauffe et éveille de ce fait *kaliya* dans le corps » (S. O.).

Ce facteur est aussi relevé par l'infirmier :

« La cause principale [...] c'est l'émission de l'effort qui favorise la localisation de la hernie. Les paysans fournissent plus d'efforts que les fonctionnaires et, de ce fait, ils sont beaucoup plus atteints par cette maladie. Et puis, ils sont mal nourris. Par rapport aux efforts fournis, ils n'ont pas assez de calories pour fortifier les muscles » (B. C.).

1. Pour un quartier de 1 080 habitants, on compte 3 moulins à mil.

Temps des ancêtres, maladie de sorcier ; temps moderne, maladie de Dieu

Au départ, j'avais émis comme hypothèse que *kaliya* était une maladie très ancienne dont les paysans senufo s'étaient toujours plaints et que, par conséquent, les discours étiologiques et les pratiques de soins en vigueur seraient d'ordre magico-religieux. Mais les représentations et pratiques populaires de *kaliya* se sont révélées autres.

Lorsqu'ils parlent de *kaliya* en tant que maladie, les informateurs évoquent souvent une autre maladie qui aurait existé aux temps des ancêtres¹. En ce temps-là, il n'y avait pas de *kaliya*. Mais il y avait une maladie semblable qu'on appelait *joone* (littéralement, « le testicule »), ou bien *jogrune* (littéralement, « le testicule qui gonfle »). Cette maladie se manifestait par des fortes crises et pouvait tuer. Seuls les hommes en souffraient. *Joone* est typiquement et exclusivement une maladie du sexe masculin, considérée comme « honteuse ». De son côté, *kaliya*, quand il se fixe sur le sexe, peut aussi impliquer de la honte, au moins quant à son évocation (pudeur). Mais on verra plus loin que la dimension honteuse de *kaliya* relève en fait d'un tout autre registre. En soi, avoir *kaliya* n'est pas honteux, les paysans senufo parlent assez facilement de cette maladie.

L'une des différences fondamentales entre l'ancienne maladie et *kaliya* est la suivante : la première (*joone*) était uniquement attribuée à un sorcier², la deuxième (*kaliya*) par contre ne peut en aucun cas être attribuée à un sorcier, à un ancêtre ou à un génie. L'étiologie de *kaliya* n'est pas magico-religieuse. *Kaliya* est présenté comme étant une « maladie de Dieu ». Tous les informateurs que j'ai pu interroger sur la maladie ont la même réponse :

« *Kaliya* n'est pas une maladie donnée par les ancêtres, car c'est une maladie qui est déjà identifiée ; or les maladies des ancêtres ne peuvent être identifiées » (S. T.).

1. Le temps des ancêtres est évoqué par les expressions suivantes : *wolebi wo ternin* (au temps des vieux), *tanđ* (hier), *folfoloŋe* (avant, avant ; terme d'emprunt à la langue dioula ou bambara) ; par opposition à : *nian* (aujourd'hui), *nimi* (maintenant), *nina wo caŋŋŋine* (sous le soleil d'aujourd'hui, de nos jours), etc.

2. Des informateurs nous ont dit qu'en ce temps-là l'époux d'une femme infidèle pouvait avoir recours à un sorcier pour obliger sa compagne à être fidèle. Ainsi, le sorcier aurait eu le pouvoir de rendre malade l'amant d'une femme.

Il faut convenir que « la catégorie « maladie de Dieu » n'est pas une catégorie nosologique, pas plus qu'elle n'est une catégorie étiologique » (Olivier de Sardan, 1994 : 39). Pour le cas nanerge, si *kaliya* est dit être une « maladie de Dieu » c'est en tant que figurant parmi les « maladies prosaïques », dans la mesure où les causes de ces maladies ne sont pas attribuées à des responsables déterminés.

L'extraction de *kaliya* comme enjeu social

Soins de kaliya et médecine des « Blancs » en ville

Un *kaliya* qui ne se rend pas visible ne peut pas être « enlevé », « extrait ». Quand la maladie s'extériorise (visible sous la forme d'une boule), on dit que *kaliya* est « mûr » et donc peut être soigné par une procédure d'extraction. Or, cette thérapie par extraction est propre à la médecine moderne. La guérison est perçue comme consécutive à l'acte « d'extraction » de la maladie : guérir du *kaliya*, c'est se le faire « enlever » à Bobo-Dioulasso. La guérison de la maladie est entièrement conférée à la chirurgie biomédicale. Pour *kaliya*, tout se passe comme s'il n'y avait qu'un seul itinéraire thérapeutique, contrairement à beaucoup d'autres maladies¹. *Kaliya* est une maladie pour laquelle on ne trouve pas de spécialiste capable de la guérir dans la médecine traditionnelle. Par contre, s'il ne peut être guéri qu'en ville par la chirurgie des « Blancs », *kaliya* peut être « adouci » au village. En l'adoucissant, les spécialistes villageois cherchent à localiser et à extérioriser le mal afin qu'il puisse ultérieurement être opéré en ville. Si le malade se rend à Bobo-Dioulasso, c'est pour faire enlever son *kaliya* qu'il estime « mûr » :

« La maladie de *kaliya* n'empêche pas de travailler. Mais quand il devient mûr, on ne peut plus travailler, à ce stade il faut enlever la maladie sinon elle gêne la personne » (K. O.).

1. *Weyno* et *yeyni*, *gamma* et *mara* sont des nosologies populaires qui contrairement à *kaliya* requièrent de recourir à la médecine « traditionnelle » autant et plus qu'à la médecine moderne.

Enlever *kaliya* n'est donc pas un simple euphémisme pour un Senufo.

« Pour eux, dès qu'ils ont mal au ventre c'est *kaliya*. Mais quelquefois, après les analyses de selles, on se rend compte que c'est des vers intestinaux. Dans ces cas, ils ont l'air déçu de ne pas être opérés. Pour eux, tout *kaliya* doit être opéré » (B. C.).

Au village, certaines potions des thérapeutes sont connues pour leurs effets analgésiques. Par ailleurs, les gélules rouge et jaune en provenance du Nigéria – et en vente illicite dans beaucoup de pays – sont mentionnées pour leurs effets calmants sur la douleur provoquée par *kaliya*.

« [...] ils peuvent rester au village 2 à 3 ans avec la maladie avant de venir chez moi (se faire soigner en ville) » (C.B.).

Comparaison des deux nosologies *kaliya* et *joone*

<i>nosologies</i>	<i>périodes</i>	<i>localisation corporelle</i>	<i>étiologie</i>	<i>causalités activantes</i>	<i>efficacité thérapeutique</i>
<i>joone</i> (maladie d'hommes)	temps des ancêtres	sexe	magico-religieuse (sorcier)	adultère	médecine traditionnelle
<i>kaliya</i> (maladie d'hommes et de femmes)	temps modernes	cœur ventre, bas-ventre, reins, sexe	Dieu (maladie sans origine magico- religieuse et à prédisposition congénitale)	aliments (sucre, condiments, cube Maggi) outils en fer et contact des aliments, gros efforts	médecine occidentale

Pouvoir se faire « arranger », une question d'intégrité ?

En ce qui concerne *kaliya*, les malades négligent le dispensaire pour l'hôpital ou le cabinet de soins en ville.

Entre l'identification de *kaliya* et l'opération en ville, il peut s'écouler

des années. *Kaliya* a une capacité évolutive et, de ce fait, on peut identifier la maladie chez une personne sans pour autant qu'elle soit obligée de se faire opérer. L'extraction représente une dépense importante pour le malade. Il faut environ vingt à trente mille francs CFA.

« [...] Maintenant avec la dévaluation, le tarif des soins de *kaliya* dépend du volume de la hernie. Il faut entre vingt et vingt-cinq mille francs de médicaments,... en tout, il faut environ trente mille francs CFA pour se soigner. Le malade est souvent accompagné de deux personnes dont une femme pour s'occuper de la cuisine. Je refuse que le malade vienne tout seul. Je n'ai pas assez de place. Alors, s'ils ont un parent en ville, ils restent chez lui et je me déplace après l'opération pour les soigner là-bas » (C. B.).

Les exigences financières pour extraire *kaliya* entraînent une distinction à faire entre ceux qui peuvent payer et ceux qui ne le peuvent pas. Ceux qui ne peuvent pas sont considérés comme des pauvres et sont donc exposés à la honte. Dans le village où j'ai mené l'enquête, seuls les hommes (avec une moyenne d'âge de quarante-cinq à cinquante ans) ont fait opérer leur *kaliya* en ville. Et l'infirmier qui procède aux extractions en ville atteste soigner plus d'hommes que de femmes. L'épouse d'un membre d'un patrilignage considéré comme « riche » dans le village dit que son *kaliya* n'est pas toujours visible et que si elle n'a pas encore été soignée à Bobo-Dioulasso, c'est parce qu'une maladie de sorcier non identifiée se serait ajoutée à *kaliya*. Elle dit donc avoir deux maladies :

« J'ai *kaliya* et une autre maladie qui n'a pas de nom. C'est pour cela aussi que mon mari hésite à m'amener à Bobo. Il dit que cela reviendrait cher et que c'est assez compliqué. Alors, il préfère qu'on cherche ici à bien séparer les deux maladies, pour bien localiser *kaliya* » (Z. D.).

Les pratiques de distinction sociale interviennent aussi dans les recours thérapeutiques des paysans. Avoir la capacité de se soigner de son *kaliya* c'est s'« arranger ». *Kaliya* est une maladie qui peut « gâter », si on n'en guérit pas à temps. C'est aussi et surtout pour cela que c'est une maladie grave. *Kaliya* fatigue et fait diminuer les forces physiques de la personne. Comme les crises sont imprévisibles, ce que craint le plus un cultivateur c'est que sa maladie le terrasse en période des cultures. Cela pourrait

porter préjudice à sa récolte c'est-à-dire au bien-être à venir de sa maisonnée, d'où l'individu tire son prestige. Et c'est en cela que *kaliya* est une maladie « honteuse ». C'est une maladie qui peut révéler la pauvreté relative d'un individu.

Il n'est donc pas étonnant de constater que beaucoup de gens connus comme riches se sont déjà rendus, à un moment donné, en ville pour faire soigner leur *kaliya*. Soit ils ont subi une opération chirurgicale et sont guéris de *kaliya*, soit ils reviennent au village sans avoir subi cette opération parce que le soignant a trouvé que leur *kaliya* n'était pas « mûr ». Ceux qui rentrent au village attendent ce « mûrissement » de la maladie. Mais, en attendant, ils bénéficient tout de même de la considération des autres, parce qu'ils sont ainsi considérés comme responsables, capables de « s'arranger », donc étant des hommes accomplis. Certes, il n'y a pas que les riches qui se font soigner. *Kaliya* prend aussi les pauvres. Une personne sans être riche peut recevoir l'aide des autres membres du groupe de production ou de sa famille. Mais on constate que les départs en ville pour *kaliya* s'effectuent en général en saison sèche, c'est-à-dire de novembre à avril, au moment où les paysans « aisés » font leurs nouveaux et grands achats à Bobo-Dioulasso. Qu'on ne se trompe pas : un pauvre mourra au village sans s'être rendu en ville pour se faire opérer. Ainsi le décès de B. en décembre 1994 à Silorla semble être attribué à cette maladie et à son état de pauvreté. Tout le monde disait qu'il avait *kaliya* et lui-même le savait. Seulement, par manque de moyens financiers, il ne pouvait pas se rendre en ville pour se faire soigner. C'est pour cela que les Senufo disent de ce genre de cas : « c'est la honte qui l'a tué ».

Derrière un acte thérapeutique, il peut y avoir divers enjeux non thérapeutiques, au-delà du désir évident de guérir. Pour un paysan nanerge, pouvoir faire extraire son *kaliya* est un moyen très important de montrer aux autres sa capacité d'homme honorable. On notera que la moyenne d'âge des gens qui se rendent en ville dans ce but se situe entre quarante-cinq et cinquante ans. Or, c'est à partir de cet âge que les hommes arrêtent, en général, les durs travaux des champs et que la descendance assure la relève. Serait-ce donc là une maladie attestant qu'un homme est bien arrivé à une étape du cycle de sa vie, et marquant sa réussite par sa capacité à se faire opérer d'un mal consécutif à une vie laborieuse bien remplie ?

En guise de conclusion

Par de nombreux aspects, *kaliya* est assez proche de *weyno* et *yeyni* dans le cas songhay-zarma : ces maladies ont les caractéristiques communes de « prédisposition congénitale », de causalité sans lien avec des éléments magico-religieux, « d'activation » par des signes de changements alimentaires, de localisation dans le bas du ventre, de « circulation », et d'« extériorisation », etc. Les malades énoncent clairement les symptômes de leur maladie et ils la nomment aussi. D'après l'infirmier, les malades commencent même par nommer *kaliya* avant de procéder à l'énumération ou la description des symptômes¹ :

« Je suis venu pour faire enlever mon *kaliya* » (C.B.).

Ce n'est qu'après cette nomination que les patients procèdent à la description de leurs maux.

Kaliya est une catégorie « fourre-tout » (du point de vue médical). Mais ce qui est intéressant, c'est que *kaliya* est une entité nosologique populaire conçue comme liée au changement, que ce soit dans le travail agricole, les pratiques culinaires ou les modes de consommation.

Kaliya pourrait être aussi considéré comme une « maladie de passage » par analogie avec la notion de « rite de passage », en ce sens où c'est le franchissement d'une étape du cycle de vie qui est sanctionné.

Un *kaliya* non opéré – s'il est reconnu socialement comme mûr, donc devant et pouvant être extrait – met le malade en face du déshonneur. *Kaliya* est alors un révélateur de la pauvreté. Pauvreté, déshonneur et maladie se trouvent ainsi mis en rapport.

1. La langue dioula (dérivée du bambara) est utilisée comme langue véhiculaire dans la partie sud du Burkina Faso qui est peuplée d'un grand nombre de petits groupes culturels. De ce fait, on peut comprendre pourquoi, de façon naturelle, un paysan senufo dit en allant consulter un infirmier (senufo ou non senufo) qu'il souffre de la maladie *kaliya* (terme d'origine bambara) avant de procéder à l'énumération des symptômes de sa maladie.

Index des informateurs cités¹

- K. O. : Krougo Ouattara, paysan de 51 ans, marié, père de 2 enfants
 S. O. : Signa Ouattara, paysan de 40 ans, marié, 5 enfants
 B. C. : Boureima Cessouma, infirmier en retraite et propriétaire de cabinet de soins médicaux à Bobo-Dioulasso
 M. O. : Moussa Ouattara, 55 ans, célibataire, sans enfant
 N. T. : Naboro Traoré, paysan, 45 ans, 4 enfants
 O. D. : Ousmane Dao, paysan, 55 ans, 3 enfants
 Z. D. : Zibato Dao, paysanne, 25 ans, mariée et mère de 3 enfants
 N. B. : Nagnogo Barro, accoucheuse traditionnelle, 55 ans, veuve et mère de 4 enfants

Ouvrages cités

1994, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Sahel ouest-africain) »,* vol. 4.

Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement, in M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions Archives contemporaines, 35-91.

Bailleul C., 1981, *Petit dictionnaire bambara-français, français-bambara*, England, Avebury.

Bailleul C., 1996, *Petit dictionnaire bambara-français, français-bambara*, Bamako, Ed. Donniya (1^{re} éd., 1981).

Bonnet D., 1995, Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique, *Cahiers des sciences humaines*, 31 (2) : 501-522.

Boyer P., 1989, Pourquoi les Pygmées n'ont pas de culture ?, *Gradhiva*, 7 : 3-17.

Coppo P., Fiore B., Koné N., 1989, Gamma, catégorie nosologique dogon, in Coppo et Keita (éd.), *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Editizioni « E ».

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

1. On connaît le problème des âges approximatifs en Afrique rurale. Les âges de nos informateurs ne font certainement pas exception à cette règle.

Diakite D., 1989, *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bèlèdougou*, thèse de médecine, Bamako, ENMP.

DNAFLA (coll.), 1980, *Lexique bambara-français (bamanankan ni tubabukan danyègafè)*, DNAFLA-ACCT.

Dumestre G., 1992, *Dictionnaire bambara-français*, Paris, INALCO, fasc. 1-9 (A-Nu).

Epelboin A., 1983, *Savoirs médicaux et phytopharmacopées des Fulbe Bande et des Nyokholonke (Sénégal oriental). Essai d'ethnomédecine*, doctorat 3^e cycle, Paris, EHESS.

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

Héritier F., 1984, Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique, in M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal ; anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 123-154.

Huizinga M. et Keita M., 1987, *Lexique médical bambara-français, français-bambara*, Amsterdam, Free University Press.

Le Marcis F., 1996, Kaliya – keefi (Mali, peul), in *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Sahel ouest-africain) »*, ORSTOM-EHESS-CNRS, Marseille, EHESS, 4 : 82-87.

Olivier de Sardan J.-P., 1994 a, Possession, affliction et folie : les ruses de la thérapisation, *L'Homme*, 131 : 7-27.

Olivier de Sardan J.-P., 1994 b, La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences sociales et santé*, 12 (3) : 15-45.

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

Schumacher R., 1993, Qu'est-ce que « mara » au Bèlèdougou ?, in Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali*, Paris, Karthala.

Zempléni A., 1990, How do societies and « corporate » groups delimit themselves ? A puzzle common to social and medical anthropology, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 201-211.

C. Alfieri

Kooko : une entité nosologique populaire de la modernité (Burkina Faso)

Introduction

L'enquête sur *kooko* s'est déroulée au Burkina Faso en milieu urbain et périurbain, dans la ville de Bobo-Dioulasso, qui est la deuxième du pays (320 000 habitants, Dubois, 1990).

L'entité nosologique populaire *kooko* est considérée comme une maladie naturelle apparue récemment dans le pays. Elle est très souvent évoquée, à cause de sa grande diffusion. Les représentations populaires du *kooko* convergent sur le fait qu'il s'agit d'une maladie qui touche principalement les systèmes digestif et reproductif et qui peut en altérer les fonctions de manière radicale. Il s'agit d'une maladie de longue durée, qui connaît des stades de gravité différents. Au stade très avancé, elle est extrêmement invalidante et peut même conduire à la mort.

A partir de l'analyse du matériel recueilli, quelques hypothèses ont été avancées sur certains caractères particuliers concernant cette maladie. Il semble s'agir d'une pathologie contemporaine, qui s'éloigne en partie des catégories nosologiques traditionnelles : le langage des thérapeutes et des personnes interviewées révèle un certain syncrétisme entre les savoirs populaires locaux et les catégories biomédicales.

Les descriptions de *kooko* fournies par les informateurs présentent un noyau minimal commun de symptômes, proposés toutefois dans une progression parfois différente. Les descriptions des symptômes qui convergent autour de ce noyau, et à partir de là se propagent, sont très variées et peuvent changer d'une personne à l'autre. Les « théories » plus ou moins cristallisées présentées par les guérisseurs témoignent d'ailleurs

des difficultés auxquelles ceux-ci se trouvent confrontés alors qu'ils abordent le *kooko* : difficultés de description, de diagnostic et de thérapie. C'est pour cette raison que les informations recueillies sur cette affection sont hétérogènes et parfois contradictoires.

Le *kooko* pose aussi un problème linguistique, car, en fait, le terme qui le désigne n'appartient à aucune langue du Burkina et le consensus est unanime sur le fait qu'il s'agit d'un terme « importé ». On traduit *kooko* par le mot français « hémorroïdes », mais ce terme est réducteur ou même inapproprié par rapport à l'extension et au grand nombre de manifestations présentes dans les différentes représentations de la maladie. Dans la ville de Ouagadougou, d'autre part, nous avons trouvé les traces d'une maladie appelée *sabga*, reliée au paludisme, mais qui peut désigner la jaunisse et les troubles hépatiques et dont le nom semble également être utilisé pour désigner le *kooko* :

« Le *kooko* c'est une expression qui vient des pays côtiers, du Ghana et de la Côte-d'Ivoire, ce n'est pas burkinabé du tout, la traduction française du *kooko* c'est les hémorroïdes. Le *kooko*, nous on l'appelle aussi *sabga* en moré » (Adama Ilboudo).

Au contraire, dans la région de Bobo-Dioulasso, aucun terme local pour désigner le *kooko* n'a été repéré, si ce n'est *kotigè*¹, qui désigne les fissures anales chez l'enfant, considérées comme une maladie qui peut évoluer vers le *kooko* à l'âge adulte.

Le moment de l'apparition de la maladie dans le pays est difficile à dater exactement, mais il semble être situé par la plupart des interviewés dans la période entre 1950 et 1960. Certains affirment avoir entendu parler du *kooko* pendant la colonisation, d'autres estiment que cette affection s'est manifestée dans les premières années de l'indépendance. Toutefois, tout le monde est d'accord pour affirmer que le *kooko* a été « importé » par l'intermédiaire des travailleurs burkinabé émigrés dans les pays côtiers où le climat plus frais serait favorable à son développement.

1. Ce terme est en dioula, parler proche du bambara, qui sert de langue véhiculaire dans la région de Bobo comme dans le Nord de la Côte-d'Ivoire, et qui est autant sinon plus parlé à Bobo que le bobo, langue autochtone. Sauf mention explicite contraire, les termes vernaculaires cités désormais dans ce texte viennent du dioula. Sur *kooko*, cf. *infra* l'article de M. Yaogo.

Description de *kooko* par trois guérisseurs

Les représentations de *kooko* se présentent donc comme constituées d'un noyau central plutôt restreint entouré de plusieurs symptômes. C'est pourquoi le *kooko* semble se rapprocher de certaines pathologies populaires, telles que *weyno* (cf. Olivier de Sardan, 1994) et *suma* (cf. Diallo, 1996), qui relèvent de la configuration plutôt que du système. Cette configuration est centrée sur le nom de *kooko* qui permet de réunir en une seule entité un grand nombre de manifestations symptomatiques. De même, malgré les différences entre les représentations, la localisation de *kooko* est presque unanime : *kooko* est une maladie interne (*kononabana*) qui a son siège dans le ventre.

Pour essayer de mieux éclaircir les caractéristiques de cette entité nosologique, il est intéressant d'examiner les différentes structurations de *kooko* à partir d'éléments communs, telles qu'elles apparaissent dans les discours de trois guérisseurs.

1. Le premier guérisseur considère qu'il y a deux types de *kooko* qui donnent lieu à des manifestations fort différentes. Selon lui, *kooko* est une maladie interne qui réside dans le ventre.

Il y a deux types de *kooko* : avec germes et sans germes¹.

a) le *kooko* avec germes est provoqué par un dépôt de germes (qui sont comparés à des « larves de grenouille ») sur l'intestin, ce qui entraîne la constipation, des borborygmes – « le ventre crie » – et un amaigrissement du malade. Les symptômes de cette première phase sont des démangeaisons aux yeux et à l'anus, et, chez la femme, des perturbations du cycle menstruel.

Ce n'est que dans une deuxième phase que quelque chose se forme sur l'anus : une « membrane ». Il peut aussi y avoir la formation de

1. De nombreux guérisseurs empruntent des termes à la biomédecine et les appliquent à des façons traditionnelles de penser la maladie. C'est ainsi que l'on trouve fréquemment des mots comme « germe », « virus », « microbe » pour indiquer un état morbide. Cela provient de plusieurs facteurs, tels que les campagnes d'éducation à la santé, la proximité de l'hôpital, la fréquentation des structures sanitaires par des proches ou soi-même, ainsi que – pour la plupart des tradipraticiens – de brefs stages de formation organisés par la Croix-Rouge, par les Organisations non gouvernementales ou des réseaux confessionnels, etc. Ce type de langage est aussi favorisé par la diffusion – par ailleurs limitée – de publications parfois vétustes en français sur les propriétés de certaines plantes médicinales, leurs prescriptions et leurs posologies.

boutons à l'intérieur de l'intestin, qui parfois donnent des dépôts blanchâtres. Ceux-ci peuvent se transformer en croûte qui, appuyant sur le vagin, peut donner lieu à des « excroissances vaginales » et se présenter sous la forme d'une maladie indépendante appelée *boboduma*, qui se manifeste avec des sécrétions vaginales blanches et en dehors de la norme. Quand les dépôts de germes sur l'intestin deviennent très importants, ils obstruent les trompes de Fallope, ce qui provoque bien sûr la stérilité. Le sang menstruel peut aussi devenir noir, jusqu'à l'arrêt des règles et, encore une fois, mener à la stérilité.

La maladie monte ensuite au cerveau, provoque des maux de tête et des troubles de la vue.

b) le *koko* sans germes, au contraire, fait grossir :

« Vous devenez bien rond et vous-même vous êtes content. C'est à ce moment-là que *koko* va prendre tous les organes, ça noircit le sang. L'eau du corps devient sale et ne nettoie plus bien » (Issiaka Diarra).

Il s'agit d'une sorte d'empoisonnement de l'organisme qui n'est plus purifié par « l'eau du corps ». A partir de là, le malade devient paresseux car il ressent des courbatures, voire, dans le cas de l'homme, une certaine faiblesse sexuelle.

Le *koko* sans germes, dans sa phase aiguë, se présente sous forme de *mara*, une ancienne maladie connue dans la région avant l'apparition du *koko*. Le *mara* est une maladie véhiculée par le sang et qui est représentée sous formes de petites graines qui circulent dans le réseau sanguin. Les principaux symptômes sont les suivants : maux de tête, fièvre, problèmes aux yeux, tremblements temporaires de la peau, chaleur sous la plante des pieds. Le *mara* peut même entraîner la folie et conduire à la mort.

Selon Issiaka Diarra, donc, le *mara* est toujours une dégénérescence du *koko*.

2. Le second guérisseur décrit la maladie comme le résultat d'une progression à travers différents stades pathologiques.

Il considère le *koko* comme un élément congénital présent dans le corps humain, et plus précisément dans le sang, qui devient pathologique

lorsqu'il est stimulé, par exemple par une mauvaise alimentation qui entraîne la constipation :

« Tout le monde traîne avec lui *kooko*, mais c'est seulement l'alimentation qui peut faire déclencher du stade simple au stade maladie » (Adama Bassole).

Le *kooko* se manifeste donc dans le ventre. En effet, une alimentation très sucrée donne lieu à un dépôt dans l'estomac, qui passe ensuite dans l'intestin :

« La première manifestation du *kooko* chez l'être humain, ça commence par une constipation » (A. B.).

Il considère que la constipation donne lieu à des douleurs cardiaques et à une fatigue générale, car elle empoisonne l'organisme. Le malade éprouve aussi des douleurs aux articulations et il perd l'appétit. Cette perte de l'appétit est causée également par le fait que le *kooko* attaque le foie qui ne secrète plus la bile et donc ne remplit plus sa fonction de faciliter la digestion.

Cette première phase est appelée phase du *kooko* interne.

Ensuite le malade a des démangeaisons aux cils, aux paupières et dans la zone anale. Cette phase prépare l'extériorisation du *kooko* qui est liée à l'alimentation.

« Si l'on mange de la viande, surtout saignante, le *kooko* va sûrement sortir sous forme d'hémorroïdes » (A. B.).

Parallèlement à l'extériorisation, les malades de sexe masculin sont attaqués au niveau des reins. Ceux-ci étant censés produire le sperme (*lawá*), il en découle une certaine faiblesse sexuelle, le sperme diminue et sa qualité se détériore. Même chez la femme, le *kooko* attaque les organes génitaux et provoque des douleurs très fortes au moment des règles, ainsi que des perturbations de celles-ci. Le sang menstruel devient noir et gluant. Si la maladie perdure, on en arrive à la formation d'une boule dans l'utérus, qui occupe la place du fœtus et provoque la stérilité temporaire. Cette complication du *kooko* est appelée *boboduma*.

Quand le *koko* devient chronique, parce qu'il n'a pas été bien soigné, le malade ressent des maux de tête très forts, il voit flou :

« Il a l'impression qu'il y a quelque chose qui marche sur son visage, l'impression qu'il y a quelque chose sur lui » (A. B.).

Il a la sensation d'avoir des insectes qui marchent sur sa peau et qui le mordent. Il y a aussi un réchauffement aux paumes des mains et aux plantes des pieds. Parfois c'est la peau elle-même qui bouge. La personne peut entendre des sifflements semblables au son d'une sirène. Tous ces symptômes sont les signes de *mara*, une maladie indépendante du *koko*, mais qui peut en être la conséquence.

3. Selon le dernier guérisseur, *koko* est une maladie « huileuse » qui est localisée dans le ventre. Elle est représentée comme une couche de matière grasse et blanche avec des caillots rouges, qui s'est déposée au niveau des intestins :

« Elle ressemble à la bosse ou à la mamelle d'un animal. » Cette couche alimente les microbes qui sont distribués dans le corps : « Pour soigner, il faut enlever ça en buvant des produits amers qui peuvent la faire décoller petit à petit » (Aboubacar Yaro).

Il y a deux types de *koko* : l'interne et l'externe : tous les deux commencent par une constipation qui, si elle perdure, provoque une implantation de la maladie dans le corps.

a) L'interne donne des ballonnements de ventre, des démangeaisons à l'anus, des troubles de la vue :

« C'est comme s'il y avait des nuages devant les yeux » (A. Y.).

Il donne aussi des migraines et des troubles du sommeil. Il entraîne une faiblesse sexuelle chez l'homme et perturbe les règles chez la femme.

b) Le *koko* externe fait sortir une ou plusieurs boules au niveau anal. Les selles contiennent du sang. Quand le *koko* perdure dans le corps du malade à cause du manque d'efficacité des traitements, on arrive au *mara* :

« Le *mara* se répand dans tout le corps, ça trouble les yeux, chez d'autres ça leur arrache la vue. Le *kooko* duré, ça provoque le *mara* » (A. Y.).

On peut donc avancer l'hypothèse qu'il n'y a pas, pour le *kooko*, confusion entre maladie et symptômes : le *kooko* est diagnostiqué d'après un ensemble de symptômes, mais sa représentation ne se limite pas à ces derniers puisqu'elle est cristallisée par des images : couche de graisse, graines dans le sang, etc.

On peut aussi souligner que parmi ces symptômes nous trouvons également des maladies qui peuvent exister indépendamment du *kooko* (*bobo-duma*, *mara*, stérilité, impuissance sexuelle masculine).

En ce qui concerne le *mara*, il s'agit d'une vieille maladie présente dans la région depuis longtemps et qui a certainement précédé l'apparition du *kooko*. Autrefois, elle n'était soignée que par quelques familles qui connaissaient les médicaments spécifiques et sa diffusion semble avoir été modeste. D'après les descriptions données au cours des entretiens, il ressort que cette pathologie complexe, qui est surtout liée aux migraines, aux troubles de la vue et à la folie – la sphère abdominale étant considérée à la fois comme le point de départ de la maladie et comme symptôme secondaire – est aujourd'hui systématiquement mentionnée en relation au *kooko*. Le lien entre ces deux maladies se produit seulement dans la phase aiguë du *kooko*, celle du gonflement et de l'intériorisation. Ruth Schumacher, dans son étude sur *mara* chez les Bambaras du Bèlèdougou au Mali (Schumacher, 1993), souligne que ce terme a été traduit du bambara en français par « onchocercose », ce qui simplifie et déforme de beaucoup la portée de cette maladie, comme c'est le cas avec *kooko* traduit par « hémorroïdes ». La description de *mara* donnée par l'auteur correspond à peu près à l'ensemble pathologique composé par *kooko* et *mara* dans la ville de Bobo-Dioulasso. La correspondance entre ces entités nosologiques – *mara* du Bèlèdougou et *mara/kooko* bobolais – est donc importante. Cependant, dans le *mara* décrit par Schumacher, il n'y a pas d'extériorisation à travers les hémorroïdes, et les troubles mentaux induits par la maladie semblent occuper une place très importante, jusqu'à porter atteinte aux principes constitutifs de la personne. Au contraire, en milieu bobolais, les troubles mentaux associés au binôme *mara/kooko* apparaissent de façon beaucoup plus modeste :

« Quand le *koko* se transforme en *mara*, ça peut aussi amener la folie chez la personne. Son entourage comprend qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale et garde la personne chez eux » (Didier Sanou).

Les savoirs populaires semi-spécialisés et non spécialisés

Certains informateurs ont donné, outre les symptômes présents dans les descriptions de *koko* faites par les trois guérisseurs, d'autres symptômes éparpillés, mais néanmoins importants. Parfois il s'agit d'une perception de la maladie due à l'expérience directe, ou à celle des proches, de symptômes douloureux, combinée à des savoirs populaires collectifs sur cette affection.

C'est pour ces raisons que le discours populaire non spécialisé semble parfois être moins technique, mais plus profond : la description des symptômes peut être plus capillaire et détaillée.

La description de base recoupe en général celle des guérisseurs. En effet, on reprend les oppositions qui cristallisent les représentations du *koko* : maigrir/grossir et extériorisation/intériorisation. Ces oppositions semblent aussi s'entrecroiser dans les représentations populaires.

« Dans les deux types de *koko*, celui qui fait maigrir, ça donne des poussées à l'extérieur, celui qui fait grossir, ça pousse à l'intérieur et ça peut tuer » (Pascal Sanou).

« Le *koko* qui fait grossir est le plus dangereux parce que ça reste dans ton ventre, ça ne s'extériorise pas et ça marche dans ton sang. La peau est belle et brillante et tout le monde pense que tu es bien, mais quand tu commences à maigrir, si tu manges, tout est versé dans les w-c » (Boureima Sanou).

A ce propos, les savoirs populaires font appel à un diagnostic très répandu – qui n'est pas employé seulement pour le *koko* – consistant à exercer une pression sur la peau du malade : si le doigt s'enfonce et que la peau en garde la trace, c'est signe de maladie :

« Quand le *koko* fait grossir et tu es gonflé, tu es comme une mangue, tu peux mettre le doigt sur ton corps et ça rentre » (Raphaël Sanou).

Un autre élément intéressant qui est toujours évoqué par les gens est celui de la fatigue générale (*farifaga*) qui semble cacher la réalité d'un état psycho-physique complexe pour lequel on peut faire référence à l'idée de « stress », comme le confirment les témoignages recueillis :

« Au début de la maladie je me soignais comme pour le palu, je ne guérissais pas et j'avais une fatigue morale et physique pour moi inconnue. C'est sûr que nos parents ne connaissaient pas ça, les préoccupations continues. On ne dort pas suffisamment. Quand le *kooko* est très poussé, on n'a pas envie de se lever » (Abdullaye Sanou).

« On a envie de travailler mais on n'y arrive pas » (Paul Sanou).

Il semble que l'appareil urinaire soit également attaqué par *kooko*. Lorsqu'il y a un problème dans la zone intestinale, les organes urinaires sont aussi touchés : difficultés de miction, sang dans les urines, éliminations de calculs. Ces derniers sont considérés comme des saletés présentes dans les fluides du corps (surtout l'eau et le sang), qui découlent toujours d'une mauvaise alimentation.

Le système nerveux peut être également atteint par *kooko*. Certains voient précisément dans ces troubles nerveux la raison de la faiblesse sexuelle chez l'homme :

« Le *kooko* attaque les muscles » (Adama Sanou).

Il faut préciser, à ce propos, qu'il existe un seul mot dioula (*fasa*) pour désigner tout ce qui a trait aux nerfs, aux tendons, aux veines, aux muscles et aux ligaments. De plus, selon de nombreux informateurs, l'action de *kooko* s'étend même à ces domaines et en inhibe les fonctions.

Les vertiges sont aussi évoqués à des stades différents de la maladie. On entend parler de vertiges lorsque la maladie vient de s'implanter dans le corps : il s'agit donc d'un effet de la constipation, d'une conséquence de l'« empoisonnement » du sang ou de l'eau du corps :

« Quand le ventre est constipé, ça ne va pas, si tu te lèves brusquement il faut que tu t'arrêtes, au moins cinq minutes, sinon tu tombes vite » (Ralake Ouedraogo).

Et on retrouve souvent les vertiges au stade du *mara* :

« *Mara* donne des maux de ventre et *kooko* s'éparpille dans le sang. Tout ça, ça donne des vertiges aussi. Quand vous baissez la tête, on dirait qu'elle va éclater et que vous avez du piment dans les yeux » (Nadjuma Sanogo).

Une hausse de tension est un autre symptôme fréquemment évoqué et lié aussi bien à une mauvaise circulation du sang qu'à l'effet constipant typique de *kooko*.

Le *kooko* peut aussi donner des excroissances au niveau des yeux, sur la langue, les gencives et sur le sexe. Sur les yeux elles provoquent des démangeaisons, sur le sexe elles peuvent dégénérer en plaies parfois purulentes, et dans la bouche elles attaquent les dents et provoquent des plaies.

Le *kooko* pédiatrique

Le *kooko* semble frapper même les enfants, auxquels il est transmis par les parents.

La représentation du *kooko* pédiatrique semble être faite à partir de maladies infantiles plus anciennes telles que le *kotige* (fissures anales) et le *kolon* (troubles digestifs qui provoquent des plaies dans la bouche et à l'anus), déjà préexistantes (cf. Desclaux, 1996).

« Quand un enfant naît avec le *kooko*, il souffre de maux de ventre et parfois de diarrhée. Les selles sont vertes. Il a des plaies sur l'anus et dans la bouche » (Tene Sanou).

Ces symptômes correspondent, en effet, à ceux du *kotige* et du *kolon*, ce qui est confirmé par le fait que de nombreux interviewés nous ont dit que *kotige* est le nom du *kooko* des enfants. L'enfant qui présente ces signes sera à l'âge adulte frappé par le véritable *kooko*.

D'autre part, le *kotige* est également considéré comme un signe pré-curseur de la toux, du rhume et du paludisme.

« Le *kooko* des enfants est dû au contact avec l'humidité, le froid et à l'excès de sucre » (Sylvie Sanon).

Modalités de transmission

Les avis sont partagés en ce qui concerne les modalités de transmission de *kooko*. Les opinions les plus courantes sont que *kooko* se propage surtout par transmission héréditaire (père/enfant, mère/enfant) ou que ce n'est pas une maladie transmissible du tout.

Il existe aussi une théorie de la contamination : on peut contracter *kooko* en enjambant l'urine ou l'eau des lavements d'un malade, ou plus simplement l'eau qu'un malade a utilisée pour se laver :

« Celui qui a la maladie du *kooko* doit éviter de se laver n'importe où. Pendant qu'il se soigne, il ne faut pas qu'il se lave dans la même toilette que les autres » (Didier Sanou).

Cette conception de la contagion se retrouve fréquemment à propos d'autres maladies, telles que le *kono* (convulsions infantiles dites « maladie de l'oiseau »)¹, l'épilepsie, etc.

Causes

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que tantôt *kooko* est considéré comme une entité non pathologique que tout le monde possède dès la naissance et qui peut parfois se transformer en maladie en présence de certains facteurs externes parmi lesquels un certain type d'alimentation et de climat, et tantôt il est perçu comme une entité qui n'existe que sous sa forme pathologique.

Plusieurs causes sont censées le provoquer ou le déclencher.

Selon la plupart des gens, le paludisme est étroitement lié à *kooko*, et peut même en être la cause :

« Un palu qui a trop duré dans le corps, ça se transforme en *kooko* » (Boureima Sanon).

1. Cf. *infra* l'article de Bonnet.

Dans la région de Bobo-Dioulasso même, la jaunisse (*sayi*) a été parfois évoquée comme cause/effet du *koko*, mais toujours en rapport avec le paludisme (*sumaya*) :

« *Sumaya*, *koko* et *sayi* marchent ensemble » (Aboubacar Yaro).

Si l'on essaie de situer le *koko* dans un ensemble nosologique plus vaste qui inclut aussi *sayi* (en dioula) et *sabga* (en moré), on est amené à faire constamment référence à *sumaya*¹. En effet, dans les descriptions fournies à propos de ces entités, apparaît un ensemble de symptômes communs – comme la fatigue, les douleurs aux articulations, le « corps chaud », la perte de l'appétit, etc. – qui renvoient en première instance à *sumaya*. On dit aussi généralement que la durée excessive du « palu » dans le corps peut provoquer une autre pathologie : c'est le cas du *sayi* qui est censé commencer comme *sumaya*. Le *koko* aussi est souvent mentionné comme un des effets d'un « palu chronique ». D'autre part, si l'on considère le terme *sabga*, on se rend compte que celui-ci est employé pour définir le *koko* en langue moré, mais qu'il est aussi utilisé pour indiquer le paludisme lorsque des troubles hépatiques apparaissent (cf. Bonnet, 1990). De plus, l'étiologie de toutes ces maladies porte sur des éléments communs d'origine naturelle, comme les déséquilibres alimentaires et le climat. *Sumaya* semble donc se présenter comme le modèle de référence sur lequel se greffent toutes ces entités.

D'autre part, l'activité sédentaire de certains métiers urbains (chauffeur de taxi, employé, tailleur, etc.), combinée avec une mauvaise alimentation, peut déclencher le *koko* :

« Il y a des personnes qui aiment trop s'asseoir, qui ont un travail où ils sont obligés de s'asseoir : les secrétaires de bureau, les tailleurs, les employés, les taximen, les chauffeurs. Tous ces gens-là sont exposés à ce genre de maladie » (Zézouma Sanou).

Le *koko* peut donc être considéré comme une maladie principalement urbaine ainsi qu'une maladie introduite récemment au Burkina :

1. Cf. à propos de *sayi* et *sumaya*, l'article de Jaffré sur *sayi*, *supra*.

« Le *kooko* est une maladie des temps modernes » (Didier Sanou).

« C'est très rare qu'un paysan qui cultive et qui fait son coton, qui est tout le temps sous le soleil, va connaître le même risque qu'un type de la ville. Un type de la ville est exposé à tous ces trucs-là. Vous mangez des fois des aliments qui sont un peu carburés, tels que les mangues. On met du carbure, on fait la soudure avec ça, ça produit du gaz [...], là ça munit la mangue très rapidement. Tout ça, ce sont des trucs que le foie n'aimerait pas trop absorber » (Zézouma Sanou).

L'utilisation récente de pesticides et d'engrais chimiques, véhiculés par l'alimentation, est aussi considérée comme une des causes secondaires de la maladie.

C'est surtout le changement alimentaire qui est identifié, de façon générale, comme la véritable cause du *kooko* :

« Maintenant avec le modernisme et l'ouverture des frontières, toutes sortes d'aliments entrent au Burkina, tandis que jusqu'aux années soixante le riz, par exemple, n'était pas tellement fréquent dans le pays, sauf les chefs et les intellectuels qui pouvaient s'offrir le luxe d'en manger. Mais maintenant le riz est devenu un aliment de base » (Adama Bassolé).

Il y a toute une série d'aliments considérés comme « négatifs ». Il s'agit en premier lieu de la viande saignante ou fraîche, consommée fréquemment et en quantité importante :

« Dans les restaurants populaires ou dans la rue, on découpe la viande et on fait un gros tas. La viande est lavée comme ça, sommairement, et puis elle est renversée dans la marmite et on la fait cuire. Mais elle n'a pas été bien lavée afin de chasser tout le sang qui est dans la viande et lorsqu'on prépare on n'est même pas sûr que ça soit bien cuit. Consommer de telle sorte assez régulièrement conduit au *kooko* » (Adama Bassolé).

Le cube Maggi et les arômes de fabrication industrielle, autrefois inconnus, sont des produits alimentaires introduits assez récemment dans la préparation des sauces. Ils sont donc perçus comme des innovations qui perturbent l'équilibre alimentaire et peuvent favoriser le déclenchement de la maladie.

D'autres aliments, comme le riz et le pain, sont censés « sécher le

ventre » et provoquer la constipation. De même, l'excès de sucre peut attaquer l'estomac, et l'excès de graisse, entraîné par la consommation d'huile, de beurre, d'arachides et de graisses en général, est considéré comme nocif, surtout pour le foie. L'alcool est toléré dans une mesure acceptable, surtout lorsqu'il s'agit de boissons traditionnelles comme le *dolo*. Toutefois, l'abus d'alcool est aussi jugé très dangereux pour la santé. Le sel est également considéré comme un aliment pouvant aggraver le *koko*.

Pour résumer :

« Le *koko* provient de certaines toxines présentes dans la viande, les œufs, le sucre qui contiennent des substances kokoïgènes » (Didier Sanou).

De ce fait, le *koko* semble indiquer une rupture partielle avec les schémas étiologiques des catégories nosologiques habituelles : cette maladie semble donc se présenter comme une pathologie de la modernité.

Prévention et traitements

L'alimentation est considérée, par ailleurs, comme une des méthodes de prévention les plus efficaces. Face aux aliments négatifs, en effet, il y a des aliments qui sont censés prévenir la maladie ou éviter une aggravation. Il s'agit pour la plupart d'aliments traditionnels qui facilitent la digestion parce qu'on dit qu'ils « humidifient le ventre » : le *to* avec la sauce potasse, le *soumbala*, les feuilles de haricot :

« Dans le temps on consommait beaucoup de feuilles, de légumes, ce qui faisait que le ventre n'avait pas le temps de s'assécher et on ne connaissait pas la constipation parce que c'était des laxatifs en même temps » (Adama Sanou).

La potasse a aussi une fonction de purification, selon un guérisseur :

« Elle tue les microbes, lave la bile, lave l'estomac et facilite la digestion des aliments » (Zezouma Sanou).

L'eau est également un agent de purification : on considère qu'une grande consommation d'eau maintient le ventre humidifié, empêche la constipation et, par conséquent, éloigne le *kooko*.

On parle aussi d'aliments qui calment le *kooko* : la viande blanche et le poisson.

Une méthode préventive très utilisée par les mères consiste à donner aux nouveau-nés des bains fréquents dans des infusions à base d'herbes ou de racines. Cette pratique relève des connaissances de famille, et aujourd'hui reste employée couramment pour la prévention du *kooko*.

Au début de la maladie, les gens ont recours à l'automédication. Ensuite, si une amélioration ne se produit pas, ils consultent les guérisseurs. Ces derniers sont très discrets sur les produits phytothérapeutiques qu'ils utilisent. Chaque guérisseur semble proposer, selon la phase de la maladie, une recette spécifique. En général, ils prescrivent des produits qui favorisent la diarrhée afin d'agir de façon efficace contre la constipation et d'éliminer la maladie du corps du patient.

« On utilise des produits qui tuent les microbes du *kooko* qui sont dans le ventre » (Issa Coulibali).

Toutefois, selon certains guérisseurs, les traitements contre la constipation ne sont pas efficaces, car ils éliminent seulement un symptôme du *kooko*, la constipation, sans s'attaquer à la maladie elle-même.

On emploie aussi, mais moins fréquemment, des produits qui favorisent les vomissements. L'attaque contre le siège de la maladie, c'est-à-dire l'intestin, est considérée comme l'approche la plus efficace. Les purgatifs sont prescrits surtout par voie orale, même si plusieurs guérisseurs voient dans les lavements internes un traitement efficace, complémentaire à d'autres, tels que l'utilisation du *meso*, des suppositoires ou des comprimés à base d'herbes pilées, maintenues ensemble avec du beurre de karité, qui peuvent être appliqués localement ou bien émiettés et pris avec des boissons.

Du fait qu'il s'agit d'une pathologie relativement récente, les guérisseurs ne peuvent exploiter qu'un nombre assez restreint de produits hérités des connaissances de famille. Même le recours à des parents guérisseurs qui habitent en brousse se révèle peu efficace, car les villages sont beaucoup moins frappés par le *kooko* que la ville, et, par conséquent, ce sont

des lieux peu propices à la production de thérapies alternatives ou complémentaires à celles que les guérisseurs emploient déjà. Souvent, d'ailleurs, les médicaments que les guérisseurs disent avoir appris de leurs parents ou grands-parents sont des remèdes pour les maux de ventre qu'on applique aujourd'hui au traitement du *kooko*, mais avec d'autres doses. Parfois les gens se plaignent de cette incompétence :

« Beaucoup de guérisseurs utilisent pour le *kooko* les mêmes produits que pour le *kotige* des enfants et maintenant ils disent que ce sont des produits pour le *kooko*. Peut-être ils ont intégré leurs connaissances avec d'autres produits, mais tout récemment. La maladie ne date pas d'il y a longtemps au Burkina » (Madeleine Sanou).

Comme le *kooko* est une maladie très répandue, mais qui n'est apparue que récemment, les méthodes thérapeutiques le concernant se situent souvent encore au stade d'expérimentation.

« Quand on donne au malade un produit pour le soigner qui ne correspond pas à la maladie du *kooko*, s'il consomme le produit, ça va lui provoquer une autre maladie ». Et encore : « Le patient qui vient chez toi et qui dit qu'il a le *kooko*, tu lui donnes un produit. Or, si le produit que tu as donné, tu ne sais pas s'il va le guérir, ça peut conduire la personne jusqu'à la mort » (Aboubacar Yaro).

En général, dans le cas du *kooko*, les guérisseurs ont tendance à prescrire, comme nous venons de le souligner, des produits qui provoquent la diarrhée afin d'éliminer la constipation. Mais une connaissance superficielle du produit en question et de sa posologie peut avoir des effets très graves sur le patient, comme des diarrhées persistantes et l'apparition d'ulcères sur les parois de l'estomac et de l'intestin :

« Ce n'est pas tout ce qui est diarrhée qui amène la santé » (Issiaka Coulibali).

Interaction avec les services de santé

« *Kooko*, vraiment je ne pense pas que ça puisse se soigner à l'hôpital. Celui qui a le *kooko*, parfois on dit qu'on lui fait l'opération, mais si vous coupez

ce qu'il y a dehors, ce qui se trouve dans son ventre et dans son sang ça continue » (Adama Ilboudo).

« A l'hôpital on peut trouver des calmants pour atténuer certaines douleurs, certaines sensations dans le corps et c'est tout » (Issiaka Coulibali).

La ville de Bobo-Dioulasso est le siège de l'hôpital régional Souro Sanou, qui est surtout utilisé par les gens de la ville et des villages avoisinants.

Le recours aux soins hospitaliers, dans le cas du *kooko*, est considéré comme l'extrême tentative après l'échec des différents itinéraires thérapeutiques traditionnels. Les raisons peuvent en être différentes : les gens estiment souvent que l'hôpital ne donne pas de traitements appropriés à soigner une maladie aussi complexe et qu'il ne peut que leur offrir un soulagement temporaire de la douleur, sans agir réellement sur la maladie. A cause de leur manque de confiance envers l'efficacité des soins hospitaliers, ils n'y ont recours qu'en cas d'urgence. Par conséquent, l'intervention tardive fait en sorte que les soins se révèlent souvent inefficaces et que le décès se produit justement pendant l'hospitalisation, ce qui renforce la conception d'une certaine incapacité de la part de l'institution à soigner le *kooko*.

Même en cas d'intervention chirurgicale, les insuccès ou les rechutes mentionnés par les interviewés contribuent à alimenter le manque de confiance envers l'institution sanitaire. A cela il faut ajouter le grave problème du coût des produits biomédicaux et d'une éventuelle intervention chirurgicale : la plupart des gens ne peuvent y faire face, surtout après la dévaluation.

Le personnel médical et paramédical, d'autre part, tout en connaissant cette maladie, a tendance à l'observer avec une certaine distance et à la « morceler » en une série de pathologies indépendantes et souvent inconcues du patient. Les soignants partent du présupposé que :

« tout ce que les gens n'arrivent pas à expliquer, ça devient *kooko*, après les soins qui n'ont pas été efficaces » (Issiaka Ouedraogo).

De plus, la masse d'examens qui sont prescrits ne semblent pas être expliqués suffisamment aux patients.

D'autre part, l'attitude des médecins est critique par rapport aux thé-

rapies traditionnelles qui peuvent parfois provoquer des nécroses du côlon et donc l'impossibilité de sauver le malade :

« Les lavements peuvent faire très mal, peuvent faire des ulcérations nécrotiques au niveau du rectum. La personne ne peut plus survivre. Certains tradipraticiens ne savent même pas quels produits ils utilisent. On permet à des individus de mettre sur la place du marché n'importe quoi » (Zezouma Sanou).

Le *kooko* apparaît donc comme une maladie polysémique et prosaïque. Les représentations les plus courantes l'assimilent à un arbre qui peut pousser et se ramifier à l'intérieur du corps humain, ou à une couche de graisse posée sur le bas-ventre, ou encore à des graines qui circulent dans le sang. C'est une maladie perçue comme étant très dangereuse parce qu'elle touche l'appareil reproductif chez la femme et la virilité chez l'homme. A un certain stade de gravité, elle peut être très invalidante et même conduire à la mort.

Une hypothèse intéressante a été suggérée par certains informateurs à propos de la diffusion actuelle du *kooko* et de certains symptômes qui peuvent le rapprocher du SIDA :

« Le SIDA maintenant est venu gêner le nom du *kooko*. Beaucoup de sidéens se cachent derrière la maladie du *kooko* surtout dans la phase de l'amaigrissement » (Zezouma Sanou).

« Le *kooko* est une maladie plus dangereuse qu'on ne le pense, parce qu'elle empoisonne tout le corps. Dans certaines de ses manifestations, il fait penser au SIDA, parce qu'il y a un amaigrissement extrême, des dermatoses au niveau de la peau, la chute des cheveux » (Didier Sanou).

En effet, c'est justement au niveau symptomatique, où il existe des éléments communs, tels que les diarrhées fréquentes et répétées, une forte perte de poids, une sensation de fatigue prolongée, que l'on pourrait essayer d'établir des rapprochements entre ces deux pathologies contemporaines.

Toutefois, la perception sociale de ces deux maladies est très différente, le *kooko* étant considéré par la plupart des gens comme une maladie guérissable, honteuse, il est vrai, dans le cas où elle détermine une inva-

lité temporaire au niveau sexuel, mais non stigmatisante, comme l'est le SIDA.

Ouvrages cités

Bailleul C., 1981, *Petit dictionnaire bambara-français et français-bambara*, Amersham, Avebury Publishing Company.

Bonnet D., 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, in Fassin D., Jaffré Y. (sous la direction de), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, 243-257.

Bulletins du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest) », tomes 1 à 4.

Desclaux A., 1996, De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant, points de vue de thérapeutes concurrents, in Benoist J. (sous la direction de), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 251-280.

Diallo Y., 1996, Suma : la représentation complexe d'une maladie banale, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest) »*, 4, 4-14.

Dubois M.C., 1990, *Étude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain*, Bobo-Dioulasso, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction provinciale de la Santé du Houet.

Jaffré Y., 1996, Notes de terrain : Sayi (variante dialectale *sòli*), *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest) »*, 5, 17-26.

Olivier de Sardan J.-P., 1994, La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences sociales et santé*, 12 (3), 15-45.

Schumacher R., 1993, Qu'est-ce que le « mara ». Une approche ethnomédicale au Bèlédougou, in *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, in J. Brunet-Jailly (sous la direction de), Paris, Karthala-ORSTOM, 49-81.

M. Yaogo

Les maladies du ventre et du bas-ventre en *bisa* et en *moore* (Burkina Faso)

Dans une perspective comparative, nous aborderons, à propos des maladies du ventre telles qu'elles sont exprimées dans les groupes linguistiques *bisa* et *moore*, les dénominations locales, le langage des symptômes, la question de la causalité et les logiques thérapeutiques. Les matériaux recueillis sur les entités *bisa* seront exposés et serviront de base de comparaison avec les entités *moore*. Pour signifier la similarité et la proximité des conceptions et des représentations propres aux deux aires linguistiques, certaines informations en *moore* seront insérées dans la présentation générale relative aux énoncés et aux pratiques *bisa*.

Nous présenterons tout d'abord sous forme de tableau les diverses maladies du ventre et du bas-ventre en *bisa* et en *moore*. Nous avons choisi de retenir trois niveaux de discours qui sont mis en rapport dans le tableau : premièrement les termes de référence dans les langues *bisa* et *moore*, deuxièmement leur traduction en français populaire tel qu'utilisé par le commun des gens en contexte burkinabé, et troisièmement la correspondance établie avec la terminologie biomédicale locale (cf. observation de consultations de soins biomédicaux en zone rurale et indications portées par les agents de santé sur les registres officiels de consultation). On pourrait ajouter un quatrième niveau de discours qui est ce qu'on pourrait appeler la « terminologie biomédicale de référence » relative aux significations données à un niveau de qualification supérieure (plus proche de la médecine telle que pratiquée dans les pays occidentaux) différent de la médecine de base pratiquée dans les formations sanitaires des zones rurales. Nous nous en tiendrons à la terminologie médicale locale qui est proche des entités nosologiques populaires et qui apparaît comme la

résultante d'une adaptation du personnel et des techniques utilisées au contexte des soins de santé de base¹.

Tableau des dénominations courantes²

<i>bisa</i>	<i>moore</i>	français populaire	terminologie biomédicale locale
<i>no busu (re)</i>	<i>pu-zabre</i>	mal de ventre	douleur abdominale
<i>yoor</i> ou <i>yuuru</i>	<i>sāb-noaadga</i>	« dysenterie »	dysenterie
<i>kuiiga</i>	<i>kuiiga</i>	« hernie »	hernie inguinale
<i>po</i>	<i>zulfu</i> ou <i>kagfo</i>	« kyste »	?
<i>pondagā (puusazaa</i> ou <i>hulgā)</i>	<i>poāaga</i>	« hernie »	hydrocèle
<i>yaaba zablā</i> ou <i>no yaaba</i>	<i>ka-puga</i>	?	ascite
<i>kooko</i>	<i>kooko</i>	« hémorroïdes »	« hémorroïdes »

1. *No busu(re)*

Cette maladie ressemble à une simple description de symptôme (« mal au ventre »). Mais il s'agit en fait d'une entité nosologique populaire à part entière prenant place dans la configuration nosographique locale.

No busu (re) est le terme général utilisé pour désigner un mal de ventre dit « ordinaire ». Cette dénomination est très large et concerne tout mal localisé dans le « ventre » (*no*). On dira pareillement *mim busu(re)* (mal de tête), *gam busure* (mal de pied) ou *wo busure* (mal de main). Ce

1. Nous nous sommes intéressés aux centres de santé en zone rurale mais la situation est comparable dans les dispensaires urbains. Dans les deux cas, la qualification des agents n'est pas celle requise dans les formations sanitaires de niveau supérieur.

2. Globalement, on retrouve les mêmes entités en passant de l'une à l'autre des deux langues. Il semble même qu'une correspondance terme à terme soit possible dans la plupart des cas (registre de la nomination), mais il en est autrement de l'interprétation des liens entre certaines entités (registre des conceptions nosologiques). Le problème de traduction est bien plus délicat lorsqu'il s'agit de rechercher une correspondance avec les référents biomédicaux. Pour le langage populaire, les correspondances établies à travers les expressions utilisées sont souvent des transpositions impropres de la terminologie biomédicale, d'où les guillemets employés à cet effet.

L'écriture des termes a été simplifiée. On retiendra de cette convention de transcription que *u* se prononce *ou*, *e* se prononce *é*, et *ā* se prononce *an*.

registre de nomination est construit sous la forme : nom de l'organe malade (*no, mim, gam, etc.*) + expression de l'état morbide (*busure*).

Une précision complémentaire peut porter sur l'aspect des selles. On distinguera le « mal de ventre sec » (*no ger*) du mal de ventre accompagné de diarrhée (on dit *sāaga* ou *surgo* pour désigner uniquement le symptôme des selles liquides mais pas le mal de ventre).

Le nom de la maladie ne fait pas référence à l'agent causal. Cela semble être le mode d'expression le plus couramment utilisé pour une certaine catégorie de maladies à agent causal naturel (même si une action maléfique peut être également admise comme cause indirecte).

Pour annoncer la présence des douleurs abdominales, l'expression couramment employée est : *moo no ni busu m* qui signifie « j'ai mal au ventre ». Pour le bas-ventre, on dira de même : *moo labir ni busu m* (j'ai mal au bas-ventre).

Le langage des symptômes peut commencer par ces énoncés. Puis, en réponse à une sollicitation éventuelle, les malades décrivent les symptômes en précisant notamment la localisation de la douleur (ventre ou bas-ventre) et l'aspect des selles qu'on associe à la manifestation de la douleur (cf. distinction déjà évoquée entre mal de ventre avec ou sans selles liquides).

Le plus souvent, si aucune action persécutrice d'ordre magico-religieux n'est établie, *no busure* est perçu comme une maladie à causalité naturelle. On recherchera habituellement sa cause dans la consommation alimentaire (excès de douceurs ou éventuellement abus d'autres denrées alimentaires).

Pour remédier à la cause, qui est souvent perçue comme un déséquilibre alimentaire, les prescriptions thérapeutiques sont essentiellement des médications familiales à base de plantes dont les décoctions sont amères dans la plupart des cas. Le traitement biomédical est également utilisé.

2. *Yoor (yuuru)*

La traduction admise pour *yoor* (ou *yuuru*, selon le dialecte) est « dysenterie », que ce soit dans le langage populaire ou dans la terminologie biomédicale locale. Mais contrairement à cette correspondance terme à terme, dans une logique de nomination, les conceptions et les

représentations locales de cette maladie sont insérées dans un réseau de significations beaucoup plus large que son acception biomédicale.

Quelle que soit la situation de communication (conversation ordinaire, entretien ou consultation thérapeutique), l'idée communément exprimée est la difficulté de déféquer, la fréquence du désir d'aller à la selle, les selles peu abondantes et leur aspect singulier fait de morve (*hansi*) et de sang (*ma*).

Les symptômes sont décrits en ces termes :

« Ça commence (littéralement ça se lève) quand je vais à la selle ; si je vais à la selle je peux m'asseoir là, je ne défèque pas, je ne me lève pas. Si je défèque aussi, ça sort comme la morve ; si ça reste dans le ventre encore, me voilà accroupi ! Je peux aller déféquer et lorsque je me lève pour rentrer à la maison et j'arrive dans la cour ça recommence encore ; il faut que je retourne pour m'accroupir à nouveau... ».

Pour l'aspect et l'abondance des selles, le caractère anormal est unanimement reconnu et les descriptions sont concordantes. Comme le dit T. :

« Tu ne peux pas déféquer, si tu vas déféquer aussi c'est au goutte à goutte comme la morve du nez ». Z. dit également : « Tu vas t'accroupir et tu défèques comme de la morve... ».

Comparativement à la nature normale des selles, on a tendance à parler de « diarrhée », comme le précise Z. :

« Si tu as des maux de ventre et tu as la diarrhée c'est ça qu'on appelle yuuru ; tu peux aller aux selles et ce sera du sang seulement que tu iras déféquer... ».

Les signes visibles caractéristiques de cette maladie sont à la fois l'aspect des selles décrites en termes de « morve » (*hansi*) ou mêlées de sang, l'intermittence des défécations et la petite quantité de matière fécale éliminée, sans commune mesure avec le besoin de défécation ressenti au préalable. A ce sujet, les propos indiquent qu'un effort intense est fourni pour faire sortir les selles mais au bout du compte apparaît une petite quantité de substance morveuse ou un rejet de matière fécale avec du

sang qui est interprété comme la conséquence d'une plaie localisée dans le ventre. On entend souvent des bruits venant du ventre.

La fréquence d'apparition des maux de ventre est également considérée comme un signe de reconnaissance et d'identification de *yoor* (*yuuru*) par rapport à d'autres entités. Z. l'exprime ainsi : « Si tu as des maux de ventre fréquemment si ce n'est pas *po*, c'est *yuuru*. » Notre informateur suggère, par ces propos, que la répétition des épisodes douloureux au ventre est un signe de reconnaissance pour les deux catégories de maladies citées. L. dit également que « chacun a ses maladies », en précisant que dans son cas « *yoor* est la maladie qui vient fréquemment ».

Dans les centres de santé officiels, les symptômes décrits sont bien connus des agents. Lorsque le patient vient en consultation et dit *moo no ni busu m* (j'ai mal au ventre), la question habituelle qu'on lui pose est de savoir si cela est accompagné ou non de diarrhée. Si la réponse est affirmative, l'infirmier demande alors comment sont les selles (consistance, présence ou non de ce qui est nommé « glaire » et/ou de sang) pour savoir s'il s'agit de ce qu'on qualifie de « diarrhée simple » ou d'une autre forme de diarrhée. Si la réponse est négative, l'interrogatoire peut s'arrêter là, en plus des questions préliminaires sur les circonstances de survenue de la maladie, et la consultation se poursuit par l'examen clinique (localisation de la douleur en appuyant sur différentes parties du ventre).

Les malades diront devant l'infirmier soit tout simplement « j'ai mal au ventre » (dans ce cas l'interrogatoire indiquera s'il s'agit de ce qu'on appellera un « mal de ventre simple » ou d'un « mal de ventre avec diarrhée »), soit « j'ai mal au ventre avec la diarrhée » (*moo no ni busure a ni surgo*) ; il s'agira alors de savoir si cette diarrhée est simple, glaireuse ou sanguinolente. A l'inverse, si le malade dit qu'il a la diarrhée, on lui demandera si cela est accompagné ou non d'un mal au ventre. D'un point de vue médical, cela permet de savoir si c'est la diarrhée ou le mal de ventre qui est le symptôme dominant ou s'il s'agit de symptômes associés qui font sens pour une même maladie.

Dans le cas de *yoor*, il semble que ce n'est pas vraiment de la diarrhée, au sens médical du terme, car les selles ne sont pas vraiment liquides et il n'y a pas de rapidité d'évacuation mais au contraire une difficulté à déféquer.

En ce qui concerne les étiologies, l'ensemble des témoignages concordent sur le fait qu'il s'agit d'une maladie héréditaire. Par contre, il semblerait qu'une transmission d'ordre symbolique soit possible en certaines

circonstances. C'est ce que relate L. qui dit qu'au moment de la préparation du remède (du côté arrière de la maison d'habitation), si quelqu'un vient à passer et « si son sang convient à la maladie », il sera atteint à son tour. Ce serait également le cas si on piétine les restes du remède jeté derrière la maison. Pareillement, le vieux T. indique que, si on jette les restes du médicament à un endroit (fourmilière entre autres) et que quelqu'un marche dessus, il aura la maladie.

Selon un autre témoignage, si quelqu'un a « une affinité » avec la maladie, la consommation des sauces gluantes active le mal et entraîne son apparition. Dans ce cas, une mise en relation est vraisemblablement établie entre le caractère gluant des sauces incriminées et l'aspect de morve des selles qu'entraîne la survenue de *yoor*.

Le savoir thérapeutique local est mis à contribution pour la prise en charge de cette maladie. Les descriptions faites de différents remèdes utilisés révèlent l'existence de diverses médications familiales dont l'efficacité est affirmée. A titre d'exemple, le traitement à base de racines relaté par N. se compose de deux séquences différentes : une partie des racines est utilisée pour faire une décoction obtenue en les faisant macérer avec du *dolo* (bière de mil) dans une jarre tandis que l'autre portion est brûlée et écrasée pour avoir une poudre qui est appliquée sur la zone abdominale douloureuse, mélangée à du beurre de karité. Une redevance symbolique (différente selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme) doit être acquittée pour la réussite du traitement.

L'efficacité des remèdes locaux est reconnue mais leur utilisation n'est pas exclusive. Les gens ont également recours aux soins biomédicaux, même si la proportion des consultations est bien moins élevée que pour d'autres maladies telles que le paludisme et les affections respiratoires.

3. *Kooko*¹

A la différence des autres entités qui ont des dénominations locales, *kooko* serait un emprunt à la langue ashanti du Ghana. On évoque une proximité phonique entre *kooko* et « cacao », pour suggérer le rôle du

1. Cf. au sujet de *kooko* l'article de C. Alfieri *supra*.

cacao en tant qu'« activateur » de la maladie (comme d'autres aliments associés à l'usage du sucre, notamment le café).

La prononciation de *kooko* évoque un autre terme, lui aussi venu d'une autre langue, qui fait appel à une intonation légèrement différente (inflexion différente des deux syllabes et allongement du *o* final) : il s'agit de *kookoo* qui serait un terme populaire d'origine hausa désignant une bouillie fine préparée à partir de la farine de mil et du gingembre. On désigne différemment par *baga* une autre catégorie de bouillie qui est faite à base de farine moins fine, avec des boulettes obtenues par délayage avant la cuisson.

Les agents de santé traduisent fréquemment *kooko* par « hémorroïdes » (on fait référence à l'extériorisation anale dite « prolapsus »). Pourtant, cette signification biomédicale ne rend pas compte de la complexité des interprétations populaires de *kooko* qui ne se limitent pas au symptôme prégnant de l'« anus qui sort ».

Certains thérapeutes locaux (surtout urbains) ne s'embarrassent pas non plus de précautions terminologiques, et ont tendance à établir, eux aussi, une correspondance terme à terme entre *kooko* et « hémorroïdes ».

La description des symptômes suggère une différence entre les entités *yoor* et *kooko* mais la distinction n'est pas systématiquement établie par tous les informateurs sollicités. D'un côté il y a une classification par « paquets », selon laquelle *kooko* est une variante de *yoor*, comme d'autres maladies du ventre et du bas-ventre¹, et de l'autre une reconnaissance de la particularité de chaque entité.

Le noyau de symptômes associés à *kooko* concerne trois catégories de signes : ceux qui annoncent la maladie, ceux qui sont observables durant l'épisode morbide et les conséquences qui pourraient en découler.

Pour les signes précurseurs, on évoque surtout l'amaigrissement dont la cause généralement ignorée pourrait faire penser au Sida, selon certains informateurs ; un besoin fréquent de se frotter les yeux, qui changeraient d'aspect, auquel s'ajoute un malaise physique général qui se manifesterait par le désir de ne pas se lever lorsqu'on est couché (surtout sur le ventre, précise un informateur), et éventuellement par des vertiges.

Pendant la phase active de la maladie, deux types de symptômes

1. Il s'agit là d'un trait caractéristique révélé par les énoncés en *bisa*, à la différence des indications fournies en *moore*.

majeurs sont décrits : on évoque à la fois l'« assèchement du ventre » et le désir de déféquer, mais avec une difficulté d'évacuation des selles, de consistance très dure, qui sont péniblement éliminées sous forme de débris accompagnés souvent de sang. On fait allusion également à ce qui est décrit comme des « cris » intermittents du ventre, ainsi qu'à une douleur au niveau de la ceinture dorsale et à la perte de l'appétit alimentaire et sexuel.

Ces symptômes initiaux seraient caractéristiques de la forme non grave de la maladie qui pourrait se compliquer avec l'apparition de ce qui est décrit non pas comme une extériorisation de l'anus (ce serait le cas pour une forme grave de *yoor*) mais comme la saillie d'un organe interne (de la grosseur de l'index, selon une indication, ce qui fait dire à certains qu'il s'agit d'une « queue »). Ce dernier symptôme est interprété comme la conséquence d'un dépôt d'excès alimentaires en graisses et en « douceurs ». Cette extériorisation apparaîtrait au moment de la défécation ou à tout moment lorsque l'intéressé est accroupi, position du corps jugée propice à cette manifestation. En un tel moment, il serait possible de saisir l'organe avec les doigts. Outre des démangeaisons à l'anus, cette excroissance anale entraînerait au stade le plus avancé une difficulté à marcher et à s'asseoir.

Différents témoignages indiquent que *kooko* est susceptible d'engendrer une baisse ou même une perte de l'acuité visuelle mais aussi une défaillance dans l'activité sexuelle, ou même la stérilité. Un autre effet souvent affirmé est que « *kooko* boit le sang ». Cette expression, utilisée aussi pour d'autres maladies, rend compte de l'état de maigreur et de faiblesse physique (on dit habituellement que le malade n'a plus la « force », c'est-à-dire qu'il a perdu de sa vigueur) provoqué par ce qui est interprété comme une diminution du sang à cause de l'action néfaste du mal.

Lorsqu'ils sont sollicités pour parler de *kooko*, les gens qui ont séjourné dans les pays côtiers voisins (surtout le Ghana et la Côte-d'Ivoire) ou qui en ont une connaissance indirecte, sont unanimes à affirmer sa fréquence élevée dans ces contrées et à y localiser son origine. L'explication donnée est l'abondance de sucre, tant dans les denrées de base que sont les féculents que dans les produits alimentaires dérivés du cacao et du café.

On dit familièrement que c'est à cause des « bonnes nourritures » que *kooko* est répandu dans ces contrées. Par cette expression, on fait référence

non seulement aux aliments sucrés mais aussi à tout ce qui est perçu comme ayant une qualité culinaire valorisée selon les critères culturels locaux, notamment l'abondance d'huile, ou de graisse, et de certains condiments. Dans l'imaginaire populaire, les habitants des pays côtiers ont des habitudes culinaires qui les prédisposent beaucoup plus à contracter *kooko*. En effet, les mets de ces régions, plus variés qu'en zone soudano-sahélienne, sont perçus comme étant constamment « bons ».

Les mêmes caractéristiques sont décrites pour les habitudes alimentaires locales incriminées comme causes de *kooko*, à savoir la fréquence et l'abondance de la consommation des sucres et des graisses.

Un autre risque proviendrait surtout des nourritures légères et froides, comme par exemple la farine de mil délayée, même si des préparations chaudes comme le « café au lait » sont également citées. Selon l'expression populaire, on dit que la maladie « aime » cela, pour signifier que la prédilection pour ce genre d'aliments entraîne inéluctablement *kooko*.

Comme *yoor*, *kooko* n'est pas décrit comme contagieux. En revanche, aucune prédisposition héréditaire n'est suggérée pour *kooko*, à la différence de *yoor*.

Il existe un traitement local, conjointement à la prise en charge biomédicale évoquée. Cependant l'interprétation de l'efficacité de ces deux techniques de soins est différente. En effet, on s'accorde à dire que les techniques thérapeutiques locales sont plus efficaces au stade d'apparition de l'extériorisation. L'interprétation donnée est que la technique chirurgicale utilisée pour l'ablation de ce qu'on appelle le « prolapsus anal » (qui ne correspond pas toujours à la description populaire de l'extériorisation) n'empêche pas que cette anomalie puisse parfois réapparaître, contrairement à certaines techniques locales.

Le traitement local est destiné au soulagement des maux internes et externes. Des décoctions amères ainsi que des calcinats de plantes sont proposés pour le mal interne, tandis que des fumigations sont prescrites pour la résorption de l'extériorisation. Conjointement, l'administration de « *tuppy* » (nom de médicaments « modernes » originaires du Nigéria) aiderait à faire rentrer ce que certains considèrent comme un allongement anormal d'un organe interne.

Il est indiqué de remédier à la cause notamment par la consommation d'aliments chauds et consistants ou de substances amères. A l'inverse, il est recommandé d'éviter la consommation continuelle des nourritures

sucrées, légères et froides si d'autres denrées alimentaires consistantes et chaudes ne sont pas associées. Une autre solution recommandée est le recours à des purges régulières, avec des infusions amères, pratiques plus familières (cas des adultes) dans les pays côtiers.

4. *Kuiiga*

Kuiiga est un nom d'emprunt d'origine *moore*. Une première catégorie de manifestations typiques concerne les signes anatomiques (visibles ou non) qui indiquent sa localisation sur le corps. Ainsi, selon le vieux D. : « *Kuiiga* attrape au ventre seulement ; la maladie du côté est autre chose qu'on appelle *buuma*... »

S. qui a été opéré de *kuiiga* considère *buuma* (atteinte douloureuse du flanc, autre entité) comme l'une des formes d'extériorisation de *kuiiga* lorsqu'il dit :

« Pour beaucoup de gens ça sort ici (*il montre le flanc*), c'est ce qu'on appelle *buuma*, parfois aussi ça peut sortir au bas-ventre... ».

Globalement, une distinction est faite entre le siège de la douleur (le ventre) et les lieux où se déplace la protubérance qui est perçue comme un signe associé à la manifestation de la douleur.

Une autre manifestation typique de la maladie est le gonflement d'un testicule, à la différence de *puusazaa* perçu comme occasionnant le gonflement des deux testicules (éléphantiasis du scrotum ou hydrocèle dans la terminologie biomédicale).

Une seconde variété de symptômes décrits sont à la fois les bruits internes et la manifestation de la douleur dont on s'accorde à reconnaître la mobilité¹. C'est ce que confirme le jeune H. (15 ans) qui vient d'avoir la maladie. Dans son cas, l'excroissance n'est pas encore apparue (le

1. En *moore*, on désigne par *bā-gōdse* (littéralement les « maladies qui se promènent ») une catégorie de maladies dont la particularité est de se déplacer partout dans le corps. En *bisá*, l'expression « *yaaba ka ti bubulé* » (la signification est la même qu'en *moore*) désignerait la même variété de maladies. D'un point de vue biomédical, on pourrait les considérer comme un ensemble de symptômes sans liens apparents qui se manifestent à divers endroits du corps et qui sont associés comme éléments d'une même chaîne morbide.

stade initial se distinguerait ainsi du stade de maturité qui serait caractérisé par l'existence du renflement visible) mais il ressentirait néanmoins la douleur, précédée de bruissements et de sifflements à divers endroits du ventre.

Pour décrire la mobilité de l'excroissance, D. laisse entendre que « tant que tu n'es pas d'âge mûr il est dans le corps et se déplace ». Il précise que c'est comme de l'eau ou un serpent qui se déplace.

Quant à Z., il va jusqu'à imiter les bruits du ventre pour différencier *kuiiga* de *yoor*. Selon lui, « *kuiiga* s'élève dans le ventre de quelqu'un en faisant *kuididididi...* *yoor* se lève dans le ventre en faisant *kununu-nunu...* » Le vieux T. imite également deux sortes de bruit similaires, à savoir *kururururu* et *wururururu*. Toutes ces sonorités évoquent le gargouillement répétitif et la sensation de mobilité.

Pour la formation de la boule, le vieux T. explique cela par le fait que « la maladie descend à un endroit pour gagner la force avant de marcher ». Pour lui, « si elle ne gagne pas un endroit pour durcir elle ne peut pas se séparer pour pénétrer dans ton corps ; il faut qu'elle gagne un endroit avant de suivre ton sang pour se promener et t'avoir... ». Selon cette interprétation c'est par le sang que la maladie se propage après avoir acquis de la « force » en se fixant à un endroit sous la forme d'une excroissance.

Ces symptômes peuvent commencer à se manifester dès le jeune âge. C'est l'avis du vieux thérapeute D. : « Dès la naissance, si le ventre commence à faire entendre des bruits et un testicule sort plus que l'autre c'est *kuiiga...* »

Le cas du jeune enfant de W. (âgé de 11 ans, il aurait été atteint par la maladie à l'âge de 3 ans) et celui de H. (déjà cité) semblent illustrer l'interprétation populaire selon laquelle l'enfance et l'adolescence sont des périodes de début d'actualisation du mal, du fait de la transmission héréditaire reconnue.

Deux stades d'évolution sont affirmés : dans un premier temps (avant l'âge adulte), la maladie commence avec ses symptômes typiques (bruissements mobiles suivis de douleur dans le ventre) puis lorsqu'elle atteint ce qui est supposé être son stade de maturité apparaît l'excroissance qui est le signe de reconnaissance connu de tous. Les cas de H. (nouveau jeune malade) et de S. (ancien malade opéré) sont indicatifs de ce qui

pourrait être interprété comme deux moments de la progression de l'état morbide.

La transmission parentale de la maladie est unanimement perçue. On dit couramment que l'intéressé est « né avec » ce qui est considéré comme la « souche de la maladie ». Cette origine congénitale latente sans signes manifestes se situe à un niveau de causalité différent de celui que constitue l'actualisation de la maladie sous l'effet de facteurs d'activation (cause directe) reconnus (les aliments dits « bons », c'est-à-dire à teneur en sucre ou ayant certains ingrédients culinaires appréciés, sont souvent cités).

Une autre cause affirmée est le non-respect d'un interdit, notamment si l'on tue un animal de brousse lorsque celui-ci a le sexe en érection. La conséquence d'une telle faute serait qu'à la naissance un enfant du coupable aura *kuiiga* dont un symptôme bien connu est l'étirement d'un testicule considéré comme directement provoqué par l'acte paternel incriminé.

La consommation de certains aliments est reconnue comme provoquant le déclenchement de la crise. Comme le dit le vieux T. :

« Tu ne peux pas manger une nourriture sans crainte car si ce que tu as mangé ne lui convient pas ça se lève... tes nourritures sont choisies ».

Les aliments cités par les uns et les autres peuvent différer : S. évoque la viande de poulet, la nourriture froide et les aliments dits « bons »¹ ; le jeune H. indique également les douceurs que sont les raisins et le néré. On reconnaît généralement le rôle éminent de tout ce qui est dit « bon ».

Pour la plupart des gens, la seule solution pour enlever *kuiiga* est de se faire opérer, selon la technique biomédicale. Quant aux remèdes traditionnels, ils sont utilisés pour calmer ou faire cesser la douleur le temps d'une crise, comme l'indique Z. :

« Lorsque le *kuiiga* te prend et qu'il n'y a pas un docteur à côté, tu peux aller enlever le fruit de *dudu* (plante aquatique) en plus des racines de *nyaama*, tu cherches une nouvelle jarre, tu mets de l'eau et tu te laves avec cela... ».

1. La signification donnée à ce terme en *moore* et en *bisa* est différente du sens en français car il est employé pour évoquer d'une part, au sens global, tous les aliments de qualité culinaire appréciée et d'autre part, dans un sens plus restreint, le sucré pour lequel il n'y a pas un terme consacré.

S. qui souffre de *kuiiga* connaît lui aussi un autre traitement à base de plantes trempées dans une jarre qu'il faut boire. Ce remède est aussi utilisé pour les femmes enceintes pour un accouchement sans douleur.

Le père de H. lui a donné un produit rougeâtre à base de racines pilées qu'il doit prendre avec un peu d'eau chaude. Son grand frère revenu d'un pays voisin, où il réside en tant que travailleur émigré, lui a apporté un autre traitement tout aussi naturel : il s'agit des graines sèches d'une plante nommée *goyaa* qu'il faut avaler directement ou croquer dans la bouche (deux graines suffisent dans son cas) lorsque commence la douleur. Il ne manque pas de préciser que « c'est amer comme la nivaquine » (le nom de ce médicament connu de longue date et souvent utilisé par automédication est devenu populaire). H. trouve ces deux traitements efficaces pour arrêter la douleur, mais on lui a dit qu'il devra se faire opérer plus tard.

Concernant le choix préférentiel du traitement biomédical, Z. dit :

« *Kuiiga* n'a pas de remède sauf au dispensaire ; il faut qu'on opère pour enlever. Si ça se lève et qu'on n'opère pas pour enlever, ça peut casser même les intestins de ton ventre et c'est ce qui peut te tuer... ».

L'efficacité affirmée de l'intervention biomédicale fait qu'elle est considérée comme la pratique de référence pour résorber le mal. C'est le cas de S. qui est allé subir l'intervention (il montre les cicatrices laissées par deux incisions obliques qui se rejoignent au niveau du pubis) dans un pays voisin réputé pour le coût moindre des prestations de cette nature. Mais, selon ses déclarations, l'opération n'aurait pas été faite convenablement car il a commencé à ressentir à nouveau des douleurs deux années après l'intervention. Il pense, selon une conception admise, que le praticien ne lui avait pas administré suffisamment de médicaments avant l'opération pour « réunir la maladie avant d'enlever », dit-il. Au passage, il critique l'inexpérience de l'agent médical qui n'aurait pas jugé opportun de surseoir à l'intervention malgré l'absence d'excroissance. Selon sa compréhension, tous ces manquements expliquent que toute la substance morbide n'a pas été extraite, d'où la reprise de la douleur deux ans après l'acte chirurgical. C'est pourquoi il envisage une deuxième intervention qui lui reviendra sûrement beaucoup plus chère que les 15 000 F CFA qu'il avait dépensés la première fois cinq années auparavant.

5. *Po*

Le nom de la maladie évoque la ressemblance entre la forme anatomique de l'excroissance, conçue comme associée à la maladie, et ce que désigne le terme utilisé. En effet, *po* signifie « éléphant », à l'image de la perception de la protubérance (idée de masse et de grosseur) reconnue comme un symptôme caractéristique.

Le témoignage de la vieille P. (elle dit qu'elle souffre de cette maladie depuis ses premières maternités et conserve encore le stigmate visible qu'est l'excroissance) donne une illustration de ce que les symptômes variables (et pas forcément liés) d'une maladie peuvent revêtir comme signification dans l'imaginaire populaire :

« Ma maladie a la force ; c'était au niveau de ma poitrine, et après c'est à mon épaule. Elle se trouvait dans mon ventre ; actuellement je ne peux pas travailler, je ne peux pas me lever lorsque je suis couchée. Ça fait mal à ma tête, à ma hanche, c'est ce qui risque de fermer mes yeux... Cela a commencé il y a longtemps ; au moment où j'enfantais je vomissais après chaque maternité. Lorsque c'est venu se placer sur mon épaule cela ne me fait plus vomir et lorsqu'on appuie cela ne me fait pas mal... ».

On constate, à travers ces propos, que la vieille P. évoque plusieurs symptômes, à travers le caractère ambulatoire de la maladie, qu'elle associe comme formant des éléments d'une même atteinte morbide. En outre, elle se contente de décrire différents symptômes sans formuler un diagnostic (elle dit ne pas savoir ce qu'est réellement cette maladie). Les conséquences de la maladie sont également décrites, avec une mise en relation de cause à effet : je ne peux pas (travailler, me lever lorsque je suis couchée), et j'ai mal (au ventre, à la tête, à la hanche), donc tout cela risque de fermer mes yeux. On comprend aisément que cette interprétation n'est pas justifiable d'un point de vue biomédical.

Comme pour *kuiiga*, la caractéristique majeure de cette entité est une excroissance molle et visible (ce n'est pas aussi dur que pour *kuiiga*, comme nous avons pu le constater), perçue comme la cause directe d'une catégorie de maux de ventre. Les symptômes énoncés par la vieille P. montrent que la douleur activée n'est pas seulement localisée dans le

ventre mais aussi dans d'autres parties du corps, selon une logique ambulatoire.

Selon diverses descriptions, l'excroissance se fixerait à différents endroits du corps (notamment sur l'épaule, le dos ou la main). Il apparaît, en fait, que les gens ont tendance à voir dans tout renflement sur la surface du corps le signe extérieur d'une atteinte intérieure (c'est le cas des maux de ventre supposés être liés aux excroissances caractéristiques de *kuiiga* et de *po*).

D'un point de vue étiologique, on invoque surtout des prédispositions héréditaires, comme pour d'autres maladies de ce genre.

D'un point de vue thérapeutique, la vieille P. dit qu'elle a reçu différents traitements locaux depuis le début de sa maladie. Son mari, détenteur d'un remède familial (contre les maladies de génie) bien connu, a fait du mieux qu'il pouvait pour la faire soigner mais jusque-là elle continue de souffrir de cette affection. On lui a suggéré à plusieurs reprises de recourir à la biomédecine pour enlever l'excroissance incriminée mais elle n'y a pas consenti jusqu'à présent. Elle se montre résignée face au mal, qu'elle a apprivoisé, faute de mieux. Elle a appris à vivre avec son infortune.

6. *Puusazaa* (*pondagā* ou *hulgā*)¹

Puusazaa signifie littéralement « celui qui a le sexe gros ». On désigne ainsi des testicules gonflés. *Pondagā* et *hulgā* (deux variantes dialectales) sont d'autres noms de cette maladie.

Les gens ont connaissance du terme populaire français « hernie », alors que la traduction faite le plus souvent par les agents de santé officiels est « hydrocèle ».

Le symptôme majeur est bien connu car facilement identifiable. On pourrait dire sans équivoque qu'il s'agit d'une « maladie-symptôme ». A la différence de *kuiiga* dont la crise aiguë est décrite comme susceptible de faire gonfler temporairement un testicule, *pondagā* est perçue avant tout comme une « maladie des testicules gonflés », en faisant référence

1. Le radical *puusa* en *bisa* ressemble phonétiquement à *pōose* (pluriel de *pōaaga*) en *moore* (certains termes des deux langues ont la même origine à cause des relations interlinguistiques dans le passé). Une plante à bulbe (semblable à l'oignon) qui pousse en brousse, dont le fruit évoque la forme du gonflement caractéristique de cette maladie, a le même nom *pōaaga* utilisé pour désigner l'affection en *moore* (cf. tableau sur les dénominations).

à l'atteinte simultanée et chronique des deux organes. Mais souvent un testicule grossit plus que l'autre. On indique aussi que le gonflement des bourses entraîne un inconfort vestimentaire. D'où la pratique courante qui est de mettre un pantalon ample « pour laisser entrer l'air ».

Lorsque les gens parlent de cette maladie, c'est avant tout l'anomalie anatomique qui est évoquée tandis que pour *kuiiga* on fait référence beaucoup plus à la douleur et à la mobilité des symptômes.

Pondagā peut aussi provoquer des maux de ventre, mais pas nécessairement. Ainsi Z. indique que « ça fait mal au ventre », mais dit ensuite : « le vrai *pondagā* qui est gros, ça ne fait pas mal au ventre... » (la douleur serait fonction du degré d'atteinte). T. abonde dans ce sens en précisant :

« Il y en a deux sortes : il y en a un qui descend, s'il descend il te laisse ; il y en a un qui reste à l'intérieur du ventre, lorsque ça te prend ça attache... si ça descend vraiment ça ne fait pas mal au ventre, c'est au regard que ce n'est pas beau... ».

On s'accorde à dire que c'est de l'« eau » qui fait gonfler les testicules et que le traitement consiste à l'extraire en faisant appel à certaines techniques thérapeutiques traditionnelles ou à l'intervention biomédicale.

Pondagā est caractérisé par une augmentation progressive du volume du gonflement en fonction de l'âge. C'est cela qui fait dire que la maladie « mûrit » jusqu'à atteindre la taille indiquée pour une opération.

On a tendance à dire que *kuiiga* et *puusazaa* sont des maladies typiquement masculines à cause de la singularité morphologique (atteinte des testicules) qui les caractérise, outre la manifestation ou non de douleurs abdominales. Mais il semblerait qu'il y a aussi une variante féminine avec des symptômes différents. On nommerait cela *yuuru* bien qu'il y ait l'apparition d'une excroissance. Mais à la différence de *kuiiga*, il semblerait que cette protubérance, localisée au flanc, ne serait pas mobile. Par contre elle serait douloureuse, contrairement au *puusazaa* masculin, et ferait également mal au ventre. On se situe là, vraisemblablement, à l'intersection entre les trois entités évoquées, à savoir *yuuru*, *kuiiga* et *puusazaa*.

Selon le thérapeute Z., une entité voisine qu'il nomme *kēbga* se manifesterait de façon similaire à *kuiiga*. Le signe distinctif serait l'apparition d'un seul testicule dès la naissance, ce qui occasionnerait un mal de

ventre. Il y a lieu de distinguer ici ce qui relève du savoir populaire commun de ce qui est du savoir d'un spécialiste, le guérisseur, qui a une connaissance fine des maladies et des remèdes. En effet, certaines entités nosologiques sont connues de tous et bien identifiées contrairement à d'autres pour lesquels les guérisseurs, de par leur statut et leur expérience, sont les seuls à savoir décrypter les symptômes et à établir un diagnostic approprié.

Le caractère héréditaire est communément exprimé à travers les expressions « maladie familiale » ou « maladie de souche » et « on naît avec ». On désigne le mode de transmission en disant que *pondagā* « descend » chez quelqu'un. Par contre, il est admis par tous que ce n'est pas une maladie contagieuse.

En fait, comme pour *kuiiga* et *yoor*, on fait référence à l'origine de la maladie qu'on peut considérer comme la cause latente. Mais il y a également des facteurs mécaniques reconnus même s'il n'y a pas d'agent identifié. Ainsi, W., qui venait de se faire opérer de cette maladie au moment d'une entrevue, évoque le transport de grosses charges (il parle de « poids lourds ») et le parcours de longues distances. C'est également l'avis de L. qui cite deux cas dont il a connaissance. Selon ces témoignages, l'effort physique intense serait un facteur déclenchant.

Comme pour *kuiiga*, le traitement de référence est l'intervention chirurgicale, mais les remèdes traditionnels sont également utilisés. Cependant, à la différence de *kuiiga*, on estime que le traitement traditionnel peut aussi guérir ou à défaut diminuer la quantité d'« eau » (qui sortirait avec l'urine, selon W.) en attendant un traitement plus efficace.

Certains témoignages indiquent que l'opération doit se faire avant que l'intéressé n'ait atteint un âge (au-delà de cinquante ans) à partir duquel il est supposé ne plus avoir suffisamment de sang et de force pour subir l'intervention. Dans le cas contraire, il faudrait un traitement d'appoint supposé apte à augmenter le sang, sinon on considère que l'intervention occasionnerait un décès. Cette conception d'une période propice repose aussi sur l'idée de mûrissement de la maladie à partir du moment où l'excroissance s'est fixée.

Le recours à cette technique thérapeutique est souvent envisagé mais le coût élevé des prestations ne permet pas à tout le monde d'en bénéficier. Par exemple, W. a dépensé près de 75 000 F CFA pour l'ensemble de l'intervention, frais de séjour à l'hôpital compris. Mais il confie, selon

une logique qu'il n'est sûrement pas le seul à partager, qu'il aurait pu se faire opérer à 35 000 F CFA en diminuant le nombre de produits prescrits mais avec le risque que l'intervention se passe dans des conditions plus difficiles. Il a préféré dépenser la somme requise car il avait économisé assez d'argent par ses activités de pêche. L'événement est tel que W. se rappelle le moindre détail des différentes péripéties de l'intervention et la répartition des sommes pour chaque besoin. La somme demandée pour faire opérer *kuiiga* dans la structure sanitaire où est allé W.¹ est importante (on parle de 75 000 F CFA pour un jeune homme qui avait subi l'intervention peu avant l'enquête). A titre de comparaison, il faudrait la moitié de cette somme (frais de déplacement et d'hébergement compris) pour les mêmes interventions dans un pays voisin. Les gens vont souvent dans un hôpital privé des missions chrétiennes (nous l'avons visité) implanté dans une petite ville frontalière.

7. *Yaaba zabl* ou *no yaaba*

Yaaba zabl signifie « maladie mauvaise ». Par ce nom, on évoque implicitement la cause magico-religieuse de cette maladie. Il s'agit de la seule maladie du ventre qui soit interprétée comme ayant une cause surnaturelle. Cette singularité étiologique explique l'absence d'une correspondance terminologique avec le vocabulaire français inspiré de la biomédecine. Certains signes de *yaaba zabl* correspondent cependant à ce qu'il est convenu d'appeler l'« ascite ».

C'est une maladie reconnaissable par son symptôme dominant, un gonflement croissant du ventre. Le témoignage de cette jeune fille, qui a perdu sa mère (l'entrevue a eu lieu une dizaine de jours après le décès), en donne une idée :

« C'était à l'intérieur du ventre ; au début elle grattait et ça faisait des boutons à l'extérieur du ventre. Après cela, le ventre s'est gonflé, on a fait tous les médicaments et ce n'est pas rentré. Souvent je lui demandais si elle avait mal et elle a toujours répondu que non, qu'elle n'a pas mal ; c'est ce qui l'a tué... ».

1. Il s'agit du Centre hospitalier régional qui est seul habilité à faire des interventions chirurgicales à l'échelon local.

Ces propos révèlent, comme pour d'autres maladies, l'association qui est faite entre des symptômes différents (ça gratte, ça fait des boutons, ça gonfle le ventre, ça ne fait pas mal) qu'on perçoit comme ayant une signification commune non reconnaissable selon les critères biomédicaux.

La cause unanimement désignée est la persécution par un tiers (action magique ou empoisonnement). Comme disait la jeune fille F. au sujet de la maladie de sa mère, « On lui a mis quelque chose... ». En d'autres termes, le vieux T. dit : « On te jette un sort et chaque jour ton ventre ne fait que gonfler... »

Les soins de cette maladie sont étroitement liés aux conceptions magico-religieuses. Pour le sens commun, à cause surnaturelle thérapie magique pour conjurer le mauvais sort. C'est ainsi qu'en plus du traitement symptomatique (pratique biomédicale comprise), il faut également éliminer la cause profonde, à savoir l'action maléfique, pour obtenir la guérison.

Les entités *bisa* et *moore* : éléments comparatifs

Globalement on retrouve un certain nombre de caractéristiques communes dans les deux sphères linguistiques, tant dans les modes populaires d'expression des symptômes (chronicité, excepté *no busu* au statut nosologique particulier, lisibilité visuelle et auditive, caractère ambulatoire et caractère « fourre-tout » pour la plupart), que dans les énoncés d'imputation causale (causalité naturelle, *a priori*, sauf pour une seule entité ; évocation fréquente du caractère héréditaire et description parfois de facteurs d'activation d'origine alimentaire) et dans les indications sur les recours thérapeutiques (disponibilité de traitements locaux utilisés conjointement à certains traitements biomédicaux favorablement accueillis). Mais il y a quelques variantes locales concernant la lecture populaire de certaines entités, que ce soit en passant d'une aire linguistique à l'autre, ou à l'intérieur d'une même aire linguistique, entre savoirs populaires et savoirs populaires spécialisés.

Pour une première catégorie de maladies (cf. *no busure*, *yaaba zablá*, et la forme visible de *pondagã*), on n'est vraisemblablement pas très loin d'une correspondance terme à terme entre *bisa* et *moore*.

Par contre, pour une deuxième catégorie de maladies (*yoor*, *kooko*,

kuiiga, et *po*), il y a des logiques différentes de rapprochement ou de séparation des maladies concernées. Ainsi, les énoncés en *bisa* révèlent un regroupement de *kuiiga*, de *po*, de *kooko* et de la forme interne de *pondagā* en une configuration unique appelée *yoor*, avec une configuration voisine qui reconnaît l'autonomie de *kooko* identifié comme une entité d'origine étrangère. Par contre, en *moore*, il y a une distinction nette entre les différentes entités, ce qui exclut l'existence d'une configuration unique regroupant plusieurs entités, comme dans l'aire *bisa*. *Sāb-noaadga*, en *moore*, est une entité autonome non reliée à d'autres entités voisines. Pour *sāb-noaadga*, les symptômes sont circonscrits. De même, les conceptions et les représentations sont homogènes et stables contrairement à celles plus larges et fluctuantes de *yoor* qui font apparaître son caractère « fourre-tout ».

Il y a une logique d'association entre *yoor* et certains symptômes autonomes qui sont décrits comme des variantes dans l'actualisation de cette maladie. Il s'agit d'un trait caractéristique du contexte *bisa* qu'on ne retrouve pas dans l'entité *sāb-noaadga* en *moore*. Tel est le cas de la simple fréquence d'apparitions d'une catégorie de maux de ventre qui est conçue par certains comme une forme de *yoor*. Il y a également les maux de ventre chez les femmes au moment des règles qui sont considérés comme provoqués par *yoor*. Dans ce cas, on évoque l'effet de la chronicité de la maladie en suggérant qu'à la longue *yoor* peut perturber le cycle menstruel et empêcher la procréation. Ces exemples montrent qu'il faut distinguer l'entité de base (*yoor*) et son extension soit à d'autres entités, comme déjà indiqué, soit à des symptômes non perçus comme autonomes.

On peut donc considérer qu'il y a des paliers ou des gradients dans l'interprétation populaire des entités, selon les modes d'expression en *bisa*, contrairement à ce qui apparaît dans les descriptions en *moore*. On peut distinguer au premier niveau les symptômes ordinaires, au deuxième niveau les symptômes qu'on pourrait dire « presque entités nosologiques populaires » (c'est le cas de *no busure* qu'on peut qualifier de « maladie-symptôme » ou de « symptôme-maladie »), et au troisième niveau les entités nosologiques populaires clairement définies comme *kuiiga* et *po*. Le dernier niveau concerne les regroupements d'entités circonscrites en une configuration massive (cas d'une interprétation de *yoor*) qui relève d'une logique propre à l'aire *bisa*.

Par ailleurs, il existerait en *bisa* des variantes féminines de certaines

entités perçues comme typiquement masculines. C'est le cas de *kuiiga* et de *pondagā*. La différence entre les deux formes serait l'absence de mobilité de l'excroissance chez la femme. Le nom donné en *bisa* est l'appellation commune de *yoor*. Par contre, en *moore*, les termes *kuiiga* et *poāaga* sont admis à la fois pour les manifestations masculine et féminine.

Quant à *kooko*, on reconnaît dans les deux cas son origine étrangère, et on constate une même logique d'appropriation de cette maladie dont le nom est utilisé aussi bien en *bisa* qu'en *moore*, avec des caractéristiques sémiologiques, étiologiques et thérapeutiques similaires.

Informateurs sollicités

- Bansé F. (≈ 25 ans), mère décédée de *yaaba zabra* ou *ka-puga*
 Bidiga O. (≈ 45 ans), accompagnant d'un malade au centre de santé
 Boundaogo S. (≈ 40 ans), gérant de dépôt pharmaceutique
 Chef de G. (80 ans +), thérapeute
 El Hadj Dabré S. (80 ans +), marabout et thérapeute
 Guébré S. (51 ans), opéré de *kuiiga*
 Guéné H. (15 ans), malade de *kuiiga*
 Guéné P. (70 ans +), malade de *po*
 Kaboré T. (60 ans +)
 Kéré I. (≈ 40 ans), vendeur ambulant de remèdes locaux
 N., Chef de D. (40 ans +)
 Ouibga P. (≈ 40 ans), infirmier
 Sorgho L. (30 ans), malade de *sâb-noaadga*
 Waré A. (≈ 40 ans), opéré de *poāaga*
 Waré B. (30 ans +), ancien malade de *kooko*
 Zouré I. (60 ans +), thérapeute

J.-P. Olivier de Sardan

Les représentations fluides et prosaïques de *weyno* et *yeyni*

Dans la culture populaire songhay-zarma (Niger occidental, mais aussi Mali et Bénin), deux « maladies » sont particulièrement évoquées, *yeyni* et *weyno*¹. Elles tiennent une place centrale dans les représentations et pratiques quotidiennes en matière de santé et de thérapie. Toutes deux ne sont pas sans poser de problèmes : on s'en plaint souvent, on les soigne beaucoup, pour l'essentiel à partir de recettes locales, sans jamais les guérir vraiment. De plus, d'un point de vue biomédical, elles semblent recouvrir en fait des pathologies fort diverses, et souvent complexes.

Une piste « symbolique » s'ouvre d'emblée. En effet, en première approche, le rapprochement est *a priori* tentant entre l'existence attestée dans les cultures sahéliennes d'oppositions chaud/froid en ce qui concerne maladies, aliments ou traitements (parmi d'autres oppositions plus ou moins activées selon les cultures ; cf. Héritier-Augé, 1987), et le fait que *weyno* signifie aussi « soleil » et que *yeyni* signifie aussi « fraîcheur ». Or, après entretiens répétés auprès de « guérisseurs » comme de simples

1. Une première version de ce texte est parue dans *Sciences sociales et Santé*, 1994, 12 (3) : 15-45. La présente version a été allégée de toute une série de propositions générales. Elle a d'autre part été complétée par certaines données nouvelles, recueillies grâce à la collaboration de Adamou Moumouni (à Belende, dans le Boboye), Aboubakar Tidjani Alou (à Méhanna, sur la rive gourma du fleuve), Dourhamane Noma (à Tenda, dans le Dendi), et Laurent Chillio (Niamey). Le corpus principal d'entretiens (dont seuls de très brefs extraits ont été ici cités) a été enregistré par moi-même dans 2 villages, Koutoukalé et Sassalé, ainsi que dans un quartier populaire de Niamey, Yantala. On a donc un total de 5 sites d'enquête en milieu rural et plusieurs quartiers à Niamey. Aucun de nos interlocuteurs ne parlait français, tous étaient de statuts variés. Ce qui est présenté ici comme « représentations songhay-zarma » correspond donc à un accord assez général quels que soient les lieux d'enquête. Dès qu'il y a différentes versions, ou un point de vue particulier, cela sera indiqué.

villageois, il fallut se rendre à l'évidence : aucune « théorie indigène » ne s'y dissimulait, et pour tous nos interlocuteurs sans exception il s'agissait là de simples homophones. *Weyno* n'avait pas plus de lien symbolique avec le soleil que *yeyni* avec la fraîcheur...

« Si l'on dit que un tel est atteint de *yeyni*, ce n'est pas qu'il ressent du froid, c'est simplement la langue zarma qui appelle cela *yeyni* » (M)¹.

« Le *weyno* du ventre n'a rien à voir avec le soleil que Dieu a créé, il est situé dans les intestins, c'est une maladie » (H).

Rien n'empêche certes de penser que dans d'autres parlers songhay-zarma la situation sémantique serait différente : on ne peut donc exclure qu'ailleurs il soit possible de trouver quelques liens entre *yeyni* et fraîcheur ou entre *weyno* et soleil. On nous a ainsi signalé, vers Gourma Rharous (Mali), la nomination d'une forme particulière de *weyno*, *yesis*, associée à une exposition excessive au soleil². Mais un tel lien semble avant tout d'ordre étimologique-empirique, comme le fait que le froid, de son côté, est à l'origine évidente de maux et de douleurs divers et n'est pas sans rapports avec les rhumatismes³. Cela ne témoigne pas pour autant d'une interaction symbolique majeure. On peut certes supposer l'existence d'un lien symbolique ancien aujourd'hui disparu (comme l'on peut aussi y voir une influence de la culture touareg et du rôle qu'y joue la dichotomie chaud/froid ; cf. par exemple Randall, 1993) : mais c'est là pure conjecture. Il peut y avoir des cultures sans système symbolique interprétatif généralisé, comme il peut y avoir des cultures sans mythologies complexes (Boyer, 1989). Et il ne s'agit pas nécessairement d'une dégradation, d'une involution par rapport à un état antérieur, comme le laisse entendre Augé, lorsqu'il impute l'absence dans certaines cultures africaines d'un système d'oppositions symboliques (système qu'il nomme, dans une perspective structuraliste, une « logique des différences ») à un « affaiblissement » d'une cohérence symbolique première (Augé, 1984). Il se pourrait toutefois que la présence à long terme de l'Islam (comme c'est le cas

1. Les initiales renvoient à un index des informateurs cités situé en fin d'article.

2. Communication personnelle de Younoussa Touré.

3. Est-ce dans ce même registre qu'il faut situer le propos d'une informatrice citée par Jaffré selon lequel, lorsqu'une femme enceinte dort dans la fraîcheur, son enfant risquera d'avoir du *yeyni* (Jaffré, 1993 : 119) ?

dans les régions songhay-zarma étudiées) ait entraîné un tel affaiblissement. Mais à ce jour, si rien n'interdit d'avancer une telle hypothèse, rien ne permet véritablement de l'étayer¹.

Nous tenterons de rendre compte des représentations de *yeyni* et de *weyno* en restant au plus près des acceptions courantes de ces termes.

Yeyni

Nous sommes d'emblée dans le paradoxe : non seulement *yeyni*-maladie se distingue clairement de *yeyni*-fraîcheur, mais encore *yeyni*-maladie recouvre en fait deux (et parfois trois) ensembles de symptômes très distincts, qui n'ont apparemment aucun rapport entre eux. Or rien, dans les discours locaux, ne permet de comprendre pourquoi ces formes sont regroupées sous un même nom.

« Il y a deux *yeyni* ; le *yeyni fara* (*fara* = fendre) est à part, celui qui "fend" ; et le *yeyni fuusu* (*fuusu* = gonfler) est à part, c'est aussi *yeyni*, mais il fait gonfler » (G).

a) *Yeyni fara* (le *yeyni* qui « fend ») est la forme la plus fréquente. Il s'agit bien de douleurs persistantes censées provenir des « os » (on évoque parfois la moelle, *lonidi*), localisées dans les membres, qui ne sont pas sans évoquer le rhumatisme articulaire.

« *Yeyni fara*, cela déchire les os, cela fait beaucoup souffrir, certaines personnes ne peuvent marcher que pliées en deux ; d'autres, s'ils ont une crise de *yeyni* (litt : si le *yeyni* se lève), ne pourront marcher qu'en boitant. *Yeyni fara*, c'est là le *yeyni* qui dure, si quelqu'un est victime de ce *yeyni* cela n'aura pas de fin » (C).

1. L'article de J. Bisilliat (1982, d'abord publié en anglais in Loudun, 1976 : 553-593), tombe dans le piège, non seulement en traduisant directement *yeyni* par « fraîcheur » et *weyno* par « soleil », et même par « chaleur » (!), mais aussi en procédant à toute une série d'oppositions binaires fondées sur des descriptions dont nous n'avons jamais retrouvé nulle part les équivalents. Il faut préciser que l'auteur nous dit s'être fondée sur des entretiens avec seulement deux informateurs, un magicien *sohance* et un prêtre des génies *zimma* (tous deux semble-t-il experts en conjectures et en interprétations personnelles).

Le sentiment que cette maladie ne peut être définitivement guérie est largement partagé. Il existe cependant des traitements « traditionnels », censés apporter une rémission ou un soulagement, variables selon les endroits ou les locuteurs : ligaturer les membres au-dessus et au-dessous des endroits douloureux ; procéder à des attouchements avec un fer chauffé au rouge (*kagatu*) ; placer des ventouses ; s'immerger jusqu'au cou pendant un certain temps dans l'eau du fleuve...

b) *Yeyni fuusu* (le *yeyni* qui « gonfle ») concerne, quant à lui, la chair, par opposition au *yeyni fara* qui est localisé dans l'os. Ce gonflement (de type chronique ou récurrent) est situé soit dans les membres, soit dans le ventre. Il peut évoquer œdèmes comme hernies...

« Le *yeyni* qui fait gonfler pénètre dans la chair, seuls les Blancs peuvent ouvrir pour l'enlever » (A).

Un traitement traditionnel, le *garbal*, est en voie de disparition :

« Pour “mettre le *garbal*”, on doit se procurer un canari neuf, unealebasse neuve, une cuillère neuve, un plat neuf, une marmite en terre cuite neuve. Il faut construire une case à part et la fermer avec une porte en sécots. Il faut chercher du minerai de fer, une sorte d'oseille sauvage (*warow*), un fer de houe rongé par l'usage, les mettre dans la marmite avec de l'eau, et poser la marmite sur le feu, dans la case où on a enfermé le malade. Celui-ci doit rester à l'intérieur, on lui a creusé un trou pour ses besoins, il ne doit rien boire que l'eau de la marmite, l'eau du *garbal*, encore chaude, pour qu'il transpire. Pour ses repas, la pileuse qui prépare pour lui et lui donne à manger ne doit pas parler jusqu'à ce que le malade ait fini de manger sa préparation. Il est seul dans la case. Elle doit le masser avec de l'huile de sésame pilé et fraîchement cueilli, après l'avoir lavé avec l'eau de la marmite. Ceci dure sept jours, après les sept jours, si Dieu ne s'y oppose pas, il ira mieux. On ne fait pas le *garbal* pour *yeyni fara*, car le *fara* est dans les os, et cela n'a pas de remède. On le fait pour le *yeyni* du gonflement, celui qui est dans le corps, la chair » (G).

Qu'on ne se méprenne pas : le *garbal*, bien qu'il offre tous les aspects d'un rituel, n'est pas perçu comme un acte « magico-religieux ». D'une part, tant les éléments qui le composent que sa configuration d'ensemble ne donnent lieu à aucune interprétation symbolique locale. Il fonctionne en quelque sorte comme une recette dont on ne connaîtrait ni les origines

ni le pourquoi. D'autre part, il s'agit certes d'une thérapie traditionnelle, mais dont les spécialistes ne sont pas des « guérisseurs-magiciens », et qui n'inclut pas les critères par lesquels on pourrait proposer une définition populaire songhay-zarma des pratiques magiques. Ces critères « émi-ques » de la magie en songhay-zarma existent en effet de façon très claire : on parlera de « cracher » (*tufa*), c'est-à-dire projeter avec la bouche une décoction végétale secrète, ou d'utiliser « les paroles de la bouche » (*mee senni*), c'est-à-dire prononcer des incantations elles aussi secrètes, ou de recourir à un « charme magique » (*kotte*)¹. Il n'y a pas dans le *garbal* proprement dit de « charme magique » (ou, s'il y a eu un arrière-plan magique ancien à cette sorte de rituel, il a bel et bien disparu pour nos interlocuteurs).

« Le *garbal*, ce n'est pas un "médicament de *zimma*" (*zimma* = prêtre des génies de possession) ; il y a beaucoup de médicaments qui ne sont pas des médicaments de *zimma*, comme le *garbal*, ou le traitement contre la lèpre, ou celui contre les démangeaisons ; il ne s'agit que d'Africains qui ont quelques connaissances, ils connaissent les plantes, ils soignent... Il n'y a pas là de charmes magiques (*kotte*) » (G).

De façon générale, on opposera en songhay-zarma ce qui relève de la magie (*kotte* : « charme magique » ; *mee senni* : « incantation » ; *tufa* : « cracher »), et ce qui relève de la simple phytothérapie (*tuurize* : « produit végétal », littéralement « enfant d'arbre »).

« Les plantes (*tuuri* : arbre) n'ont rien à voir avec les incantations (*mee senni*), il ne s'agit que de simples connaissances (*beyrey* : connaissance, savoir). Le *weyno* et le *yeyni* se soignent par les plantes sans recourir à des charmes magiques (*kotte*), il suffit de connaître les plantes qui conviennent » (AA).

Bien sûr, cette opposition ne doit pas être poussée à l'extrême : la plupart des préparations « magiques » sont aussi à base de plantes, mais de plantes dont l'efficacité exige impérativement la mise en œuvre de gestes rituels et d'incantations diverses (inversement il existe des traitements « non magiques » sans plantes, comme le *garbal*...). D'autre part,

1. Cf. Rouch, 1960, et Olivier de Sardan, 1982, article *kotte*.

tout spécialiste profane (le mécanicien comme le phytothérapeute, le tisserand comme le rebouteux) n'est pas sans disposer « en plus » de protections magiques (ces fameux « gris-gris » et autres « amulettes » de la littérature exotique), qui, s'ils ne se substituent pas aux compétences et ne tiennent pas lieu de savoir-faire, garantissent cependant une meilleure mise en œuvre de ceux-ci. Les savoir-faire d'ordre prosaïque ont tout à gagner d'être accompagnés de protections magiques : c'est un bonus, une garantie. Mais ces savoir-faire restent cependant, dans les représentations populaires, des savoir-faire prosaïques. Chacun sait faire la distinction entre les espaces de la compétence prosaïque (qu'ils soient ou non garantis « magiquement » en amont ou en aval) et les espaces de la compétence magique proprement dite. La distinction magique/non-magique utilisée ici est une donnée « émique ». Il ne faut donc pas la confondre avec l'opposition entre savoir magique (ou magico-religieux) et savoir rationnel (cf. *infra*), récurrente dans la tradition anthropologique en général et dans l'anthropologie de la maladie en particulier, qui relève de propositions interprétatives très contestables, de l'ordre du « grand partage » (cf. Augé, 1984, 1986).

D'un point de vue biomédical, certains de ces traitements locaux (qu'il s'agisse de « remèdes de grand-mère » ou de techniques de spécialistes, c'est-à-dire de guérisseurs) pourraient parfois être considérés comme en partie efficaces, soit en raison de la présence de principes actifs liés aux recours aux plantes, soit en tenant compte d'éventuels effets placebo ; par contre, d'autres apparaîtraient comme totalement inefficaces (comme le *garbal*) voire contre-indiqués (ce qui devrait permettre d'être réservé face à toute revalorisation trop systématique des « tradipraticiens »...). Mais il n'en reste pas moins que, du point de vue du sens commun songhay-zarma, il s'agit là de simples savoir-faire à vocation empirique et sans prétention magico-religieuse aucune...

c) Une troisième forme de *yeyni*, dite en général *gunde yeyni* (= *yeyni* du ventre), est aussi évoquée¹. Elle concerne des douleurs au ventre, qui ne sont pas nécessairement associées à un ballonnement. Cette troisième forme de *yeyni* peut se déplacer ailleurs dans le corps, bien que le ventre

1. Bisilliat (1982 : 479-480) cite deux *yeyni*, *yeyni fara* (elle traduit improprement *fara* par piquer), et *yeyni falku* (*falku* : glaires, glaireux). Ce dernier irait du ventre (qui gonflerait) aux articulations, en y attirant du sang, et en provoquant une sensation de froid. Nous n'avons pas trouvé trace de cette forme de *yeyni*.

soit son point d'attache. D'où certaines difficultés à différencier parfois *yeyni fuusu* et *gunde yeyni*.

« Il y a un *yeyni* dans le ventre, qui le fait devenir gros comme ça, cela peut bouger à l'intérieur de ton ventre, d'un côté ou de l'autre ; parfois cela peut aller dans ton corps, parfois cela peut attraper tes jambes, et les faire comme éclater, cela peut pincer tes pieds, cela peut aussi s'installer dans ton ventre et le pincer, tu ne peux plus marcher, tu passes ta journée à gémir, cela ne finit pas, quels que soient les soins que l'on t'administre » (Rf).

« C'est le "*yeyni* du ventre" qui peut "*descendre*" (*zumbu*) dans les testicules et les faire gonfler : c'est du *yeyni*, mais seuls les Blancs peuvent faire quelque chose » (J).

C'est avec *gunde yeyni* que s'opère le lien avec *weyno*. Le ventre est le facteur commun (on se rappellera que *weyno* évoque des douleurs dans le bas-ventre). Tantôt *weyno* est présenté comme la « mère » de *yeyni*, tantôt *yeyni* comme la « mère » de *weyno*.

« Il y a aussi le *yeyni* qui est dans ton ventre, celui qui bouge dans ton ventre comme si tu attendais un enfant, si ce *yeyni*-là reste avec toi comme s'il s'était marié avec toi, s'il prend trop ton ventre, alors il se transforme en *weyno* ; c'est *yeyni* la mère du *weyno* » (G).

« Il y a un *yeyni* qui n'est pas *yeyni fara*, et qui est l'enfant de *weyno*, cela peut circuler partout dans ton corps ; un *weyno* qui dure et qui reste caché, cela devient *yeyni*, une forme mauvaise de *yeyni*, qui pénètre partout » (C).

« *Weyno* et *yeyni*, c'est la même chose, *weyno* n'est rien d'autre que *yeyni* » (A).

Si tout le monde semble d'accord pour signaler l'articulation ou la « parenté » entre ces deux entités, le moins qu'on puisse dire c'est que la nature de cette articulation n'est claire pour personne. Aucune théorie de la parenté *weyno/yeyni* n'est jamais avancée, bien que le fait de cette parenté semble à chacun évident. Cependant le rapprochement, aussi vague et flou soit-il, de ces deux notions nous mettra, on le verra, sur une piste : celui du rôle central accordé au système digestif dans les pathologies.

Weyno : bas-ventre et externalisations

L'accord est unanime : *weyno* a son origine dans le bas-ventre :

« *Weyno* est sous le nombril, c'est sous le nombril et dans le bas du dos ; si ton dos te fait mal, si ton "sous-nombril" te fait mal, c'est *weyno* » (J).

« On sent le *weyno* sous le nombril. Mais, s'il est resté là longtemps, il va se répandre dans tout le corps » (AA).

Cette « maladie » interne localisée initialement dans le bas-ventre peut donc « se répandre », « monter », et même « sortir », comme les hémorroïdes, ou encore comme le fait d'uriner du sang, ou d'avoir des pertes.

« Si on a le *weyno*, certains *weyno* s'extériorisent (*fatta* : sortir), parfois cela sortira du côté de l'anus, sous une forme rouge ; d'autres *weyno* ne sortent pas, ils mangent l'intérieur du corps ; il y a beaucoup de sortes de *weyno* ! » (C).

Il y a donc diverses « extériorisations » du *weyno*, à partir du bas-ventre, qui parfois constituent autant de *weyno* spécifiques. Ces différents *weyno* sont désignés par leurs « manifestations ». La plupart d'entre elles restent liées au bas-ventre : les calculs (*tondi* : pierre), le ver solitaire (*gwondi* : serpent), la stérilité et l'impuissance (qui peuvent cependant l'une et l'autre être imputées à d'autres causes).

Cependant l'on va aussi voir se dessiner quelques sous-ensembles, toujours liés à la « sortie » du *weyno* du côté du bas-ventre, mais nommés en tant que tels (et donc fonctionnant comme des entités nosologiques en partie distinctes du *weyno* tout en étant contenues en lui) :

– *Dankanoma* (terme d'origine hawsa, où il correspond à peu près à *weyno*) désigne plus précisément les hémorroïdes¹.

1. Les traitements locaux, classiques et assez standardisés, relèvent de deux principes : l'ingestion de préparations végétales, et le massage. Le massage de l'anus (*leele*) est une technique particulière, que seuls certaines personnes pratiquent (du type « savoir de grand-mère »). On utilise souvent pour cela une préparation de *safun solo*, ce médicament très commun au Niger contre la plupart des formes de *weyno*, à base de savon (*safun*), de natron (*soso*), de sauce de feuille de baobab (*koohoy*), qui est souvent administrée également par voie orale. Dans les villages, la bouse de vache est parfois utilisée pour le massage de l'anus. Les hémorroïdes constituent certes une pathologie mineure en termes de santé publique, mais, en termes de

« *Dankanooma*, c'est du *weyno*, c'est une sorte de *weyno* qui a grandi et s'est transformé en *dankanooma*, cela fait parfois comme des gros boutons sur l'anus, l'anus se renverse, et devient rouge » (A).

– *Centu*, qui désigne des lésions ou suppurations du pénis, et qui est en général traduit localement par blennorragie (improprement sans doute d'un point de vue strictement médical), est à la frontière du champ sémantique de *weyno*, parfois inclus dans ce champ, parfois placé à l'extérieur.

« *Centu*, c'est une "maladie de femme" (sous-entendu : que transmettent les femmes, expression par laquelle on désigne en général les maladies sexuellement transmissibles), ce n'est pas du *weyno* ; mais il y a certaines formes de *centu* qui viennent de *weyno*, le *weyno* entre là pour devenir *centu* » (J).

« C'est le *weyno* qui provoque le *centu*, car si tu fais l'amour avec une femme qui a du *weyno*, toi qui ne l'as pas, tu attraperas le *centu*. En fait il y a deux formes de *centu*. On appelle l'un *atakaami* (nom hausa), s'il attrape un homme il aura des plaies sur le gland, jusqu'au point où celui-ci pourra se couper. Il y en a un autre, on l'appelle "baobab" (*koo*), il entraîne une suppuration blanche ; celui-là, s'il reste longtemps sur toi, il va se transformer en *weyno*, et ton sexe saignera, car le *weyno* va transformer le "baobab", et la perte blanche deviendra du sang » (AG).

– *Totoosi* est un bel exemple d'évolution des représentations. Traditionnellement, *totoosi* désigne avant tout les problèmes liés à la miction : douleurs, envies fréquentes, et le fait d'uriner du sang¹. On y voit en général une manifestation de *weyno* :

« Si on dit d'un tel qu'il a *totoosi*, c'est qu'il urine du sang, c'est le *weyno* ; si tu vas uriner et que cela te fait mal, c'est aussi *totoosi*, et *totoosi* c'est du *weyno* » (AA).

« C'est le *weyno* qui crée *totoosi* : tu vas t'accroupir pour uriner, et cela ne vient que goutte à goutte, tu n'arrives pas à uriner. C'est aussi *totoosi* qui fait que tu vas uriner du sang ; il n'y a qu'un *totoosi*. C'est parce que tu n'arrives

pathologie ressentie, c'est manifestement au Niger un problème important pour une grande partie de la population.

1. Dans ces différents cas, un traitement de « fumigation » assez particulier est encore parfois appliqué : il s'agit d'uriner sur une pierre ou un morceau de calebasse chauffé à blanc, la vapeur provoquée par la miction étant censée entrer dans le sexe et soigner la maladie. Mais on fait aussi boire des préparations (en particulier avec du natron – *soso*).

pas à uriner que cela va te blesser à l'intérieur et que tu vas uriner du sang » (AG).

Il est aussi une forme assez particulière de *totoosi* (évoquée uniquement par les vieilles femmes lors de nos entretiens), le *totoosi* des femmes enceintes. Cette forme-là est parfois rangée dans *weyno* :

« Auparavant quand les femmes étaient enceintes, elles avaient du *totoosi* jusqu'au jour de l'accouchement, elles ne pouvaient uriner qu'un tout petit peu, cela les brûlait, et elles avaient toujours envie ; le jour de l'accouchement c'était fini. Cela c'est du pur *weyno* » (Rf).

Mais parfois on va au contraire opposer le *totoosi* de la femme enceinte et *weyno*. En ce cas, c'est une des caractéristiques de *weyno*, sa chronicité (cf. *infra*), qui empêche d'y ranger un *totoosi* aussi manifestement conjoncturel :

« Le *totoosi* des femmes enceintes n'est pas du *weyno*, car ce *totoosi*-là prend fin dès que la femme accouche, alors que pour *weyno* seul Dieu peut te soulager » (H).

Enfin on range souvent dans la configuration de *totoosi* des symptômes parallèles à ceux de la miction mais concernant la défécation :

« Si tu vas déféquer, et qu'il n'y a que des sortes de glaires, ou du sang, c'est *totoosi*. Tu ne peux guère déféquer, bien que tu aies souvent envie d'y aller, il n'y a que des glaires, ou du sang, cela fait mal » (J).

Mais dans les zones des aménagements hydro-agricoles, où l'on constate une grande prévalence bilharzienne, *totoosi* prend peu à peu une signification univoque, et s'applique désormais essentiellement aux seules urines contenant du sang (cf. Mahazou et Harouna, 1993 ; Mahazou *et al.*, 1993). *Totoosi* recouvre alors à peu près la bilharziose urinaire, et l'on voit apparaître dans les discours (essentiellement masculins) des traces de « messages » issus de l'information sanitaire diffusée par les médias (radio essentiellement) imbriquées dans des représentations « tradition-

nelles » de la contagion¹. De ce fait, *totoosi* s'autonomise par rapport à *weyno*. En effet une autre caractéristique de *weyno* est incompatible avec cette nouvelle représentation de *totoosi* : *weyno* est une prédisposition congénitale, et s'oppose aux maladies contagieuses ; dès lors que *totoosi* est perçu comme s'attrapant dans l'eau, il n'est plus question de *weyno* :

« Le *totoosi* s'attrape dans l'eau sale, c'est contagieux, aussi est-ce différent de *weyno* qui n'est pas contagieux. Si ton ami urine du sang, vous allez vous laver ensemble dans la mare : même s'il n'est pas à côté de toi, là où il aura uriné tu attraperas le *totoosi* ; même dans des latrines, tu attraperas cela. C'est ce qu'on nous a appris » (K).

– Enfin il existe certaines formes de *weyno* qui s'extériorisent (*fatta* : « sortir ») ailleurs que du côté du bas-ventre : le cas le plus notable, et le plus craint, est celui de la jaunisse (*moo-sey* : « yeux jaunes ») :

« Si on a la jaunisse, le foie (*tasa*) fait mal, il ne fonctionne plus ; le foie repose en quelque sorte dans un liquide, c'est ce liquide qui se répand si le foie est malade, il sort dans les yeux, il sort dans les urines, il sort sous les ongles. On dit qu'il s'agit là d'un *weyno* grave (*weyno beeri* : grand *weyno*), un *weyno* qui est resté longtemps dans la personne jusqu'à monter (*ziji*) pour attraper le foie » (Z).

– Toujours dans les manifestations de *weyno*, loin en quelque sorte de ses bases abdominales, on trouve également des symptômes non nécessairement liés à *weyno* mais qui peuvent lui être imputés, en particulier s'ils font suite à des douleurs au ventre ou au bas-ventre. C'est parfois le cas des migraines, de certains maux de dents, voire de douleurs à l'œil².

1. C'est ici le même type de phénomène que celui qui a été observé au Mali où *mara*, dans les zones d'onchocercose, et en raison des messages sanitaires, réduit peu à peu sa diversité sémantique et symptomatologique pour ne plus devenir que l'équivalent bambara d'onchocercose (Schumacher, 1993).

2. Selon Bisilliat (1982 : 481), *weyno* serait à l'origine de *bine doori* (qu'elle traduit par douleurs cardiaques ; cette traduction littérale ne tient pas compte du fait que toutes les douleurs gastriques sont également appelées *bine doori*). Nous n'avons pas trouvé trace de ce rapprochement.

Weyno : un savoir commun

Le champ sémantique de *weyno* est donc à la fois relativement stable en son centre (bas-ventre) et fluide en sa périphérie (extériorisations). Si j'emploie ici l'expression de « champ sémantique », c'est qu'elle est assez proche des conceptions locales : autrement dit, on se contente d'énoncés affirmant que telle maladie relève ou non de *weyno*, sans qu'il y ait une quelconque théorie de l'unité des diverses formes de *weyno*, ni des principes qui gouvernent cet ensemble et les modes de son extériorisation.

On pourrait certes invoquer les insuffisances du savoir commun et émettre l'hypothèse que des spécialistes pourraient produire, eux, une telle théorie. C'est une présupposition fréquente en anthropologie de la santé. C'est par exemple l'analyse qui a été proposée en ce qui concerne le « *gamma* » dogon (entité nosologique elle aussi « fourre-tout », qui évoque certaines caractéristiques du *yeyni* songhay-zarma) : les « thérapeutes traditionnels » dogons auraient de *gamma* une interprétation très sophistiquée contrastant avec l'ignorance populaire (Coppo, Fiore et Koné, 1989). Encore faudrait-il nous démontrer, ce qui n'est pas fait dans l'article en question, qu'il y aurait une conception *commune* de *gamma* propre aux différents « tradipraticiens » dogons. En effet bien souvent le savoir des guérisseurs n'est pas stabilisé, et varie beaucoup d'un guérisseur à l'autre.

Weyno, en tout cas, est plus traité, on l'a vu, à partir de préparations familiales, de recettes standard (en particulier cette médication très associée au *weyno*, le *safun soolo*, ou savon local, en l'occurrence ingéré dissous dans de l'eau) ou de « remèdes de grand-mère », que par des guérisseurs. Il en existe pourtant, qui soignent *weyno* parmi trois ou quatre autres maladies. Mais en général ils se contentent de vendre une décoction anti-*weyno* sans avoir plus à dire sur *weyno* que tout un chacun.

Nous avons cependant pu trouver au Nord de Niamey (à Tagabati) un guérisseur véritablement spécialisé dans les soins de *weyno* sous toutes ses formes. On lui amenait des patients de fort loin (parfois plus de 100 km), et c'était un expert incontesté dans la région. Au premier abord, nous avons pensé avoir affaire à un savoir très organisé : il nous a d'emblée décliné les 12 types de *weyno*, qui chacun avait son traitement

spécifique, toujours à base végétale (*tuurize* = produit de l'arbre). Chaque forme correspondait en fait à un groupe de symptômes relativement différenciés. Mais lors d'un entretien ultérieur, nous nous aperçûmes que les 12 formes étaient devenues 14, une autre fois encore elles étaient 15, avec diverses variantes¹ ! En fait il s'agissait de dire par là que *weyno* était composé de maladies variées, dépassant la dizaine, et que lui-même connaissait le traitement propre à chacune de ces variétés de *weyno*, à base de plantes chaque fois spécifiques. Son statut de, si l'on peut dire, « weynologue » n'exprimait rien d'autre que sa capacité à soigner chacune des diverses maladies regroupées sous le nom de *weyno*. Mais, une fois de plus, même chez ce spécialiste, aucune théorie du *weyno* ne s'esquissait, et il ne faisait, hormis son sens de l'énumération et la connaissance qu'il revendiquait de la phytothérapie, que confirmer les assertions de tout un chacun.

« Si Dieu fait que quelqu'un me consulte à propos de *weyno* il sera guéri ; on vient de très loin, mais moi-même je ne me déplace pas ; certains viennent faire chez moi jusqu'à 10 mois, puis repartent s'ils sont guéris ; mais je ne connais pas les traitements des docteurs, et je ne procède pas comme les *zimma* (prêtres des génies), qui ont des charmes magiques (litt : ils "crachent", *tufa*) [...].

Les 12 formes de *weyno* constituent autant d'espèces différentes (*dumi* : race, espèce, famille...), chacune a ses propres plantes pour la soigner : même si elles ont toutes la même mère, chacune a ses remèdes distincts. Tu vois, parmi des frères et sœurs, certains sont malins, d'autres pas. Les *weyno* c'est la même chose : chacun a son caractère particulier, et il faut le soigner à sa façon. Certains peuvent tuer, et sont particulièrement méchants. Pour chacun le traitement est différent, pour chacun il y a des plantes à part [...].

Je ne révélerai ces plantes à personne, car leur connaissance est comme le champ qui me nourrit : on ne vend pas son champ ! Je suis parti ailleurs pour

1. On a ainsi, en vrac (interviews successives de *Jaaje Baaba*) : ver solitaire, petits vers, hémorroïdes, boutons sur l'anus, lésions du sexe, calculs, brûlures de miction, envies incessantes d'uriner, sang dans les selles, douleurs insoutenables du ventre, jaunisses, migraines récurrentes, « gonflement de l'estomac », faiblesse généralisée, boulimie, chutes des dents, ainsi que, parfois, différents *yeyni*. Deux d'entre ces *weyno* peuvent, selon lui, être mortels : la jaunisse (le pronostic est pessimiste si le dessous des ongles a jauni) et les « gonflements de l'estomac » (ceux-ci peuvent entraîner un gonflement des membres : le pronostic est pessimiste si, en appuyant le pouce sur le bras, la trace reste inscrite sur la peau). Ces méthodes de diagnostic (repérage des changements de couleur : jaunissement ou blanchiment ; trace d'une pression des doigts) ont été également notées chez les Dogons (di Ricco, Antinucci § Togo, 1989).

apprendre, j'ai demandé, comme tu le fais, jusqu'à ce que j'aie pu "acheter" le champ de quelqu'un (= apprendre les différents traitements) : mais moi je ne vendrais pas mon champ (= je ne te dirais pas les différents traitements)... Mais j'ai avec moi toutes ces plantes... » (J).

Ce « spécialiste du *weyno* » n'a donc de savoir spécifique qu'en termes de traitements, autrement dit de « recettes phyto-thérapeutiques ». Mais ces compétences doivent être interprétées dans un contexte qui n'oppose pas, en ce qui concerne *weyno* et *yeyni*, le savoir commun et le savoir spécialisé. Soigner *weyno* et *yeyni*, c'est toujours une question de « plantes », et chacun se débrouille comme il peut. Automédication, recettes familiales, préparations standard (*safun soolo*), voire recours au « weynologue » : toutes ces démarches thérapeutiques appartiennent à un même registre.

« On ne peut soigner le *weyno* sans connaître les plantes. Cette connaissance peut s'acquérir auprès de son père, ou de sa mère, ou en voyageant au loin, ou auprès de quelqu'un qui sait. Les plantes qui soignent *weyno* et *yeyni* n'ont rien à voir avec des incantations (*mee senni*). Si par exemple un marabout soigne *weyno* c'est seulement parce qu'il connaît des plantes, mais il ne va pas écrire des versets du Coran pour soigner » (AA).

« Parfois si je sens le mal du *weyno*, j'arrache une feuille de l'arbre *namaari* que je mâchonne, c'est les vieux qui le conseillent ; même ce matin je l'ai fait, mon mal de ventre est fini » (M).

Les spécialistes « magico-religieux », qui sont en général également guérisseurs, quelle que soit leur filière (*zimma* – prêtres des génies de possession – d'un côté, marabouts de l'autre) n'interviennent donc sur le *weyno* qu'en termes non magiques, en tant que simples phytothérapeutes, et n'opèrent donc pas – en ce cas – dans un registre différent de celui du « weynologue » (guérisseur fondamentalement non magique), ou du simple paysan, qui procède par automédication.

Weyno : le modèle

En fait, il n'y a aucune différence significative entre « spécialistes du *weyno* », « thérapeutes traditionnels » et gens du commun quant aux

représentations de *weyno*. Les représentations de *weyno* sont suffisamment largement partagées pour qu'on puisse légitimement parler d'un modèle populaire de *weyno*, qui sous-tend ce que les diverses formes du *weyno* ont de commun, et qui peut se résumer à peu près ainsi :

Le *weyno* est conçu comme une maladie interne (« cachée »), chronique, évolutive, et héréditaire. La femme enceinte sensible au *weyno* va d'ailleurs prendre certaines précautions pour tenter de ne pas transmettre le *weyno* à son enfant, ou pour ne pas activer le *weyno* qu'il risque d'avoir déjà (la décoction de plantes *jitti*, administrée de façon généralisée au nourrisson par voie orale, et censée le prévenir des maladies, et plus particulièrement du *weyno*, est ingérée par la femme enceinte dès les derniers mois de sa grossesse). Tout se passe comme si le *weyno* était une sorte de prédisposition congénitale, enfouie dans le bas-ventre, qui, chez les individus qui en sont porteurs (et ils sont nombreux), va plus ou moins s'activer, s'exprimer, au fil des douleurs internes ressenties dans cette zone (et elles sont nombreuses), jusqu'à parfois « sortir » à travers des affections ou des anomalies externes, visibles : le *weyno* va alors « se lever » (*tun*), « sortir » (*fatta*), « monter » (*ziji*), « attraper » (*di*) tel ou tel organe ou y entrer (*huro*), « se transformer » (*bare*) en tel ou tel mal. Je synthétise et organise ici des propos qui n'ont jamais une forme aussi globale et systématique, mais qui cependant sont tous congruents avec une telle synthèse. Par exemple et parmi beaucoup d'autres propos analogues :

« *Weyno* c'est quelque chose de grave qui est caché » (C).

« Lorsqu'une femme est enceinte, si elle a du *weyno*, ou si son mari en a, l'enfant naîtra avec du *weyno* » (MK).

« Le *weyno* fait d'abord mal sous le nombril, c'est là le "père" de tous les *weyno*, mais il peut monter (*ziji*) par exemple dans la tête, et cela te créera des maux de tête, ou bien il peut attraper autre chose, et cela te brûlera (*ton*), tout cela c'est *weyno* » (J).

« Le *weyno*, cela s'hérite (*tubu*) ! » (M).

« Si le *weyno* t'a attrapé, dépêche-toi de trouver des médicaments, de boire les décoctions de plantes (*tuuri*), car le *weyno* se "marie" (*hiiji*) avec les gens, il ne « meurt » (*bu*) jamais » (AG).

« S'il y a trop de *weyno* en toi, il va entrer (*huro*) dans tout ton corps, et pourra même te rendre aveugle » (G).

« Si tu as faim, ton *weyno* se lèvera (*tun*) toujours » (S).

Tous ces verbes qui prennent *weyno* pour sujet actif, et lui imputent action et déplacement, font exister *weyno* dans les représentations, et le constituent, par le seul effet d'un nom unique commun à tant de maux distincts, en une entité, qui est en l'occurrence une entité nosologique populaire que l'on reconnaît. Mais au-delà des effets performatifs de cette production sociale de l'énoncé *weyno* en sujet agissant et mouvant, on ne voit pas se dessiner un système (ou une théorie) de ces déplacements et actions, et encore moins la constitution de *weyno* en acteur surnaturel ou en entité à étiologie magico-religieuse.

Weyno et *yeyni* sont des « maladies de Dieu », qu'on n'impute pas à des agents « surnaturels » (sorciers ou génies) – ou à des agents humains utilisant des moyens surnaturels (magie maléfique, « mauvais œil » ou « mauvaise langue »). Ils relèvent d'une *logique de la nomination* (donner un sens aux symptômes comme étant l'expression naturelle d'une entité nosologique populaire, autrement dit nommer une maladie) et non d'une *logique de l'imputation* (donner un sens aux symptômes comme étant l'expression surnaturelle d'un agent humain ou surhumain, autrement dit chercher un responsable).

« *Weyno* a Dieu pour cause, c'est Dieu qui amène *weyno*. Quiconque dit qu'il sait ce qui provoque *weyno* est un menteur ! » (H).

Pourtant, les troubles imputables à des agents surnaturels (sorciers, génies, magie maléfique, « mauvaise bouche ») existent bien évidemment dans la culture songhay-zarma, et surgissent eux aussi aux détours de la vie quotidienne. La « logique de l'imputation » fonctionne couramment. Mais pas pour *weyno* ou *yeyni*.

Dépourvue d'étiologie magico-religieuse, le modèle populaire de *weyno* ne propose pas pour autant de théorie « naturaliste » ou « humorale », ni d'ailleurs de théorie explicative du tout. Cependant il n'est pas sans faire état de quelques corrélations fonctionnelles, de statut purement pragmatique, qui mettent en rapport *weyno* avec une autre configuration de représentations : celles qui concernent le lien étroit qui est perçu entre alimentation et santé. Ainsi l'activation du *weyno* se fait surtout par l'ingestion (alimentation, boisson, inhalation...). Les signes du *weyno*, comme les signes de la prochaine guérison de la crise qu'il a engendrée,

relèvent eux surtout de l'excrétion (selles, urines, pertes, vomissements...). On voit là le rôle central accordé au système digestif.

Système digestif et *weyno*

L'ensemble des maladies internes connotées par *weyno* (en termes de diagnostic biomédical, on pourrait y ranger au premier rang maladies digestives, maladies urinaires, et maladies gynécologiques et sexuelles) est pour l'essentiel imputé au système digestif/urinaire. On devient malade par l'ingestion, on le constate par l'excrétion.

a) *L'ingestion*

Une notion centrale, à cet égard, est *marasu* (ou son synonyme d'origine hausa *anogo*). Par là on désigne tout changement d'habitudes alimentaires, que ce soit en rythme ou en contenu. Manger trop tard, manger différemment, tout cela provoque *marasu*. *Marasu* est conçu comme générateur de nombreux troubles. Par exemple le « paludisme », qui est très empiriquement associé à l'hivernage (on appelle le « paludisme »¹ aussi bien *heemar-ize*, « produit de l'hivernage », « enfant de l'hivernage », que *masacere*), est imputé aux changements d'alimentation liés à cette période (on mange alors – c'est la soudure – des herbes fraîchement poussées ; le nouveau mil est également cité ; l'ingestion peut d'ailleurs être inhalation : le paludisme serait alors l'effet de pollens...)². Mais, parmi les maladies suscitées ou activées par *marasu* (en particulier

1. On sait, ici comme ailleurs (cf. Bonnet, 1990, pour la langue *moore* ; Jaffré, 1991, et Roger, 1993, pour la langue *bambara*) que ce que les infirmiers diagnostiquent comme « paludisme », et ce que les populations désignent dans leurs langues par le terme qui est en général traduit par « paludisme » ne se recouvrent pas, et ne coïncident pas non plus avec ce qu'une identification de la présence de *plasmodium* permettrait d'appeler « vrai paludisme ».

2. Les vomissements qui accompagnent les accès palustres renforcent l'opinion générale que le paludisme est lié à une mauvaise alimentation. Chacun sait certes bien aujourd'hui que la médecine occidentale impute le paludisme aux moustiques ; mais beaucoup, en particulier en brousse, pensent qu'elle établit la corrélation « paludisme-hivernage » à travers une « mauvaise » association causale (hivernage = moustiques = paludisme) et non à travers une « bonne » association causale (hivernage = changements de végétation et changements alimentaires = paludisme).

l'angine, souvent appelée elle-même *marasu*), *weyno* est en première ligne. Une alimentation bouleversée, c'est, via *marasu*, une activation potentielle du *weyno*.

« *Marasu* et *anogo*, c'est la même chose. Si tu manges alors que l'heure de ton repas est passée, et que tu as eu faim, cela va te faire *anogo*. Certains auront mal à la bouche, d'autres mal au ventre, d'autres mal au côté, d'autres mal à l'œsophage ou au cou, d'autres mal à l'œil. Tout cela c'est *marasu*, il y a beaucoup de *marasu* ; c'est d'avoir attendu pour manger qui provoque tout cela » (H).

« Lorsqu'on a beaucoup de *weyno*, le *marasu* va le faire se lever : dès que tu auras faim, tu auras mal, c'est *marasu* qui fait se lever le *weyno* » (J).

Certains font de *marasu* la cause commune de *yeyni* et de *weyno* :

« *Weyno* et *yeyni* ont un même ancêtre, une même racine, c'est *marasu*¹. »

En effet *yeyni* (du moins *gunde yeyni*, le *yeyni* du ventre) est lui aussi, et on ne s'en étonnera pas, lié à l'alimentation, et repéré par les selles :

« Une nourriture qui abîme les intestins, et qui va provoquer des selles blanchâtres et gluantes, c'est cela qui provoque *yeyni* » (AG).

Marasu se trouve ainsi au centre d'une hygiène alimentaire populaire privilégiant la stabilité et la régularité des repas, et dont le non-respect (quasi inévitable) expliquerait de nombreux troubles, et en particulier *yeyni* et *weyno*. Mais cela ne signifie pas pour autant que l'alimentation ne se modifie pas. Chacun est bien conscient de ce que les sauces préparées aujourd'hui ne sont pas les mêmes que celles que cuisinaient les arrière-grand-mères. Mais c'est bien à cette modification-là que l'on impute la recrudescence des maladies en général et de *weyno* en particulier. Ainsi, on évoque souvent un excès moderne de sucre (autrefois denrée rare), d'huile (l'arachide, introduite massivement sous la colonisation, est raffinée localement) et de sel (sel de mer remplaçant le sel local, utilisation massive de l'« arôme Maggi »)...

1. Propos rapporté in Mahazou et al., 1993 : 21.

« Les sauces actuelles sont faites avec les ingrédients des Blancs, il n'y a quasiment plus de feuilles dans les sauces de feuilles. Si l'on faisait aujourd'hui une sauce avec les plantes qui servaient à faire les sauces autrefois, les enfants n'en voudraient pas [...] Les gens disent que peut-être c'est le sel actuel qui est la cause de tant de *yeyni* et de *weyno*, car c'est du sel de mer, alors que notre sel autrefois ne donnait pas de maladies » (AA).

b) L'excrétion

L'urine, les selles, les vomissements constituent autant de signes d'un *weyno* activé, de crises de *weyno* ou de *yeyni* du ventre. Il y a un vocabulaire descriptif des selles qui est assez élaboré, et l'observation des selles des enfants par les mères est courante. La constipation inquiète beaucoup. Mais la diarrhée, la sudation ou les vomissements sont des processus ambivalents : il s'agit là à la fois de signes du mal, et de signes de son évacuation, au moins tant que ces excréments restent dans une certaine limite. Diarrhées, sudations et vomissements sont donc, à leurs débuts, perçus comme des « sorties » du mal interne, autant que comme des symptômes de celui-ci. Une diarrhée n'est qu'une sorte de « lavement naturel », et l'on sait que le lavement est une pratique sanitaire très courante en Afrique de l'Ouest. Quant à vomir de la bile quand on a la jaunisse, c'est se débarrasser de cette « saleté » (*ziibi*) qui pèse sur le foie.

On va même parler d'« accoucher » la maladie, tant celle-ci est perçue comme substantialisée dans le corps, et tant son expulsion est synonyme de guérison :

« Si tu connais les plantes qui soignent le *yeyni* du ventre, tu vas les donner à boire au malade, et il va “accoucher” la maladie, les plantes vont le laver, elles vont travailler dans son ventre ; comme il va transpirer, la maladie va sortir jusqu'à ce qu'elle soit finie, alors il ne restera plus que le sang dans le corps, les plantes absorbées se transformeront en sang, la personne sera propre » (AG).

On voit ici poindre également le rôle du sang (*kuri*). Que la maladie « gâte le sang » est une conception courante et banale. L'importance thérapeutique locale des saignées et ventouses (qui donnent à voir du sang noir, et donc sale) renvoie d'ailleurs à cette même logique de la purge.

De même qu'il y a clairement un lien au niveau de l'ingestion entre alimentation et sang (la bonne alimentation donne du sang sain, les plantes-remèdes se transforment en bon sang...), il y a un lien entre excrétion et sang (le sang dans les urines ou les selles témoigne de la présence de *weyno*). Ces « contacts » entre système sanguin et système digestif ne sont pas pensés sous forme d'une théorie de la production du sang ou de sa circulation¹. Mais il y a conscience de l'existence d'interactions, même s'il n'y a pas de représentations quant aux formes de ces interactions. Le circuit du sang est conçu comme à la fois un circuit interne et autonome, et à la fois comme étant cependant connecté avec les « entrées » (nourriture, boisson) » comme avec les « sorties ». Et le sang, par là, peut lui aussi se salir, ou se laver.

La maladie (et il s'agit ici, il faut le rappeler, de maladies « prosaïques », « non magiques »), c'est du sale. Et le lieu par excellence du sale, c'est l'intestin. L'anatomie est ici interprétée selon cette perspective : le diaphragme est appelé « bouclier » (*korey*), car il protège les parties nobles (cœur, poumons) des « saletés » intestinales. Lors de l'autopsie d'un mouton à laquelle nous avons procédé pour obtenir cette information, des « traces », des concrétions de *yeyni* (du moins *gunde yeyni*, le *yeyni* du ventre) et de *weyno* nous ont même été données à voir : il s'agissait respectivement de polypes graisseux blanchâtres et de minces caillots sanguins noirs, qui parsemaient l'intestin du mouton (les animaux aussi ont du *weyno*, et leurs propriétaires ou bergers les soignent à cet effet)².

« Le *yeyni* du ventre commence dans le côlon (litt : "l'intestin des excréments"), si tu vas déféquer tu vois des sortes de glaires, des choses sales, nous pensons que c'est cela même le *yeyni* » (AA). (N.B. : de tels symptômes sont parfois imputés à *weyno* : mais on a vu que *yeyni* du ventre et *weyno* étaient très proches et parfois intervertis.)

« Il y a un *yeyni* qui est aussi le fait de Dieu, c'est après l'accouchement,

1. Une nouvelle fois, nous ne pouvons suivre Bisilliat (1982 : 476-79) lorsqu'elle nous fait part de toute une série de conceptions « songhay-zarma » sur le rapport entre sang et maladies. Celles-ci renvoient plus à la virtuosité interprétative de ses deux interlocuteurs ou aux prouesses exégétiques de l'auteur qu'à l'existence de représentations songhay-zarma largement partagées.

2. Il faut préciser que nos interlocuteurs du moment (5 paysans du village de Salsalé) étaient fort prudents dans leurs assertions, et avaient sur cette question un discours du type « il nous semble que... » ; de même, ils émettaient souvent des réserves sur la possibilité de généraliser telle ou telle partie de l'anatomie du mouton à celle de l'homme. Cela étant, la connaissance anatomique de chacun était bien réelle.

il vient dans le sang de l'accouchement, il produit plein de boutons blancs, mais une fois fini il ne revient jamais » (H)¹.

Mais l'excrétion du mal (= du sale), c'est aussi une source de contagion (*a ga diisa*, ou *a ga diksa*). La saleté et le mal se transmettent par contact, et aussi par proximité. Aussi faut-il éviter d'uriner là où quelqu'un atteint de *totoosi* (= qui urine du sang) vous a précédé. Il en est de même en ce qui concerne les selles.

Weyno et changement social

Qu'en est-il en ville, et les représentations que nous avons dégagées y sont-elles encore valables, au moins en milieu populaire ? La réponse est incontestablement oui. La fréquentation des structures de santé modernes, l'accessibilité des médicaments de pharmacie, la scolarisation, ces différents éléments qui sont largement corrélés au contexte urbain, n'ont guère entamé la place que *weyno* tient dans les diagnostics et médications populaires. Tout au plus constate-t-on quelques variantes, qui ne semblent être que des adaptations mineures au cadre urbain. Citons-les dans le désordre :

– La station assise devient un élément activateur de *weyno* (et remplace ainsi la « fatigue » des durs travaux champêtres) : *weyno* est considéré pour cette raison comme une maladie très répandue chez les chauffeurs de taxis.

– Les « potions » ou « mixtures » préventives ou curatives contre le *weyno*, souvent préparées avec des ingrédients « modernes » et en tout cas assez éloignées des préparations à base de plantes traditionnelles des campagnes, sont commercialisées dans toute la ville (on les trouve parfois dans les campagnes, mais elles y sont beaucoup moins répandues). Elles n'éliminent cependant pas en ville l'usage parallèle des préparations traditionnelles (les plantes, au lieu d'être ramassées, sont en ce cas achetées à des colporteurs). Les unes et les autres sont globalement considérées comme des « médicaments traditionnels » face aux médicaments phar-

1. Sur cette sortie blanchâtre de *yeyni* lors de l'accouchement, cf. également Jaffré, 1993 : 212.

maceutiques (on parle de *kwaraa safari*, « médicament du village », face à *lokotoro safari*, « médicament du docteur »).

– Pour le reste, c'est-à-dire pour l'essentiel, les représentations de *weyno* n'ont pas changé en ville. C'est non seulement le cas dans les milieux populaires, mais aussi, semble-t-il, dans les milieux bourgeois et intellectuels, dont pourtant les comportements en matière de santé se rapprochent en général de plus en plus des comportements occidentaux, et qui continuent cependant à considérer *weyno* comme une maladie courante à l'origine de leurs douleurs abdominales, de leurs problèmes digestifs, ou de leurs hémorroïdes, et à prendre des médicaments « traditionnels » à cet effet (ce qui n'empêche pas de s'adresser aussi au système de santé moderne). Cette reproduction imperturbable de *weyno* face aux représentations induites par le système de santé publique, l'école, et plus généralement la « modernité », est en tout cas remarquable : la capacité populaire (à la ville comme à la campagne) de proposer aujourd'hui comme hier du sens, des diagnostics et des thérapies (le problème de l'efficacité de ces dernières étant évidemment tout autre...) est sans doute avec *weyno* à son maximum, malgré l'absence de garanties magico-religieuses pour l'étayer, malgré l'absence de système cognitif « dur » pour la cristalliser.

Mais peut-être les représentations de *weyno* ont-elles un tel succès justement parce qu'elles sont fluides et prosaïques.

Index des informateurs cités

- A : *Alzuma Gooje*, paysan, Koutoukalé Tegyi, violoniste des génies
 AA : *Alfa Almutapha*, marabout, Koutoukale Zéno
 AG : *Ali Gooje*, paysan, Sassalé, violoniste des génies
 C : chef de village, Koutoukale Zéno
 G : *Gittiyo*, paysanne, Sassalé
 H : *Haydara*, paysanne, Koutoukale Zéno
 J : *Jaaje Baaba*, paysan, Tagabati, guérisseur de *weyno*
 K : *Kadri Zimma*, paysan, Koutoukale Tegyi, prêtre des génies
 M : *Munkeila*, paysan, Sassalé
 MK : *Mooru Koyize*, paysan, Sassalé
 Rf : responsable des femmes, paysanne, Koutoukale Tegyi
 Z : *Zakey Yakuba*, manœuvre, Niamey

Ouvrages cités

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

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

Bisilliat J., 1976, Village diseases and bush diseases in Songhay : an essay in description and classification with a view to a typology, in Loudon (éd.), *Social Anthropology and Medicine*, London-New York, San Francisco Academic Press.

Bisilliat J., 1981, Maladies de village et maladies de brousse en pays songhay : essai de description et de classification en vue d'une typologie, *Cahiers ORSTROM*, 18 (4) : 474-486.

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

Boyer P., 1989, Pourquoi les Pygmées n'ont pas de culture ? *Gradhiva*, 7 : 3-17.

Coppo P., Fiore B., Koné N., 1989, Gamma, catégorie nosologique dogon, in Coppo et Keita (éd.), *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Editizioni « E ».

Di Ricco G., Antinucci F., Togo D., 1989, Étude d'un cas de gamma, in Coppo et Keita (éd.), *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Editizioni « E ».

Héritier-Augé F., 1987, La mauvaise odeur l'a saisi, *Le Genre humain* (La Fièvre), 15 : 7-17.

Horton R., 1967, African traditional thought and western science, *Africa*, 37 (1) : 50-71 et 37 (2) : 155-87.

Jaffré Y., 1991, Anthropologie de la santé et éducation pour la santé, *Cahiers Santé*, 1 : 406-14.

Jaffré Y., 1993, *Anthropologie et santé publique. Naître, voir et manger en pays songhay-zarma*, Tours, thèse de doctorat.

Loudon, 1976, *Social Anthropology and Medicine*, New York, San Francisco Academic Press.

Mahazou M. et Harouna O., 1993, *Représentations sociales de la maladie et acceptabilité de mesures préventives dans la lutte contre la bilharziose à Liboré Tchendifarou*, Niamey, Bureau de la recherche en éducation pour la santé.

Mahazou M., Seydou B., Harouna O., 1993, *Étude sur les représentations sociales de la maladie et acceptabilités de mesures préventives dans la lutte*

contre la bilharziose urinaire à Kutukale, Niamey, Bureau de la recherche en éducation pour la santé.

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

Randall S., 1993, Le sang est plus chaud que l'eau (médecine tamacheq), in Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.

Roger M., 1993, « Sumaya » : le palu et le reste (région de Sikasso), in Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.

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

Schumacher R., 1993, Qu'est-ce que « mara » au Bèlèdougou ?, in Brunet-Jailly (éd.), *Se soigner au Mali*, Paris, Karthala.

A. Souley

Trois entités hausa parentes : *zahi, sanyi et shawara*

Les matériaux que nous présentons ici rassemblent des données issues d'enquêtes individuelles menées auprès, entre autres, de guérisseurs, matrones et barbiers, entre décembre 1995 et janvier 1996, dans deux villages¹ du centre-ouest du Niger, en pays hausa. Ces données sont relatives à trois entités nosologiques populaires largement répandues en milieu rural et ayant entre elles de nombreux points communs : *zahi* (littéralement chaud ou chaleur), *sanyi* (littéralement frais ou fraîcheur) et *shawara* (littéralement concertation, mot d'origine arabe)². Nous verrons, pour chacune de ces entités, les manifestations ou les différentes catégories, les « causes » ou agents « activateurs » (ou favorisants) ainsi que les modes de traitement et/ou de prévention.

Mais nous ferons préalablement deux remarques.

La première est qu'en général, pour ne pas dire systématiquement, toutes les personnes interrogées, quel que soit le statut social ou professionnel, font un lien (assez mal défini d'ailleurs) entre *zahi*, *sanyi* et *shawara*. Certains établissent un lien de cause à effet entre deux d'entre elles, ou entre toutes les trois ; d'autres les confondent ; et d'autres encore pensent qu'elles constituent un ensemble de maladies ou de signes qui se succèdent dans le corps du malade. On dit, par exemple :

1. Il s'agit de Babban Katami situé à l'est de l'arrondissement de Bouza (département de Tahoua) et de Kondo situé à l'ouest de l'arrondissement de Madaoua (département de Tahoua).

2. *Zahi* est à peu près l'équivalent en hausa du zarma *weyno*. *Sanyi* correspond à peu près à *yeyni* en zarma. Le terme *shawara* se dit *saware* en zarma, pour « concertation » ; pour désigner la maladie, on dit, en zarma, *moosey*. Voir au sujet de *weyno*, *yeyni* et *moosey* l'article de J.-P. Olivier de Sardan, *supra*.

« Parce que *zahi* est lié à *shawara*, à un stade poussé, il devient *shawara* » (IK).

« *Zahi* a la même parole que *sanyi* » (Ny).

« *Shawara*, c'est *sanyi*. Alors ils s'associent à *zahi*, ils s'entremêlent se déchirant. Tu vois c'est la raison qui fait que la personne délire » (AA).

« Quant à *shawara*, c'est une maladie qui se marie à *sanyi* et *zahi*. Ces maladies se marient ensemble, elles sont ensemble » (Ak).

« Ce sont tous [*shawara* et *sanyi*] des fils de *zahi* » (HJG).

La deuxième remarque, peut-être une conséquence de la première, est qu'il n'est pas toujours aisé de faire une distinction claire et nette entre *zahi*, *sanyi* et *shawara*, notamment en ce qui concerne leurs « causes » et manifestations. Comme on le verra, ces entités apparaissent, souvent, comme des concepts fourre-tout. Le cas de *zahi* est très remarquable. En effet, il n'y a pas d'états physique ou physiologique que le *zahi* ne puisse provoquer : fièvre, manque d'appétit, douleurs articulaires, diarrhée, saignements nasaux, etc. Il n'y a pas de spécialiste pour *zahi* spécifiquement. La maladie semble tellement chronique que son traitement relève à la fois de savoirs populaires et de guérisseurs divers.

Zahi et sanyi

Zahi : la maladie, par excellence, des ruraux

Il existe deux autres termes pour désigner *zahi* : *dan kanoma* et *basa*. Ce dernier terme est l'équivalent exact de *zahi* au Nigéria et dans certains villages nigériens frontaliers de ce pays. Lorsque les populations de ces régions utilisent le terme *zahi*, c'est pour désigner la lèpre, *kuturta*. Le premier terme renvoie, pour certains guérisseurs, à un stade très poussé du *zahi* :

« Lorsque *zahi* s'aggrave il peut engendrer *dan kanoma* » [propos d'un guérisseur interrogé à Kondo].

Pour d'autres guérisseurs, la très grande majorité, *zahi* et *dan kanoma* renvoient à la même réalité :

« *Zahi* et *dan kanoma* sont tous de la même maison » [AB].

« *Dan kanoma* c'est *zahi* » [AA].

A défaut de pouvoir clairement distinguer les différents types de *zahi*, nous avons tenté d'en répertorier toutes les manifestations communément citées par les personnes interrogées. Ainsi, les signes ci-dessous sont relevés au niveau de l'appareil digestif (principalement estomac, intestins, anus) ; ils recourent, en gros, toutes les indications recueillies sur les conséquences de *zahi* chez un malade :

« Il y a celui qui devient *dan kanoma*, il reste au niveau de l'anus de la personne [...]. Il y a celui qui pond des œufs dans le ventre, après chaque semaine, il se déclenche [...]. Il y a celui qui fait que tu sens ton ventre gonfler, tu n'as rien mangé depuis le matin, alors tu sens ton ventre devenir comme un tambour, tu vas aux selles, tu ne peux rien faire [...]. Il y a celui qui va t'embêter dans le ventre, alors tu entends tes intestins "grogner", tu vas aux selles, tu défèques une petite chose semblable aux crotins d'une chamelle [...]. Il y a un, tu vas le sentir ici marcher, marchant vers ton anus comme un serpent, il se promène, il te pique, jusqu'à ce que tu portes ton doigts [à l'anus] pour gratter » (AAu).

« Il peut faire que tu ne peux pas manger » (AAI).

« Il peut t'éclater, tu fais la diarrhée, c'est obligé » (AbM).

Sur les autres parties du corps, on peut relever :

– des douleurs articulaires et au niveau des os

« Tu sens tes os, tes articulations comme s'ils se déchirent » (AbM) ;

– de la fièvre et des frissons

« Il lui provoque de la fièvre chaque jour ; il dort en grelottant » (HJG) ;

– des problèmes oculaires

« Il diminue la vision de la personne, qui ne peut pas apercevoir loin » (*id.*) ;

– l'impuissance

« Il diminue l'homme [la virilité] » (AAI) ;

- des problèmes urinaires, notamment des brûlures, *konewa*, pouvant conduire à des saignements, *jini-jini*, et à l'impossibilité de retenir l'urine
- des maux de tête, *ciwon kai*, permanents, et des vertiges, *juwa*.

Outre ces signes, *zahi* peut provoquer des comportements « délirants » marqués par des convulsions, *zabure*, et des paroles insensées, *dumu-muwa*, ce qui conduit à attacher le malade.

Comme on le voit, il n'y a pratiquement aucune partie du corps épargnée par *zahi*. Il n'y a pas des types de *zahi*, mais un *zahi* avec des symptômes multiples et multifformes qui apparaissent sur le corps indépendamment les uns des autres.

Si les signes de *zahi*, très variés, ne se prêtent pas à une catégorisation stricte, ses causes semblent plus clairement distinguées. Ce sont : *wahala* (la souffrance), *rana* (le soleil) et *ciyeciye* (la consommation abusive d'aliments variés). Certaines personnes ne parlent pas de causes de *zahi*, mais d'activateurs (*sanadi*, vecteur, origine) de *zahi* car :

« Il se peut qu'on engendre la personne avec le *zahi* » (AbM).

Dans tous les cas, les causes et les activateurs se rejoignent.

Wahala est une notion très large. La souffrance dont il est question renvoie à un ensemble de comportements alimentaires risqués. C'est notamment le cas de changements d'habitudes alimentaires, par exemple, le fait de ne pas prendre son petit déjeuner, ou de manger longtemps après midi, ou de manger peu alors que l'on travaille beaucoup. On est assez proche de la notion de *anogo* (insuffisance, carence et/ou changements d'habitudes alimentaires) commune aux Zarma et aux Hausa.

« Tu sais, quelqu'un, s'il se lève, il n'a pas cassé la croûte, il va en brousse, jusqu'à ce que son heure de manger arrive, et il ne mange pas, dès qu'il va revenir ses intestins sont morts » (HJG).

Le fait de ne pas manger à temps provoquerait donc un assèchement des intestins. De même, celui qui ne mange pas assez tandis qu'il travaille beaucoup et fournit d'importants efforts, physiques surtout, est exposé au *zahi* :

« Dès lors que tu vois que la personne ne mange pas jusqu'à se rassasier, les intestins vont se tordre » (AA).

La seconde cause de *zahi* est *rana*, le soleil. Ce facteur est lié à une activité physique régulière (*tahiya*, la marche, *zama*, la position assise, *aiki*, le travail) et à la chaleur.

Le fait d'abuser de certains aliments tels que le sucre (*sukari*), la kola (*goro*) et le tabac (*taba*) peut, enfin, favoriser le *zahi* :

« La maladie *zahi*, ce qui la provoque, c'est par exemple la consommation abusive d'aliments variés, le sucre, la kola, le tabac. Alors la personne fait de la fièvre, toujours, avec des maux de tête » (AJ).

Wahala, *rana* et *ciyeciye* sont le propre de personnes dont l'environnement, les moyens de subsistance, l'avenir et, pour ainsi dire la vie entière, sont précaires. Une grande partie de leur existence est faite de dures conditions climatiques, aléatoires, d'un faible accès à l'éducation et aux soins de santé primaires, d'enclavement, d'une hygiène déficiente, de déficits alimentaires chroniques, etc. De fait, ces personnes sont en permanence exposées à *zahi*. On peut dire que c'est une maladie normale en milieu rural, comme allant de soi, car elle est liée aux conditions d'existence et au vécu quotidien des ruraux.

Les guérisseurs soignant *zahi* peuvent être classés en deux catégories : il y a ceux qui administrent un produit unique dès qu'ils pensent être en présence de cette maladie, et, il y a ceux qui administrent différentes sortes de produits en fonction des divers symptômes ressentis par le malade¹.

Pour les premiers, « *zahi* est unique ». Ils vendent, en général, des racines à utiliser en décoction, de la poudre de plantes médicinales à diluer ou des décoctions déjà préparées. Il n'y a pas d'indications particulières en matière de posologie. Le malade boit une mesure (par exemple un bol d'environ 50 centilitres) chaque fois que de besoin. Même en

1. Nous avons rencontré un guérisseur, à Babbankatami, qui soigne le *zahi* à l'aide de plantes. Il s'agit du *zahi* qui entraîne des vertiges (*juwa*) : « Si par exemple c'est celui qui provoque des vertiges, il y a des plantes qu'on récolte, on lui donne alors il les fixe des yeux » (HJG). Un autre moyen de traitement est le *wanki* (le lavage). Il ne s'applique que dans les cas graves de *zahi*, notamment lorsque *zahi* devient *dan kanoma*. A ce stade, le malade est complètement abattu, très amaigri et a des comportements « anormaux ». Le lavage se fait avec de l'eau et du savon de fabrication artisanale (*sabunin gargajiya*).

l'absence de toute manifestation de *zahi*, on peut boire des décoctions pour prévenir le mal.

Ceux qui administrent différents sortes de produits ne sont pas nombreux :

« Si la personne vient, elle dit comment elle se sent, car les racines des arbres ne sont pas les mêmes, chacun a celui qu'on lui donne » (HJG).

Après un premier traitement, si le malade souffre encore, on en adopte un autre. Là aussi, il n'y a pas d'indications précises sur la posologie, et le tarif est le même:

Quelle que soit l'approche adoptée par le guérisseur, le but du traitement est d'expulser la maladie du ventre de l'individu atteint. Les effets recherchés, plus ou moins immédiats, sont de provoquer des douleurs abdominales aiguës (dans certains cas) et de faire déféquer (*gudun dawa, awo, tsugunni*) le malade (dans tous les cas). Les selles peuvent se présenter sous forme de diarrhée, souvent douloureuses (*zahi*, c'est-à-dire brûlantes). Elles peuvent aussi évoluer successivement de selles « normales » en selles visqueuses comme la morve (*majina*).

Sanyi : une sensation de froid, deux maladies

Le terme *sanyi*, lorsqu'il fait référence à une maladie, recouvre deux entités distinctes. Tout d'abord, *sanyi* peut désigner une maladie qui aurait son centre de gravité dans le bas-ventre ; elle se manifesterait par des douleurs articulaires. On parle alors de *sanyin raba* (*sanyi* de la rosée), ou *sanyin kasa* (*sanyi* des os), ou *sanyin kunkuru* (*sanyi* du bassin) ou encore *sanyin lokaci* (*sanyi* du temps). D'autre part, on a un ensemble de maladies sexuelles regroupées sous la dénomination de *sanyi* ; l'identification de ces maladies s'opère par un jeu de couleurs. *Jan sanyi* (*sanyi* rouge) se caractériserait par des urines rougeâtres, *farin sanyi* (*sanyi* blanc) colorerait les urines d'une blancheur visqueuse et *bakin sanyi* (*sanyi* noir), le plus dangereux, provoquerait la rétention de l'urine.

Sanyi, douleurs articulaires

C'est une maladie dont le déclenchement aurait pour point de départ le bas-ventre (*mara* ou, parfois, *ciki*). On parle de déclenchement en ce sens que *sanyi* serait enfoui en tout être humain.

« Parmi les êtres humains, il n'y en a pas qui n'ait *sanyi* dans son corps. Car si la personne a une activité qui lui apporte *sanyi*, alors il l'aura » (AM).

Ce *sanyi*, on l'a dès la naissance (*haihuwa*). Autrement dit, il est inscrit en nous :

« *Sanyi*, c'est avec lui qu'on engendre la personne » (AbM).

Cependant, quelques rares personnes interrogées ont plutôt penché pour un *sanyi* provoqué, non inné. Dans tous les cas, les causes qu'elles avancent rejoignent les facteurs considérés ailleurs comme activateurs de *sanyi*.

Si on naît avec *sanyi*, trois facteurs peuvent l'activer dans le corps, à savoir le soleil (*rana*), la rosée (*raba*) et *zahi*.

Le premier activateur de *sanyi* est lié à une activité physique intense sous la chaleur :

« Si c'est une personne qui travaille tout le temps sous le soleil, *sanyi* l'attrapera » (Cb).

Le second activateur s'oppose, en terme de sensation, au précédent. Il s'agit de la fraîcheur (l'humidité) consécutive à la rosée.

« Si Dieu fait la pluie, la personne vient se coucher, elle "fait son lit" à même le sol. *Sanyi* l'attrapera. Si ce *sanyi* attrape son corps et devient abondant, il le rendra malade » (*id.*).

Le dernier activateur de *sanyi* nous ramène au lien toujours souligné entre *sanyi*, *zahi* et *shawara*. Pour certains guérisseurs, *zahi* peut activer *sanyi* :

« *Sanyi*, nous disons qu'il y a *zahi* dedans » (SMH).

Activé, *sanyi* s'extériorise à la manière de *weyno*. A partir du bas-ventre, diverses manifestations se font jour. Elles ne sont pas nécessairement toutes liées. Le malade peut ressentir des sortes de spasmes (*camuka*) : on parle de *sanyin mara*.

« *Sanyi*, il attrape le bas-ventre, il tord » (AJ).

« S'il attrape la personne, celle-ci sent son bas-ventre, il devient lourd, il lui provoque des douleurs spasmodiques, il le noue, il lui fait un tas ici [il se concentre, s'entasse], il pique » (MK).

Ces *camuka* (douleurs spasmodiques aiguës) concentrées dans le bas-ventre entraînent certaines difficultés. Elles provoquent, notamment, des douleurs lorsqu'on veut déféquer ou uriner.

« S'il tord, le sexe de la personne se dresse, il se raidit avec force. Il fait mal. Si tu vas pour uriner, il n'y a que des douleurs » (AJ).

Les difficultés ci-dessus évoquées peuvent être précédées ou suivies de fièvre (*masassara*).

Quand ce n'est pas le bas-ventre (*sanyin mara*), on a affaire à *sanyin kasa* ou *sanyin kunkuru*. Là, ce sont les os qui sont atteints, précisément ceux du bassin (*kunkuru*) et/ou ceux des membres (inférieurs surtout). On dit que les os se « refroidissent » (*kasa su sanyanye*) et font mal (*suna ciwo*). Ce *sanyi* n'épargne ni adultes, ni enfants.

« S'il attrape la personne, il pénètre dans les os. Jusqu'à ce qu'il amène la personne à ne pas pouvoir se tenir debout. Il peut attraper les adultes et les enfants » (propos d'un guérisseur interrogé à Kondo).

Le *sanyi* du bassin et/ou des membres s'accompagne, généralement, de fièvre. Cette fièvre est intermittente :

« Celui qui attrape la personne, qui lui donne de la fièvre comme ça, le jour elle attrape, le soir elle s'en va » (Cb).

Les deux « extériorisations » de *sanyi* que nous venons de retracer

rappellent bien certaines manifestations de *zahi* et de *shawara* (et aussi de *weyno* et *yeyni*, cf. Olivier de Sardan, *supra*) : maux de ventre, douleurs articulaires et fièvre générale. Ces manifestations, rappelons-le, s'accompagnent de difficultés pour uriner ou déféquer. Il faut noter que le seul élément qui n'apparaisse pas ici est le vomissement.

Le traitement de *sanyi*/douleurs articulaires se fait à base de plantes. Quelques guérisseurs y associent aussi des *a'du'a* (récitation de versets coraniques). Le malade ingérera des préparations végétales ou diluera des poudres végétales dans de la bouillie. La « prise » se fait le plus régulièrement possible, à volonté, sans restriction pour la dose. L'efficacité de tout traitement se remarque à travers les urines et/ou les défécations. Autrement dit, c'est dans l'aspect (ou la forme) de ces déchets qu'on peut vérifier les résultats d'un traitement : par exemple, dès que les urines reprennent leur coloration habituelle, normale, on considère que le médicament est indiqué. Dans tous les cas, il faut que la maladie soit neutralisée, quitte le ventre. Cela ne peut se voir que dans ces déchets. Quelques jours, parfois un mois, sont nécessaires pour se guérir de *sanyi*. Tout dépend de l'emprise de la maladie dans le corps.

*Sanyi, maladies sexuelles*¹

« C'est à l'urine qu'on les distingue » (propos d'un guérisseur interrogé à Kondo).

Il est pratiquement impossible de déterminer la nature d'un *sanyi* en l'absence de signes urinaires. C'est par la couleur des urines qu'on reconnaîtra le type de *sanyi* en question. Si les urines sont rougeâtres, il s'agit du *jan sanyi* ; si elles sont blanchâtres et visqueuses, il s'agit du *farin sanyi*. Pour le *sanyi* noir, le diagnostic ne s'appuie pas sur la couleur car il n'y a pas d'urine noire : le malade a des brûlures marquées d'une rétention sévère. Les guérisseurs parlent d'une sorte de grain (*kankara*) qui obstruerait le canal urinaire au niveau du gland. En terme de gravité,

1. Il faut souligner qu'il y a une distinction entre *sanyi*/maladies sexuelles, touchant les personnes sexuellement actives, et *sanyi*/maladie infantile appelée aussi *kamun raba* (attaque de la rosée), composante de *tamowa* (ensemble de signes de malnutrition chez l'enfant).

il est considéré comme le plus dangereux, car il peut, dit-on, entraîner le sectionnement du gland.

Farin sanyi est le *sanyi* le plus bénin. Il est moins grave et moins douloureux que les deux autres formes de *sanyi*. Socialement, cependant, le *farin sanyi* est très grave. En effet, dès lors qu'on est atteint, on se fait vite remarquer du fait de l'écoulement presque ininterrompu d'un liquide blanchâtre (ou grisâtre) et visqueux qui salit tout vêtement.

« Il s'écoule comme du lait, comme tu connais la bouillie, c'est comme ça qu'il sort » (AB).

L'écoulement est d'autant plus gênant qu'il est quasiment ininterrompu. Il est impossible de retenir cet écoulement, par ailleurs de débit assez lent. Le malade est obligé de rester chez lui, avec pour seul vêtement une sorte de serviette ; ou alors, il change constamment de vêtement. La femme atteinte souffre autant que l'homme.

« Elle se met elle aussi à couler, elle regarde derrière son pagne, il est complètement gâté ; entre ses jambes, ou sur une natte, ou sur un tabouret, tu vas voir la chose là s'écouler, jusqu'au point où la femme ne peut plus aller en public » (AAu).

En dehors de cet écoulement visqueux, lent et un peu douloureux, on ne parle d'aucune autre manifestation quelconque sur le corps. Cependant, le malade court le risque de devenir stérile. Cela concerne aussi bien l'homme que la femme. L'explication est simple :

« Celui qui a des écoulements, comment son sperme serait-il assez concentré pour devenir consistant jusqu'à se coucher dans la femme ? » (*ibid.*).

Autrement dit, le liquide qui s'écoule est le sperme. On ne parle plus d'urine uniquement. C'est comme si du sperme s'y est ajouté. Le sperme n'est pas consistant, concentré (*abin kishi*), il ne peut entrer dans un processus de fécondation.

Le traitement de *farin sanyi* fait appel à des plantes. Il provoque son évacuation du bas-ventre par les urines.

Le *jan sanyi*, quant à lui, se manifeste par des urines rougeâtres. Il est plus grave que *farin sanyi*.

« Il dépasse *farin sanyi* en mal » (AbM).

Uriner est plus douloureux car c'est comme du sang qui « sort » et c'est encore plus visqueux.

« *Jan sanyi*, il se durcit, on ne peut même pas uriner » (AAu).

Contrairement au *farin sanyi*, le *jan sanyi* ne s'écoule pas. Certains guérisseurs affirment que le malade peut ressentir de la fièvre. Elle s'accompagne du gonflement des organes génitaux extérieurs. En plus, on a des douleurs au bas-ventre intenses :

« Il y en a qui assomment l'homme, le voilà couché, ses maux de ventre ne finissent pas » (AbM).

A l'instar du *farin sanyi*, le *jan sanyi* se soigne avec des plantes. Pour certains guérisseurs, le malade évacue le mal par les urines. D'autres affirment, au contraire, qu'il est impossible « d'uriner le mal » ; on ne peut s'en séparer que par défécation.

La dernière forme de *sanyi* est le *bakin sanyi*. A ce niveau, on ne parle plus d'écoulement car le canal urètre se trouve bloqué. Par conséquent, même si on l'appelle *bakin sanyi* (le noir), il n'y a pas d'urines noires parce que, tout simplement, il n'y a pas (ou presque) d'urine.

« Il fait une chose comme une graine de sorgho dans la gorge du sexe de la personne, il se durcit, quand tu veux uriner tu te mettras à hurler » (AAu).

Certes, on en ressent le besoin de manière très pressante, mais l'acte d'uriner est encore plus douloureux. Là aussi, les organes génitaux extérieurs s'enflent, mais le malade ne ressent ni maux de ventre ni fièvre.

Ces manifestations sont les mêmes pour la femme atteinte.

« Elle dit qu'elle ne peut pas uriner. Son bas-ventre s'enfle, voilà qu'elle ressent le besoin d'uriner mais elle ne peut pas uriner, cela ne sort pas. Alors

la chose qui a fermé [à clef] le sexe de l'homme, tu sais que c'est elle qui a fermé [à clef] la porte de l'urine de la femme » (AAu).

Néanmoins, l'obstruction du canal urinaire laisse s'égoutter un tout petit peu d'urine. C'est cette « sortie » qui est douloureuse. Le malade hurle, il se fait entendre partout.

« Ton sexe, c'est comme s'il veut se trancher » (*id.*).

Les causes et le traitement de sanyi

Il y a une source commune, unanimement admise, à toutes les formes de *sanyi* : la transmission par voie sexuelle. En effet, à la suite de relations sexuelles entre malade et personne non atteinte, il y a un risque de contamination. Quelques guérisseurs ont parlé de risque de contamination à la suite de port de vêtements d'un malade par une personne bien portante, ou quand on enjambe les urines d'un malade.

L'ensemble de ces maladies est également regroupé sous le terme de *ciwon mata* (maladie de femme). La plupart des enquêtés conviennent, spontanément, qu'on attrape ces maladies avec les femmes. Un guérisseur a un avis plus objectif :

« C'est une chose que Dieu a envoyée parmi les gens, vous, les femmes, vous dites que c'est avec les hommes que vous le prenez, vous, les hommes, vous dites que c'est avec les femmes que vous le prenez. [...] Cette maladie en tout cas c'est parmi les gens qu'elle se trouve, entre les hommes et les femmes » (AAu).

À la source sexuelle ci-dessus évoquée, il faut ajouter une autre plus ou moins sexuelle elle aussi. Cependant, elle ne concernerait que le *farin sanyi*. Il s'agit de ce qu'on pourrait appeler des « rêves humides ». Un guérisseur explique :

« Par exemple, quand un homme est couché, même dans un rêve la maladie peut l'atteindre. L'homme est couché, et il voit une femme qui se présente à lui, elle se couche devant lui comme les femmes se couchent [comme pour se donner à lui], il veut s'accoupler à elle, mais l'acte ne s'accomplit pas, lorsqu'il

a voulu venir il n'a pas pu. Alors, dès qu'il se réveille, cette chose le noue, elle lui provoque une maladie » (AB).

En clair, notre guérisseur parle d'un homme qui rêverait d'une femme s'offrant à lui. Pendant l'accouplement, à l'instant fatidique de l'orgasme, l'homme n'éjacule pas. Il veut éjaculer, il sent qu'il va éjaculer, mais le sperme ne sort pas. Lorsqu'il va se réveiller, le matin, le sperme le nouera, lui bloquant le canal urinaire, provoquant le *sanyi*. C'est le même risque que court l'homme dont la femme a « mauvais caractère », c'est-à-dire celle qui, après avoir excité son mari, refuse de se donner à lui.

Il en va de même pour l'homme qui « a une fixation sur une femme », c'est-à-dire qui désire avidement une femme. Il ne rêve pas, ce n'est pas dans son sommeil mais dans son imagination qu'il fantasme. Tout se passe dans sa tête, consciemment. Il va tellement désirer la femme qu'il en sera malade.

« D'autres encore, dans leur cœur, ils désirent une femme, ils la cherchent, ils ne l'ont pas. Cela leur provoquera la maladie » (Cb).

On peut prévenir ces différentes formes de *sanyi*. Ainsi, même en cas de relations sexuelles avec un partenaire atteint, on resterait indemne :

« Celui qui ne veut pas attraper *sanyi*, on lui donne un médicament, c'est fini, jusqu'à ce qu'il finisse sa vie sur terre, il ne fera pas cette maladie de *sanyi*. Ou s'il aime une femme qui a *sanyi*, le mariage les unit, alors il prend ce médicament et elle ne le contaminera pas » (AAu).

Shawara

Shawara désigne la jaunisse en hausa, associée en général à *zahi*. Dans les régions de Babban Katami (Bouza) et de Kondo (Madaoua), on entend également parler de *rawaya* et de *ja masassara* (fièvre rouge)¹ pour désigner la même maladie. Le terme *rawaya* semble être plus utilisé dans les régions du Gobir (vers Dakoro et Maradi), chez les Gabastawa (les gens de l'Est) que dans les régions de l'Ader. C'est une maladie qui fait toujours intervenir le sang (*da jini shika aiki*). Elle « diminue le sang » :

1. Dans d'autres régions hausa du Niger, on dit *fara masassara* (fièvre blanche).

« Quant à *shawara* il diminue le sang, là où il est, le sang ne s'épanouit pas » (AAu).

Au centre des représentations de *shawara*, il y a ces deux éléments : c'est une maladie engendrée par *zahi*, et qui attaque le sang.

Ses symptômes sont faciles à détecter. Pour toutes les personnes interrogées, que ce soit à Babban Katami ou à Kondo, il suffit d'examiner le malade à trois niveaux :

- les yeux ;
- les bouts des doigts ou des orteils ;
- et les urines.

Le but de l'examen est de constater la « diminution » ou le « changement » de couleur du sang (dans les yeux et sous les ongles) et l'apparition d'une coloration jaunâtre (dans les yeux et les urines). Les yeux prennent un aspect jaunâtre (*balge-balge* ou *tsanwa*). Sur certaines parties du corps du malade, le sang manque :

« Il ne laisse pas le sang de la personne circuler » (Ny).

« Le sang n'est pas bon » (IK).

Le fait que le sang ne soit pas « bon » et l'aspect jaunâtre des yeux sont des signes qui confortent le guérisseur dans son diagnostic. Il y a d'autres manifestations préalables ressenties et évoquées par le malade même. Tout d'abord, il y a la fièvre, une fièvre intense :

« Il provoque de la fièvre tout le temps » (IK).

Cette fièvre se manifeste particulièrement de la tombée du jour (*bakin da rana ta fadi*) au matin (*da sahiya ta yi*).

« Chaque jour la personne dort avec de la fièvre » (MK).

Ensuite, *shawara* entraîne des douleurs articulaires, des maux de tête (*ciwon kai*) et des saignements de nez (*habo*). Le malade se sent las et est toujours couché. Il n'a pas d'appétit.

« Tu ne sens aucune utilité sur ton corps » (*id.*).

« Il y a beaucoup de sommeil chaque jour, il entraîne la paresse, la personne sent que tout son corps est abattu » (AB).

« La nourriture, tu n'en ressens aucune envie » (MK).

« Dès que tu manges la nourriture, tu vomis » (*id.*).

Il faut noter, en plus de ces signes et manifestations relevés par tous les enquêtés, que quelques guérisseurs ont parlé de diarrhées (cas grave de *shawara*) et d'une certaine perte de contrôle de soi-même (*saremani na dumi*). Parmi ces guérisseurs, certains précisent que la diarrhée est une manifestation très rare ; elle se présente quand la maladie est très avancée (*in ta yi yawa*). D'autres relèvent que *shawara* peut entraîner, la nuit surtout, des cauchemars avec paroles et cris, et même des gestes de panique ; elle peut, aussi, entraîner une sorte de bougeotte (*yawan tahiya*) chez le malade.

A en croire la majorité des personnes interrogées, c'est, généralement, *zahi* qui est à l'origine de *shawara*. Dès que *zahi* persiste et s'aggrave, il devient *shawara*. Tout se passe comme si *zahi* agissait comme une maladie qui affaiblirait l'organisme humain, et permettrait ainsi à d'autres maladies (entre autres *shawara* et *sanyi*) de prendre place dans le corps du malade.

« *Shawara* on dit que son origine est *zahi*, dès lors que *zahi* est abondant, alors on dit qu'elle s'infiltré [se faufile] dedans » (HI).

Certains guérisseurs parlent, également, de *wahala* (la souffrance) et de *rana* (le soleil). Le terme de *wahala* est utilisé relativement à l'alimentation, comme pour le cas de *zahi*. Il s'entend comme un manque, une sorte de carence alimentaire, ou comme une alimentation « mauvaise » :

« Ce qu'est *wahala*, c'est consommer de la mauvaise nourriture » (Cb).

La « mauvaise nourriture » n'est pas clairement définie par les enquêtés. Cependant, ils font allusion au fait de manger n'importe quoi à n'importe quel moment. En d'autres termes, c'est faire des mélanges « explosifs » d'aliments variés :

« Très souvent, la graisse (*maski*), par exemple celle d'une viande, si elle est abondante dans une personne, elle provoque *shawara* » (AAu).

D'autre part, *rana* (soleil) peut provoquer *shawara*. Il faut entendre en fait par *rana* des activités exercées sous le soleil, sous une chaleur torride. Celui qui travaille régulièrement dans ces conditions (*yawan aiki ga rana*) est exposé à *shawara*.

On est donc, encore une fois, en présence d'une maladie fréquente en milieu rural, en tout cas selon les conceptions populaires. Ce n'est pas une maladie héréditaire. Elle n'est pas contagieuse non plus.

A Babban Katami et à Kondo, comme dans bon nombre de milieux ruraux populaires, *shawara* n'a qu'un mode de traitement : la thérapie locale, traditionnelle. Il est communément admis que cette maladie ne se soigne pas au dispensaire. D'ailleurs, il est fortement déconseillé d'y aller pour recevoir une injection ; on s'exposerait à un danger mortel :

« *Shawara* on ne l'amène pas au dispensaire, parce que si on fait une injection, la maladie retourne dans le ventre, et alors elle tue la personne » (AJ).

Un traitement à base de plantes médicinales est systématiquement pratiqué. Les spécialistes, guérisseurs de *shawara*, sont légion. Ce n'est pas, en soi, une « grande » maladie. Parfois même, les thérapies relèvent de simples savoirs populaires. Le traitement vise à chasser, déloger la maladie qui se trouve dans le ventre (*cikin ciki*). Un guérisseur de Kondo explique :

« Les médicaments que nous donnons, ce sont ceux qui font que *shawara* sort du ventre, on l'urine, ou on le défèque. »

Certains guérisseurs utilisent de la poudre de plantes médicinales (racines, feuilles ou écorces séchées et pilées) ; cette poudre se dilue dans du lait caillé (*nono*), de la boule (*hura*) ou du thé (*shayi*). D'autres préfèrent les racines et/ou les écorces utilisées en décoction. Que ce soit poudre à diluer ou décoction, l'effet recherché est, toujours, que la maladie sorte du ventre. Pour certains guérisseurs, elle est évacuée par les selles ;

d'autres parlent plutôt d'une évacuation par les urines ; d'autres, enfin, évoquent la possibilité de la vomir (*amai*).

Index des enquêtés

AA : Abdo Abaka, ex-guérisseur, n'exerce plus depuis 1993, 57 ans, Babban Katami.

AA : Adamou Bacharou, guérisseur, 35 ans, 4 ans de métier, Gidan Tabi.

Aab : Abdou Abdoulaye, dit Naino, guérisseur, 61 ans, plus de 40 ans de métier, Koren Kaura.

AAI : Abdoulrazikou Alou, guérisseur, 25 ans, 4 ans de métier, Konni.

AAu : Altine Auta, guérisseur, 57 ans, 33 ans de métier, Koren Kaura.

AbM : Aboubacar Mahamane, guérisseur, 48 ans, 7 ans de métier, Babban Katami.

AJ : Alassan Jika, guérisseur, 35 ans, 10 ans de métier, Babban Katami.

Ak : Abdoukadni, wanzami (barbier), 47 ans, 20 ans de métier, Gidan Tabi.

AM : Abdourahimou Mahamane, guérisseur, 23 ans, 3 ans de métier, Gidan Tabi.

AZ : Ali Zanana, guérisseur, 35 ans, 10 ans de métier, Gidan Tabi.

BT : Baki Tabba, wanzami (barbier), 67 ans, plus de 40 ans de métier, Babban Katami.

Cb : Chaïbou, guérisseur, 57 ans, 40 ans de métier, Kugubtawa.

HI : Halimatou Issaka, guérisseur, âge indéterminé, 7 ans de métier, Babban Katami.

HJG : Hama Jan Gebe, guérisseur, 58 ans, environ 40 ans de métier, Gidan Mai Tuje.

ID : Idi Djibo, guérisseur, 47 ans, environ 15 ans de métier, Koren Kaura.

IK : Ibrahim, dit Illo Kura, guérisseur, 47 ans, 28 ans de métier, Babban Katami.

Is : Issa, guérisseur, âge indéterminé, 2 ans de métier, Babban Katami.

JN : Jibrila, dit Naino, guérisseur, 45 ans, environ 12 ans de métier, Babban Katami.

MK : Moussa Kaka, guérisseur, 50 ans, 25 ans de métier, Babban Katami.

N : Nouridini, dit Dannai, ex guérisseur, environ 65 ans, n'exerce plus depuis 1986, Babban Katami.

Ny : Nayoussa, guérisseur, 57 ans, environ 20 ans de métier, Babban Katami.

SMH : Souleyman Mai Heruha, guérisseur, âge indéterminé, 35 ans de métier, Heruha.

ZY : Zakari Yaou, guérisseur, âge indéterminé, 4 ans de métier, village non indiqué.

Troisième partie

LE CORPS VISIBLE.

QUELQUES COMPARAISONS OUEST-AFRICAINES

Y. Jaffré

La maladie de « la fontanelle »

La fontanelle est un espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, et qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance. Bien que fort visible par ses battements au sommet de la tête des nourrissons, cette structure anatomique ne se manifeste vraiment qu'en deux occasions. Lorsqu'elle est bombée, elle peut signaler une méningite, lorsqu'elle est déprimée une déshydratation. D'un point de vue épidémiologique, dans toute l'aire sahélienne, la forte prévalence de ces deux affections rend, malheureusement, ces symptômes courants. Cette répétition du même dans des contextes différents intéresse aussi l'anthropologie puisque, selon les sociétés concernées, ce référent pathologique est l'objet de diverses nominations et représentations sociales. Pour argumenter cette question, on envisagera ici les descriptions et interprétations¹ proposées par des interlocuteurs appartenant à des langues et cultures géographiquement proches : songhay-zarma, dogon, hausa et mandingue (dioula, bambara). Pour chacun de ces groupes², nous décrirons succinctement les signes, causes et traitements subsumés sous les différents termes locaux recouvrant la notion de « fontanelle ». Nous essaierons ensuite de tirer quelques enseignements de cette énumération.

1. Les données que nous utilisons proviennent des travaux de terrain produits par Moumouni A., Roger-Petitjean M., Tinta S., Bozari M., Jaffré Y., dans le cadre du programme de recherche « Interactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest) » Cf. les huit « Bulletins » de ce programme.

2. Nous nous appuyons ici sur les conceptions les plus largement partagées. Il va de soi que selon les interlocuteurs les savoirs varient.

Les représentations de la maladie

Longo (zarmatarey), *longiya* (zarma), *lonlon* (dendi) : dans ces différents parlars songhay-zarma de l'ouest du Niger, cette maladie qui ne concerne que les enfants en bas âge – de la naissance au sevrage – est associée à une série de symptômes qui en préfigurent la manifestation : l'enfant a la diarrhée, il vomit, la tête fait un creux puis la fontanelle s'affaisse. D'autres symptômes, de moindre importance, peuvent s'adjoindre à ce tableau comme la fièvre ou « l'apparition de vaisseaux sanguins sur la tête ». Différentes causes sont évoquées comme étant à l'origine de ce mal, une mauvaise qualité du sang de l'enfant, une transmission par le lait maternel, ou une « contagion » par enjambement d'eaux sales ou contact avec un enfant malade. L'établissement du diagnostic relève des mères ou grand-mères. Parfois on consulte des spécialistes locaux. Le traitement est simple et consiste essentiellement à enduire la fontanelle d'emplâtres constitués de divers produits allant de la bouse de vache à des fruits. Enfin la fontanelle est parfois superficiellement incisée afin d'en enlever le « mauvais sang ».

Dana (*dogon*) : les populations dogon de l'est du Mali s'accordent sur deux points. L'affection concerne essentiellement une période de la petite enfance allant de la naissance à trois ans. Son nom signifie littéralement « haut ou sommet de la tête » et désigne, outre la fontanelle, tous les problèmes de santé qui y sont liés. Quelques distinctions apparaissent néanmoins quant à l'expression de la maladie. Pour certains, il n'y a qu'une seule sorte de maladie, pour d'autres deux, selon que l'affection se déplace vers l'intérieur et « dépasse la cervelle » ou « s'enfle pour monter » vers l'extérieur. Les symptômes de cette pathologie sont nombreux et aisément repérables : la fontanelle « s'arrête et ne danse plus », l'enfant vomit, ne peut plus téter et « le peu qu'il mange, la diarrhée l'emporte ». Parfois, à ce tableau peut s'ajouter de la fièvre. A l'évidence, l'origine de la maladie est plus complexe à penser. Dans leur recherche des causes, les populations s'attachent cependant à souligner la fréquence d'apparition de cette affection durant l'hivernage, et s'accordent pour incriminer la qualité du lait de la mère ou une contamination éventuellement provoquée par l'enjambement des selles d'un autre enfant malade. Enfin, le principal traitement consiste essentiellement à appliquer un

emplâtre constitué de tabac déjà chiqué ou de cola déjà croquée là où « devrait danser la fontanelle ». Des lavements ayant pour but de provoquer une diarrhée sont aussi parfois utilisés. Ils sont censés permettre « la sortie » de la maladie.

Madiga (hausa) : à l'est du Niger, ce terme désigne essentiellement la dépression de la fontanelle, mais peut aussi, par extension, souligner une impression de « grossissement de la tête » de l'enfant. Le principal symptôme, « l'enfoncement », atteste de la maladie. D'autres lui sont associés, tels des diarrhées fréquentes, des vomissements, une fièvre permanente ou une chute pondérale importante. Diverses causes sont incriminées. Elles relèvent de quatre types principaux. De manière mécanique, la maladie peut provenir d'un choc accidentel provoquant « l'enfoncement de la fontanelle » ; par ailleurs une souffrance fœtale – liée à un long travail d'accouchement – peut la provoquer ; elle survient aussi à l'occasion d'une autre pathologie infantile, comme *tamowa*, caractérisé par des diarrhées, des vomissements et un amaigrissement. Enfin *madiga* peut être liée à l'espace de la brousse « où circulent de nombreuses maladies ». Le traitement relève exclusivement des thérapies populaires : « l'abaissement de la fontanelle n'est pas une maladie du dispensaire ». Deux principales thérapeutiques sont utilisées. La première consiste à déposer dans le creux de la fontanelle un produit composé d'une poudre de plantes pilées et de déjections de charognard. La seconde à provoquer, par des inhalations de produits irritants, des étternuements supposés faire bouger la fontanelle.

Nunan (dioula) : dans l'ouest du Burkina Faso, cette maladie de la prime enfance présente comme symptôme cardinal l'affaissement de la fontanelle. Elle inclut parfois comme signe associé une tuméfaction du palais. Pour certains, elle est supposée semblable à une autre affection nommée *kun* signifiant littéralement « tête ». Divers symptômes signent cette pathologie : le nourrisson ne parvient pas à ou refuse de téter, il vomit, et a de la fièvre et la diarrhée. Les quelques hypothèses étiologiques émises évoquent une mauvaise manipulation du nourrisson et notamment : « si l'on enlève trop brusquement le sein de sa bouche, cela risque de tirer sa fontanelle ». Une dernière conception associe cette affection à une autre, *sogo* (litt., chair, viande) caractérisée par un amaigrissement de l'enfant. Enfin, pour certains, cette maladie peut être considérée comme une étape normale dans la vie de l'enfant. Quant aux traitements, ils

relèvent exclusivement des compétences et/ou du pouvoir des « vieilles ». Le plus fréquemment, tout en proférant quelques incantations (*kilisi*), elles enduisent la tête de l'enfant d'un emplâtre, préférentiellement composé d'une terre détachée d'un fond de mortier. Parfois, elles appuient et cassent un « bouton » supposé être sur le palais du malade et attirer sa fontanelle.

Ngunan jigin (bambara) : au centre du Mali, deux termes, *nagalo* (palais) et *ngunan* (fontanelle), désignent la fontanelle et sa dépression. Ils sont, pour des raisons anatomiques, présentés comme synonymes, ou tout au moins, comme formant un couple lié par un rapport de détermination : « *Le nagalo* sort dans la bouche et vient tirer la fontanelle par sa racine. » Diverses caractéristiques stabilisées définissent ces deux termes. C'est une maladie qui ne se transmet pas et qui affecte spécifiquement les enfants, notamment au moment de la poussée dentaire. Bien que cette maladie soit désignée par son principal symptôme (*ngunan jigin*, litt., fontanelle descendue), d'autres signes y sont cependant associés : l'enfant ne tète plus et il a la diarrhée.

La « fontanelle » fatigue des enfants (*a bè den dow sègen*), jusqu'à leur donner le dégoût du monde (*fo ka dinyè nègè b'u la*). Ils ne peuvent pas prendre le sein (*u tè se ka sin min*). Si on ne trouve pas le médicament, la maladie peut tuer l'enfant (*a bè se ka den faga*). L'enfant a la diarrhée (*a kòndò bolilen don*), son ventre est comme de l'eau fraîche (*a kòndò bè kè i ko ji suma*), il vomit aussi (*a bè foono fana*). La maladie peut causer la perte de l'enfant (*bana bè se ka den halaki*).

Les causes évoquées restent vagues : la fontanelle descend, tirée par des « tendons/ ligaments » (*fasa*) ou par sa racine (*lili ou gili*) située dans le palais. Une hypothèse étiologique des diarrhées, présentée avec circonspection, incrimine la chaleur du lait maternel. Quant aux soins, ils dépendent de « vieilles guérisseuses », et de quelques possesseurs de remèdes : *musokòroba furadonna* (vieille femme connaissant les remèdes), *furabòla* (celui qui donne le médicament), *fura tigi* (possesseur du médicament), *fura donnan* (connaisseur du médicament). Pour ces catégories de soignants, la répétition du radical *fura* oriente la traduction vers le terme de « remèdeur ». En effet, il s'agit, avant tout, de posséder un produit, et si l'efficacité du traitement implique aussi un pouvoir (*furabòla*

seko) ce dernier est plus proche d'une compétence technique que de la maîtrise d'une connaissance ou d'une force magico-religieuse. De fait, le traitement de cette maladie ne fait pas intervenir d'autres guérisseurs, définis par un savoir ou un statut social spécifique (*donikèla* : devin ; *filèlikèla* : voyant ; *soma* : magicien ; *mori* : marabout). Enfin les gestes thérapeutiques effectués sont simples et relèvent de l'univers du quotidien. La fontanelle de l'enfant est frottée (*tangi* ; *tereké*), massée (*saalon*) et enduite d'un emplâtre confectionné à partir d'un poisson à tête plate et dure, le silure. Les symptômes associés, et notamment les diarrhées, sont traités spécifiquement par des herbes et des décoctions. Globalement, les mêmes traitements, repris par tous, ne changent que sur quelques infimes détails. Ainsi certains préconisent de prendre de la poudre sur un mortier plutôt qu'à terre, d'autres d'utiliser une louche « *galama* » neuve, un pagne d'accouchement, etc. Tous s'accordent sur le choix du recours : « On n'emmène pas les enfants au dispensaire. » Ces choix sont renforcés par l'inquiétude (*kòndògwan* : litt. ventre chaud) et la volonté d'agir rapidement, de trouver un traitement avant que la maladie ne s'installe et se renforce (*bana sinsinna* lit, encourager, renforcer), et, en pénétrant dans le corps de l'enfant, ne produise d'autres troubles.

« Mais si le remède n'est pas trouvé, la maladie peut entraîner d'autres choses (*nga n'a fura ma sòrò min fè, a yèrè bènà ko wèrèw ye*) ».

Il s'agit donc d'une « urgence sanitaire ressentie ». Ce n'est pas la gravité de la maladie qui cause sa durée, mais par contre la durée peut générer la gravité. Cette conception expliquant la demande des mères d'une guérison rapide, presque immédiate, de l'enfant, confirme leur choix d'un traitement populaire.

« Bien sûr, n'importe quelle maladie, si au début on la traite, ça finit vite. Mais si la maladie s'installe (*ni bana sinsinna*), ce n'est pas facile de dire comment ça va se terminer ».

« Si la maladie est dans le corps de l'enfant, elle ne peut plus être soignée (*a tè sòn furakè ma bilen*) ».

Un dispositif spécifique

Quelques remarques s'imposent à l'issue de ces brèves descriptions. Allons au plus simple. Il s'agit d'une maladie du nourrisson. Encore privé de parole, le corps de l'« infans » est observé par les mères et les soignants. L'ensemble des discours recueillis relève donc d'une observation d'autrui et non d'un récit sur soi. Cette maladie est toujours décrite, et jamais énoncée par ceux qui en sont porteurs. Cette modalité de l'interaction sanitaire est fréquente dans le domaine pédiatrique et y définit des relations spécifiques entre soignants et soignés. Elle s'exerce aussi sur les matériaux d'enquête recueillis par l'anthropologue, et globalement sur le contenu des représentations des pathologies infantiles. En effet, l'évocation de sensations cénesthésiques ou de sentiments ne pouvant être que le fait de celui qui « vit » sa maladie, ces dimensions ne sont pas évoquées dans nos descriptions. Bref, si la « fontanelle » est médicalement et socialement une « maladie » d'enfant, elle correspond dans les discours recueillis à une « maladie » d'enfant interprétée par des adultes.

Outre ces propriétés liées aux caractéristiques de la personne malade, d'autres traits qualifient cette pathologie. Elle est, tout d'abord, visible¹, et repérée d'autant plus facilement que de nombreuses pratiques populaires, relevant d'une puériculture à finalités esthétiques et préventives, s'attachent à modeler le crâne de l'enfant ou à raser ses cheveux² notamment au moment du baptême. Il s'agit ensuite d'une description symp-

1. Cette visibilité explique sans doute pour une grande part la permanence de craintes et de précautions dont ce lieu anatomique est l'objet. Ainsi en France au XIX^e siècle : « La tête des nouveau-nés n'est généralement pas très propre. On leur laisse neuf jours le bonnet de baptême, lui-même non lavé. De plus on leur lave très peu souvent la tête. La crasse est un peu considérée comme un engrais qui fortifie et embellit les cheveux. Mais elle forme surtout une couche protectrice pour la fontanelle, objet d'inquiétude par la fragilité qu'on lui prête » (Loux, 1978). Par ailleurs, chez les Nzebi du Gabon : « si le mari enfreint l'interdit de ne fréquenter que des femmes avec lesquelles il a eu des relations durant la grossesse, l'enfant meurt par éclatement de la fontanelle » (Dupuis, 1991).

2. En milieu bambara, une croyance très répandue prétend que le regard porté par certaines personnes sur les premiers cheveux – nommés *si juguw* (cheveux mauvais) – de l'enfant risque de le rendre malade. De même le baptême – nommé *kun di* (cheveux rasés) –, outre son aspect religieux, est supposé associer le nom de l'enfant à ses cheveux (*k'a kun di n'a tògò ye* : le baptiser avec son prénom). Ils grandiront ensemble. D'autres pratiques ayant le crâne et les cheveux comme support sont attestées par exemple en pays mossi où, après la naissance, « une bande de cheveux dite cheveux mauvais est enlevée à l'enfant une semaine après la naissance » (Lallemand, 1978). De semblables pratiques sont aussi attestées au Congo (Gami, 1993).

tomatique où les rapports entre la nomination de la maladie et son tableau sémiologique sont très largement redondants : la maladie de la fontanelle, c'est la fontanelle qui est affaissée ou bombée, même si autour de ce « noyau dur » d'interprétations stabilisées peuvent s'adjoindre d'autres caractéristiques comme notamment des diarrhées et des vomissements. Enfin, non dite ou non ressentie, aucune douleur n'est évoquée.

Les interprétations deviennent plus incertaines et divergentes lorsqu'il s'agit d'aller du descriptif à l'explicatif. Il n'existe pas, en effet, d'étiologie spécifique mais plutôt l'évocation des rapports mère-enfant médiatisés par la qualité de l'alimentation, ou une très générale théorie de la transmission par simple enjambement d'une trace. La forte prévalence de ce symptôme est, par contre, mise en relation avec l'âge de l'enfant et interprétée comme un risque « normal » lié à certaines étapes de la croissance considérées comme de véritables périodes à risque, notamment la poussée dentaire (*kolobò*, os sortir, en bambara) supposée « ouvrir la porte » à de multiples maladies.

Les traitements engagés conservent, eux aussi, cet aspect direct et quasi mécanique d'une relation entre un symptôme et un geste thérapeutique simple. Si les substances diffèrent, il s'agit cependant, dans tous les cas, de masquer la marque de la maladie en comblant la dépression grâce à un amalgame de divers produits parfois choisis selon un rapport analogique entre la tête de l'enfant et celle d'un animal, comme dans le cas du silure. Cette pathologie ne suscite aucune recherche thérapeutique ou étiologique spécifique et globalement ces remèdes, qui sont l'apanage des « vieilles » supposées être proches des enfants, s'accordent simplement au visible de la maladie.

Il en découle que les populations n'envoient pas, tout au moins en première intention, les enfants au dispensaire où l'action thérapeutique s'applique sur les risques de déshydratation et non pas sur le symptôme lui-même. D'un côté se conjuguent l'évidence du symptôme et le traitement populaire (dépression et comblement de la fontanelle) ; de l'autre il y a la difficulté de l'interprétation du traitement médical : comment, en effet, relier le symptôme à une déshydratation et, éventuellement, à un traitement au long cours d'une malnutrition ? Cet entrelacs d'observations et de conceptions conduit les populations à différencier les maladies du dispensaire et les maladies soignées localement, et, comme en milieu

mandingue, à opposer des maladies bambara (*bamanan banaw*) et des maladies de « blanc/docteur » (*tubabu banaw*).

Couverture sanitaire aidant, cette dichotomie s'estompe et doit être nuancée en milieu urbain. En effet, si dans un premier temps les enfants y sont soignés « traditionnellement », une éventuelle aggravation des symptômes conduit fréquemment les parents à recourir au système de santé biomédical. Ces conduites d'accès aux services de santé rendent complexe l'évaluation profane de la qualité des soins. En effet, alors que l'état de certains enfants s'améliore de lui-même, celui-ci semblant ainsi guérir grâce aux soins populaires, d'autres adressés trop tardivement dans des services de pédiatrie n'y arrivent que pour y décéder, confirmant ainsi l'impression d'une médecine des Blancs incompétente face à cette pathologie.

Une représentation modeste aux effets considérables

Ces quelques descriptions ethnographiques ouvrent une double discussion. L'une concerne quelques travaux d'anthropologie consacrés à l'enfance, l'autre intéresse une santé publique souvent limitée dans son abord des phénomènes de santé par des approches uniquement quantitatives.

De nombreuses recherches anthropologiques consacrées à l'enfance et à ses maladies en Afrique de l'Ouest se sont attachées à dépeindre le statut spécifique de celui qui commence à vivre. Ces études attestent l'existence de représentations spécifiques de l'identité d'un nourrisson fragile – instable entre un monde dont il provient et celui qui l'accueille – qui est de plus, comme objet de désir, exposé à toutes les convoitises et jalousies. Ainsi, en pays mossi, les rires et les babillages d'un nourrisson, supposé être un ancêtre qui revient (Bonnet, 1988, Jonckers, 1991), n'apparaissent pas directement adressés à ses géniteurs mais témoignent au contraire des liens qu'il entretient avec l'univers extra-humain et les esprits de la brousse qui tantôt protègent les mortels tantôt leur nuisent (Lallemand, 1978). Dans un tel système de sens, la maladie ou le décès de l'enfant peuvent être conçus, tout autant qu'une disparition du cercle des vivants, comme une volonté de retour vers d'anciens compagnons : génies ou ancêtres. De semblables conceptions peuvent être évoquées en

pays bambara, où la mort est souvent décrite comme autonome par rapport au fait morbide. Elle relève d'un destin inscrit de longue date, dont la maladie est plus un agent qu'une cause. Diverses expressions témoignent de cette conception et qualifient l'enfant par sa bonne fortune (*den simaa* : enfant de longue vie), ou désignent la mort comme fatalité inscrite (*satum* : moment de la mort). De même le décès des jeunes enfants est souvent évoqué sous les aspects d'un « retour » (*u bè segin* : ils retournent) ou comme le fait de « demeurer en un autre lieu » (*u tora a la* : ils sont restés). Euphémismes à valeur consolatrice¹ pour certains, ou conception d'une mort comme retour pour d'autres, soulignons seulement que ces valeurs sont communes au monde sahélien.

De proches conceptions colorent aussi de nuances persécutives l'interprétation de divers rapports relevant d'une altérité plus immédiate. Il en est ainsi, au Sénégal en milieu wolof, de l'enfant *nit ku bon*. Son portrait nous est ainsi tracé : « Rires, explosions joyeuses, toujours brefs, toujours fragmentaires, touchant rarement la motricité d'ensemble, s'opposent aux pleurs soudains. A travers ces ruptures, l'enfant quitte son ordre pour retrouver, un instant, un comportement « normal » : parler haut, rire, répondre aux baisers. Son extrême « sensibilité » à autrui et la discontinuité de son comportement caractérisent donc ses relations. C'est un enfant qui ne reçoit pas. L'échange est pour lui bloqué » (Rabain, 1985 : 48). Outre ces caractéristiques concernant largement ce qui relèverait de troubles de la socialisation, un tel statut désigne ces nourrissons à divers risques (Zempléni, 1985) : « On peut le reconnaître après le sevrage (18 mois – 2 ans), comme un bel enfant, bien bâti, aux gros yeux blancs, au teint clair, quelqu'un qui attire les regards [...]. Promesse de grand avenir et menace de mort, bonheur pour la famille et « mauvais souhaits » pour les parents », il est de ce fait « entouré d'un halo d'appréhension et d'espoir » (*ibid.* : 28). Une fois de plus, de semblables conceptions, construites autour de la notion de *den saraman* (enfant ayant un « charme »), se retrouvent dans le monde bambara. Ces « trop beaux bébés », qui attirent les regards d'adultes toujours susceptibles de se révéler être de méchantes personnes (*môgô jugu*), sont, en effet, exposés

1. Ce rapport entre le travail du deuil et le choix d'un prénom faisant du nouvel enfant une sorte de revenant est souligné dans un autre contexte par Raimbault : « Là, dans ce monde-là, l'enfant, tout enfant, est déjà de remplacement » (1996).

aux aléas des sentiments d'envie et de jalousie exerçant leur violence par les véhicules du regard (*nyè jugu* : mauvais œil) ou de la parole (*da jugu* : mauvaise langue). Conjointement à ces conceptions persécutives, diverses préventions sont mises en œuvre, dont notamment des pratiques de dissimulation des enfants (*den bè dògò*) visant à éviter une « frayeur » de l'enfant (*siran, jatikè*). Enfin, en milieu zarma, d'identiques interprétations construites autour de la notion de peur (*humburukumey*) génèrent de semblables attitudes « socio-prophylactiques » (Jaffré, 1995).

Bref, l'ensemble de ces travaux souligne l'existence d'un ensemble de représentations ouest-africaines concernant l'enfance et ses troubles¹. Outre une thématique persécutive commune, la principale caractéristique formelle de ces conceptions populaires est de définir la maladie comme hétéronome : sa raison et ses causes débordent le simple corps du malade. Le trouble morbide relève d'une « persécution » ou « d'une attaque » sorcière causant la « peur » et/ou captant le double (*ja* en bambara, *biya* en zarma, etc.), une « logique de l'imputation » est à l'œuvre (cf. *supra* Olivier de Sardan), la mort engage le destin, les ancêtres ou les génies, etc.

Aucune de ces catégories n'apparaît dans les discours recueillis autour de la maladie de la fontanelle, témoignant ainsi d'une certaine autonomie par rapport aux diverses représentations concernant l'enfance et de ses troubles. En fait, si certaines maladies se présentent comme des « événements », et suscitent divers discours interprétatifs, d'autres, au contraire, relèvent du quotidien et du banal. « La fontanelle » est un « faire sans dire », une pratique sans réel support discursif, sans représentation forte. Aucune supputation étiologique n'est vraiment menée et la prise en charge du mal se réduit à une technique répétitive s'appliquant au visible. Close sur elle-même et quasi tautologique, la fontanelle n'est que la maladie de l'affaissement de la fontanelle.

Bien que discrète, cette représentation populaire de ce qui est pour le clinicien signe évident de déshydratation n'est pas sans conséquences sanitaires. En effet, dans les zones rurales des pays de l'Afrique subsaharienne où moins de 40 % de la population a accès à de l'eau potable,

1. De multiples pratiques quotidiennes témoignent de ces conceptions. Citons par exemple la dation de prénoms préventifs, le fait de ne pas compter des personnes (en bambara *dan*), de ne pas nommer un enfant durant la nuit, de ne pas dire qu'il pèse, qu'il est beau, etc.

les diarrhées sont une des principales causes de mortalité infantile (Gentilini, 1993). Au Mali, par exemple, où 125 à 200 enfants pour mille naissances vivantes meurent avant l'âge d'un an, et environ 250^{oo} à 350^{oo} décèdent entre 0 et 5 ans, les diarrhées représentent près de 15 % des causes de mortalité infantile et 28 % des consultations pédiatriques. Plus spécifiquement, dans le service de pédiatrie de l'hôpital national de référence, cette pathologie est à l'origine d'environ 15 % de la totalité des décès (DNSI, 1996). Indexés par leur familles comme souffrant de la « maladie de la fontanelle », nombre de ces enfants diarrhéiques meurent de déshydratation.

« Facteur de risque » silencieux, dans sa simplicité, la maladie de la fontanelle explique, tout au moins en partie, l'insuffisante utilisation des méthodes de réhydratation orale et un accès tardif aux services de santé. Cette pathologie correspond à un agencement spécifique constitué par l'étrange addition d'enfants sans parole, d'un symptôme visible et de soins simples et répétitifs. En terme de santé publique, ces représentations populaires induisent des pratiques inefficaces et, par défaut, préjudiciables à la santé des enfants. Très concrètement, pour améliorer la situation sanitaire, il reste aux uns – soignants – à comprendre le sens des pratiques sociales et aux autres – patients – à connaître les nécessités du traitement et des préventions. Organiser cet entre-deux pourrait être une des tâches d'une anthropologie qui sans renoncer à la rigueur de ses concepts s'impliquerait dans une action de prévention.

Ouvrages cités

Bonnet D., 1988, *Corps biologique, corps social, Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM.

DNSI, 1996, *Enquête démographique et de santé, 1995-1996*, Bamako, Ministère de la Santé.

Dupuis A., 1991, L'homme muzombi : couvade chez les Nzebi (Gabon), in *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Lallemand et al. (éd.), Paris, L'Harmattan, 77-101.

Gamis N., 1993, Une pratique traditionnelle pour la fermeture de la fontanelle de l'enfant téké-kukuya (Congo), *Santé Culture/Culture Health*, vol. IX, n° 2, 367-376.

Gentilini M., 1993, *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences ».

Jaffré Y., 1996, Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger, *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 1, 41-71.

Jonckers T., 1991, Petite enfance et religion, in *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Lallemand et al. (éd.), Paris, L'Harmattan, 119-134.

Lallemand T., 1978, Le bébé ancêtre mossi, in *Système de signes*, Paris, Hermann, 307-317.

Loux F., 1978, *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion.

Rabain J., 1985, L'enfant Nit Ku Bon au sevrage. Histoire de Thilao, *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 4, 43-57, La Pensée sauvage.

Raimbault G., 1996, *Lorsque l'enfant disparaît*, Paris, Le Seuil.

Zempléni A., 1985, L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal, *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 4, 9-57, La Pensée sauvage.

D. Bonnet

Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau

Qu'est-ce que la maladie de l'oiseau ?

Dans de nombreuses sociétés du sud du Sahara, les populations rurales ont établi une analogie entre les convulsions associées à certaines maladies infantiles et les battements d'ailes d'un oiseau rendu responsable de ces troubles. Du Sénégal au Niger, on entend ainsi parler de la « maladie de l'oiseau »¹.

L'« oiseau », terme générique, désigne donc la maladie et sa cause. Cette relation entre l'oiseau et la convulsion induit un « couplage des termes d'une analogie » (Perrin, 1992 : 210) entre un trait comportemental humain et un mouvement corporel animal. La représentation analogique aurait pu en rester là ; mais les systèmes de pensée ne se sont pas contentés d'une métaphore linguistique (l'enfant malade est *comme* un oiseau qui secoue ses ailes) et ont créé un lien causal entre l'oiseau et les convulsions infantiles, inscrivant, comme on le verra plus loin, cette analogie au sein de vastes théories de la contamination d'origine animale.

Cette association est une représentation largement partagée par de nombreuses sociétés ouest-africaines. Cependant, les données recueillies par plusieurs ethnologues témoignent d'un usage instable de la « maladie de l'oiseau » et de sa causalité. D'aucuns, on le verra plus loin, n'y rapportent même qu'une description symptomatologique sans l'associer systématiquement.

1. Les exemples qui suivent concernent l'Afrique de l'Ouest, et s'appuient sur des enquêtes personnelles réalisées auprès des Moose du Burkina Faso. Je remercie A. Epelboin, S. Bouvier, F. Le Marcis, et J.-P. Olivier de Sardan pour la communication de leurs notes de terrain, leurs observations et leurs commentaires.

quement à un registre causal. De plus, même si la maladie de l'oiseau est un modèle explicatif qui englobe différentes maladies à symptomatologies convulsives et hypertoniques (fièvres convulsives, épilepsies, tétanos ombilical, accès pernicieux, saturnisme), les données recueillies et les documents consultés ne nous autorisent pas à établir une correspondance nosologique stable avec les maladies de notre système médical susceptibles de provoquer des convulsions, même si, en zone urbaine africaine, il est fréquent d'entendre des associations populaires faites entre « maladie de l'oiseau » et tétanos ou, dans un milieu informé des méfaits du paludisme, entre « maladie de l'oiseau » et accès pernicieux du paludisme.

L'association faite entre un symptôme convulsif et la maladie de l'oiseau, si elle est fréquente et si elle représente en quelque sorte un noyau dur minimum, reste ponctuelle et fluctuante car elle s'inscrit dans une narration de la maladie qui est elle-même en interaction avec les conditions d'énonciation (contexte d'apparition de la maladie, statut des interlocuteurs, expériences précédentes). Ainsi, lorsque le contexte change, la narration se transforme et l'interprétation aussi.

Décrire la maladie de l'oiseau

Il est difficile, voire impossible, de recueillir une description clinique différentielle des pathologies qualifiées de « maladie de l'oiseau », vraisemblablement pour les raisons évoquées précédemment. Les guérisseurs insistent sur l'apparition brutale du trouble, sur son aspect inattendu. Dans de nombreux cas, le diagnostic est basé sur des pertes de connaissance avec des mouvements anormaux notamment des membres supérieurs. Ce sont donc les conditions d'apparition de la maladie et ses prémisses événementielles (circulation en brousse et en fin de journée, maladie précédente mal soignée, etc.) ou sa fin tragique qui sont essentiellement évoquées : « l'enfant semblait bien se porter et brutalement il s'affaiblit, convulse et décède » (on sait que dans de nombreuses maladies infantiles, l'enfant se maintient debout avec de fortes hyperthermies). D'autres guérisseurs décrivent l'enfant en bonne santé, jouant avec ses compagnons dans la cour, quand soudainement il tombe dans le coma et convulse.

Cette description pourrait à certains égards faire penser à une crise épileptique de type « grand mal ». D'ailleurs, dans certaines sociétés

africaines, comme les Zulu d'Afrique du sud décrits par Laurence Creusat-Gaudin (1997), l'épilepsie est appelée « maladie de l'oiseau ». Cela dit, mes propres recherches sur l'épilepsie (1995) m'ont permis de constater que les guérisseurs africains identifient assez bien l'épilepsie de type « grand mal », qui reçoit un terme spécifique dans chaque langue¹, et qu'ils la distinguent des autres tableaux symptomatologiques, et en particulier de la « maladie de l'oiseau ».

L'oiseau : une représentation « réaliste » ou un récit mythique ?

De quel oiseau s'agit-il ?

La description de l'oiseau n'est pas la même selon les régions et les populations. Chez les Moose de la région de la vallée du Kou où j'ai mené des enquêtes dans les années 84, les personnes interrogées n'étaient pas toujours en mesure de reconnaître l'espèce de l'oiseau incriminé, qu'elles qualifiaient de « mauvais oiseau » ou d'« oiseau turbulent » ou encore d'« oiseau de la tombe ». Dans certains cas, elles désignaient spécifiquement une chouette. Les enquêtes moose le décrivent comme faisant sa nidification dans les tombes, oiseau nocturne « sans oreilles » (comme la chevêchette perlée) et « chassé le jour par les petits oiseaux ». Certes, les chouettes et hiboux sont, en tous lieux, des oiseaux nocturnes qui font peur. J.G. Frazer, dans *le Rameau d'or* (1927) fait état de populations nigériennes qui « craignent le hibou qu'[elles] regardent comme un oiseau de mauvais augure ; [elles] évitent de prononcer son nom ; [elles] préfèrent le désigner par quelque circonlocution comme "l'oiseau qui fait peur" ». Les enquêtes de F. Le Marcis (com. pers.) dans la région dialloubé au Mali le présentent comme « le seul oiseau à avoir des yeux sur le visage, comme l'homme, et non pas sur le côté comme les autres oiseaux. Il en est de même pour les oreilles. Cette ambiguïté, ajoute Le

1. En dogon « *tibi sugu* » (cf. Tinta, 1996) ; en hausa « *borin jaki* » (cf. Bozari, 1996) ; en bisa « *paparlo* » (cf. Yaogo, 1976) ; en bobo « *kirikirisian* » (cf. Alfieri, 1997). J-P Olivier de Sardan (com. pers.) déclare de même que l'épilepsie (*curcura*) en zone songhay-zarma est « clairement distinguée » de la « maladie de l'oiseau » (*curo*) « malgré la parenté de nom » qui peut se justifier par une proximité de comportement. La répétition de la crise, sa forme, et l'âge du malade sont, notamment, des critères qui orientent le diagnostic des guérisseurs vers l'épilepsie.

Marcis, confirme les soupçons de sorcellerie qui pèsent sur lui ». S'agit-il, alors, d'une méconnaissance de l'espèce ou de la volonté de ne pas prononcer son nom car il inspire la crainte ?

Le fait que l'animal ne soit généralement pas nommé, alors que les populations rurales africaines ont, d'ordinaire, une bonne connaissance de leur environnement naturel, et qu'il soit désigné par rapport à une espèce, peut être attribuable à l'usage courant d'euphémismes lorsqu'un objet, un animal ou une personne sont jugés mortifères. Dans le même registre, certaines maladies ne sont pas désignées par leur nom, pour détourner leur force négative (par exemple, la rougeole peut être nommée « la maladie des vents »).

Les migrants moose interrogés, dans la vallée du Kou, sur leur méconnaissance du nom de l'espèce disaient, en parlant de l'oiseau : « c'est le seul à tuer les gens, c'est pour cela qu'on ne lui donne pas de nom », ou encore « il a pris le nom de tous les autres parce qu'il est mauvais ».

Si les recherches de Jean-Pierre Jacob chez les Guronse-Winye (1987) associent aussi l'oiseau à la chevêchette perlée, celles de Michèle Dacher en pays Goin (1992) révèlent qu'il s'agirait plutôt d'un oiseau mythique ou encore d'un engoulement à balancier (héros bien connu et souvent mythique des contes ouest-africains). Alain Epelboin, dans ses travaux comparatifs entre Nyokholonke (Malinke) et Peuls du Sénégal (1983), déclare que les deux populations désignent aussi l'engoulement à balanciers. S. Bouvier, chez les Peuls du Fouta-Djalou, nous communique que « tout le monde associe sans difficulté l'oiseau à l'engoulement à balancier » (com. pers.). D'après ses informations, l'oiseau se rencontre sur les chemins et plutôt au crépuscule. Frédéric Le Marcis (com. pers.) révèle que les personnes interrogées décrivent un oiseau « de brousse, nocturne, résidant avec les maudits », raison pour laquelle, selon les Peuls, il est assimilé à un sorcier anthropophage qui boit le sang des enfants et leur « coupe la respiration ». Les récits relatifs à l'oiseau, cités par F. Le Marcis, ont une énonciation qui s'apparente à un mythe. Ainsi, un imam peul explique qu'un homme fut, autrefois, transformé en oiseau par Noé pour avoir bu le sang d'un passager de l'arche. Depuis, il se venge en s'en prenant aux enfants des hommes. L'auteur nous signale, à bon escient, qu'aucune mère de famille interrogée ne connaissait cette histoire, faisant valoir, ainsi, qu'il existe

différents niveaux d'interprétations selon les locuteurs. Dans les régions nigériennes occupées par les populations songhay-zarma, l'oiseau incriminé est un héron ayant circulé dans un cimetière (J.-P. Olivier de Sardan, com. pers.) ; par contre, les mêmes sociétés localisées vers Tombouctou évoquent le hibou.

En conclusion, l'idée la plus largement véhiculée et la plus partagée est celle d'un oiseau du crépuscule ou de la nuit, en contact avec la mort (plus rarement assimilé à un sorcier)¹.

L'identification de l'animal est-elle pertinente ?

L'ethnologue peut se laisser entraîner par le désir de donner au récit recueilli une validité réaliste. Nombre d'anthropologues s'accordent, aujourd'hui, sur les dangers des surinterprétations symboliques ; à l'inverse, il peut y avoir aussi danger à donner une valeur naturaliste à l'information. Sur le terrain, j'ai tenté d'identifier l'animal dont les descriptions recueillies s'apparentaient à la chevêchette perlée. J'ai même reproduit un dessin de la chevêchette, avec l'aide d'entomologistes de l'ORSTOM, pour tenter de restituer à cet oiseau son identité d'espèce animale, comme a tenté de le faire, à ma suite, J.-P. Jacob. Aujourd'hui, j'inclinerais à penser que l'identité de l'oiseau est essentiellement générique. Du reste, les subtilités de la narration et de l'interprétation peuvent le transformer en génie ou, plus souvent, en sorcier. Toute tentative abusive de classification est d'autant plus illusoire qu'elle renvoie, à plus ou moins long terme, à l'idée de vouloir insérer la causalité de la maladie dans une classification « naturelle » ou « religieuse », démarche qui me paraît, elle aussi, à relativiser. On voit bien, d'ailleurs, que dans un contexte parisien où les chevêchettes perlées et les engoulevants à balancier sont plutôt rares (Rezkallah, Epelboin, 1997), et où, donc, leur rencontre est fort peu probable, les populations migrantes recourent encore, aujourd'hui, à la nomination « maladie de l'oiseau » pour interpréter les pertes de connaissance des enfants. Ce n'est donc pas le nom spécifique

1. Des données ethnographiques sur l'Afrique centrale permettraient d'enrichir cette perspective comparative, car on sait que cette région d'Afrique privilégie les étiologies persécutives de type sorcellerie.

de l'oiseau qui est déterminant. Une même représentation peut, dans un contexte précis ou dans une situation particulière, se présenter de façon réaliste, mécaniste et naturaliste, et dans d'autres cas être associée à des mythes (ou à leurs formes résiduelles), ou encore à des causalités de type magico-religieux (sorcellerie anthropophagique).

En fait, lorsqu'un individu s'adresse à un parent, un ami, un collègue de travail, ou un infirmier en lui disant que son enfant a, ou est mort après avoir eu, la maladie de l'oiseau, il transmet, par cette proposition narrative, une image, un registre de causalités que l'interlocuteur ouvre et ferme à son gré selon sa propre personnalité sociale et selon ses propres croyances. Il peut même ne pas y croire, tout en comprenant fort bien, de fait, ce que son parent ou ami cherche à lui signifier. A ce titre, la maladie de l'oiseau est essentiellement un support et un moyen de communication. Dans certains cas, l'analogie oiseau-convulsion n'induit même pas un registre causal explicite. Par exemple, chez les Peuls guinéens (S. Bouvier, com. pers.), on peut évoquer la « maladie de l'oiseau » uniquement à partir de l'observation de manifestations morbides et sans lui adjoindre un discours étiologique (ce qui ne veut pas dire qu'on n'y pense pas). Dans le même ordre d'idées, les informations recueillies en zone songhay-zarma révèlent que pour certaines personnes « l'oiseau n'a rien à voir avec un oiseau qui vole » (J.-P. Olivier de Sardan, com. pers.). En bref, de nombreuses personnes ne s'interrogent pas sur la « réalité » de l'oiseau ni sur la date de la rencontre ou du contact.

Le contact : une rencontre ou un effet spéculaire

Reprenons la rencontre entre l'oiseau et la femme ou l'enfant.

La description que les personnes interrogées font des événements qui précèdent et expliquent l'arrivée de la maladie se présente, là aussi, soit d'une manière réaliste, soit comme un motif de conte ou de mythe.

Plusieurs interprétations narratives sont communes à l'ensemble des populations enquêtées en Afrique de l'Ouest, et deux grandes catégories sont repérables.

La première regroupe des interprétations où le contact se présente comme une rencontre : une femme enceinte (ou portant son enfant dans

le dos) circule à proximité du chemin¹ où l'oiseau prend son envol ; ou elle piétine les œufs de l'oiseau ; ou elle marche sur des traces laissées par l'oiseau².

La deuxième catégorie rassemble des interprétations liées à un survol par l'oiseau avec contact mécanique et/ou symbolique. Par exemple, certains interlocuteurs évoquent un oiseau qui passe au-dessus de la femme enceinte ou d'un enfant, la nuit, au cours de leur sommeil³ ; il les contamine involontairement en déposant des « impuretés » provenant des tombes humaines où il a nidifié. D'autres interprétations (moose, songhay-zarma, et gurunse-winye) se réfèrent à un contact de type plus proprement symbolique : le double invisible de l'animal attaque le double de la personne au moment du survol, plus exactement lorsque l'oiseau et la mère (ou l'enfant) sont dans un rapport spéculaire, le corps de l'un se situant au-dessus de l'autre ou encore l'ombre de l'oiseau survolant le corps de la femme enceinte ou de l'enfant. En zone songhay-zarma, la superposition de l'ombre de l'oiseau et de l'ombre de la femme ou de l'enfant est parfois remplacée par une superposition des cris de l'oiseau et des cris de l'enfant : « les deux cris se mêlent et c'est cela qui rend l'enfant malade » (J.-P. Olivier de Sardan, com. pers.). Dans les deux cas, on a un effet spéculaire : les ombres comme les cris sont placés en position de miroir. Pour J.-P. Jacob, cette « relation proxémique » (1987 : 71) révèle un interdit de contiguïté. L'enfant et l'oiseau occuperaient des « positions symétriques et inverses dans l'axe des oppositions sémantiques pertinentes » (1987 : 73), notamment entre la vie et la mort⁴. Dans tous les cas, le pathologique provient du spéculaire.

1. S. Bouvier met l'accent sur le thème du « chemin » qu'elle appelle un « lieu de contagion » emprunté par les génies ; ceci montre que l'animal est souvent assimilé à un génie, ou qu'il est au service d'un génie.

2. D'après S. Bouvier, il ne s'agit pas de traces physiques au sens où l'entendrait un ornithologiste, mais plutôt de l'espace de circulation (l'énergie vitale qui émane de lui après son passage).

3. Cette information nous révèle que la situation – si on reste dans une logique naturaliste – implique que les protagonistes dorment à l'extérieur de la maison. Or, de nombreuses personnes interrogées en zone rurale situent, en effet, cet événement en saison chaude au moment où l'on dort sur les terrasses ; ce qui satisfait les paludologues puisque cette période correspond aux pics de morbidité et de mortalité palustres.

4. La raideur corporelle de la crise convulsive ou hypertonique peut, en effet, faire songer à un aspect cadavérique et favoriser, par opposition, l'assimilation symbolique entre la vie et la mort.

Dans la première catégorie, la femme a vu ce qu'il ne fallait pas voir¹ ou a été effrayée par ce qu'elle a vu². Nombre de maladies infantiles sont transmises par des animaux dans des conditions similaires. Les interprétations narratives se présentent même selon un modèle relativement standardisé : par exemple, une femme enceinte part chercher du bois ou de l'eau dans la campagne et rencontre un animal qui l'effraie. Elle peut surprendre un lièvre derrière un bosquet (maladie du lièvre), marcher incidemment sur les traces d'un serpent (maladie du serpent)³, apercevoir des caméléons accouplés, tuer une musaraigne, un écureuil (rat palmiste), une mante religieuse ou un varan⁴, etc., autant de circonstances que l'on invoquera pour expliquer quelques mois, voire plusieurs années plus tard, la maladie ou la mort de l'enfant. Cela nous révèle aussi que, dans l'esprit des interlocuteurs, il peut y avoir un long délai entre l'événement pathogène (la rencontre entre la femme enceinte et l'animal) et le symptôme (la convulsion de l'enfant)⁵.

Notons que dans tous les cas la femme est l'acteur principal de la mauvaise rencontre. En effet, les pathologies à origine animale placent la mère en situation de « faute involontaire » vis-à-vis de son enfant ; la maladie infantile est, dans ce type de raisonnement, attribuable à un comportement maternel⁶ même s'il est le plus souvent involontaire. Cela dit, le fait que la mère soit un vecteur mécanique ou symbolique entre l'animal et l'enfant n'induit pas une remise en cause sociale du comportement maternel. La société – celle où la femme puise ses signifiants – ne la considère pas comme « coupable » de la maladie ou de la mort de

1. D'après le corpus consulté, il apparaît qu'en Afrique sahélienne, l'interdit est essentiellement visuel (ne pas voir des animaux en cours d'accouplement, ne pas regarder un animal dans les yeux), alors qu'en zone bantou l'interdit est plutôt alimentaire (Thomas *et al.*, 1994) sans exclure pour autant l'interdit visuel.

2. De nombreuses pathologies infantiles sont attribuables, au Niger, à des peurs enfantines (Y. Jaffré, 1996).

3. Desquamation de la peau, un des symptômes de la malnutrition.

4. Sylvie Bouvier (com. pers.) nous informe que les Peuls du Fouta-Djalon regroupent les maladies attribuables à la tortue, à l'engoulevent, au singe, au caméléon, à la perdrix et à l'oiseau sous le terme de « maladies des petits animaux ».

5. Cette notion qui fait songer à celle de « porteur sain » est loin d'avoir été explorée d'une manière comparative. Elle est fréquemment évoquée dans les conceptions moose de la maladie. L'individu porte en lui la maladie (par exemple l'épilepsie) et on ne sait pas à quel moment elle se manifestera. Elle peut aussi ne jamais apparaître ou se révéler à l'âge où la mère du sujet a eu ses premiers symptômes (représentation d'une transmission génétique).

6. Les maladies du chien, du chat ou de la poule chez les Sereer renvoient à une maltraitance de la femme à l'égard de l'animal (Becker, 1993).

son enfant. On lui recommande seulement d'être attentive, en brousse, à ne pas croiser ces animaux.

La transmission maternelle

Si l'on revient aux propos des personnes interrogées sur les modalités de la transmission maternelle, on recueille peu de discours comparatifs sur le sujet.

Les guérisseurs moose consultés ont, le plus souvent, une explication mécaniste de la transmission entre la mère et l'enfant. Elle repose sur une proximité entre le double de la personne et son sang¹. Le sang « contaminé » de la femme transmet la maladie à son nourrisson par le placenta ou le lait (considéré comme une production du sang). Cette représentation a été recueillie auprès de migrants musulmans, pour certains en rupture avec les idées religieuses ancestrales. Néanmoins, d'une manière plus ou moins larvée, elle se retrouve aussi dans les conceptions populaires des régions d'origine de ces migrants. L'idée que le sang véhicule toutes les maladies et que les humeurs corporelles (principalement le sperme et le lait) se transforment en sang est aussi une représentation commune à la plupart des sociétés rurales ouest-africaines. Par exemple, on pense qu'une jeune fille nubile récemment mariée sera vite réglée car le sperme de l'homme « va faire venir le sang ». De même, une femme est ménopausée car elle reçoit moins de sperme dans son corps. Enfin, une femme enceinte doit avoir des rapports sexuels plus fréquents, en début de grossesse, pour que la masse de sang qu'elle a dans son utérus grossisse suffisamment (le sperme de l'homme se transforme en sang dans son ventre). En revanche, au cinquième mois de grossesse, elle doit cesser toute relation sexuelle car « l'enfant serait trop gros à l'accouchement ».

L'idée que le sang fait le lien (ou se confond) entre la matérialité du corps et la dimension spirituelle de l'être humain (l'énergie vitale) est aussi largement partagée. Les émotions, la peur, les sentiments ont une influence sur le double qui a, lui-même, un effet sur le corps à travers le sang (on le voit avec les maladies causées par la frayeur).

1. La proximité sémantique du double et du sang est fréquente dans l'ensemble des populations rurales ouest-africaines.

Certains ethnologues (J.-P. Jacob, 1987 : 68) ont critiqué ce schéma de transmission maternelle car il représenterait une « formalisation [qui] passe à côté du discours local ». Certes, tout recueil de données est une traduction que l'on formalise. Mais sa critique sous-entend que des données ethnographiques recueillies ne devraient pas entrer en contradiction les unes avec les autres¹ : ne s'agit-il pas, pour des raisons théoriques, d'un désir d'universalisation de ses propres données ? D'autre part, J.-P. Jacob, à travers ce refus d'une variabilité des discours et des représentations, établit une dichotomie entre l'empirique et le magico-religieux. Pour cette raison, il critique l'usage des termes de contamination (utilisé également par S. Fainzang et M. Dacher) ou de contagion, auquel il préfère celui de « contiguïté symbolique », bien que ces différents termes ne se situent pas au même niveau. De fait, il privilégie l'unique aspect magico-religieux du processus. Or, l'existence d'un rapport de contiguïté symbolique n'exclut pas pour autant l'existence d'éléments prosaïques. C'est en établissant une opposition radicale entre l'empirique et le magico-religieux qu'on « *passé à côté de l'explication locale* » (pour reprendre l'expression de Jacob), puisque la distinction entre le matériel et le spirituel n'y est pas pertinente (en tout cas, pas en ces termes).

Le discours local est donc varié. Il peut aller du plus « physiologique » au plus « religieux ». Après un certain nombre d'enquêtes réalisées dans des régions différentes du pays moose et auprès d'interlocuteurs aux statuts divers (devins, guérisseurs, accoucheuses, simples agriculteurs, forgerons, etc.), j'ai pu constater que certains interlocuteurs privilégiaient le modèle mécaniste et d'autres le modèle magico-religieux. Par exemple, les accoucheuses comme les guérisseurs et les migrants islamisés développent un discours mécaniste sur le corps et la personne, alors que les devins et les agriculteurs non musulmans favorisent des explications religieuses. Pour chacun d'entre eux, on observe également un syncrétisme, qui intègre aussi, aujourd'hui, des éléments de la pensée scientifique. Le parcours individuel et religieux du sujet (animiste, musulman) et son statut

1. Une ethnologue, à la fin des années 70, avait recueilli une description d'un accouchement à cent kilomètres de là où j'avais travaillé et effectué le même exercice. Elle me contacta pour contester la description que j'avais faite « puisqu'elle n'était pas la même » que la sienne. Cette procédure relève de la même erreur, et du même désir qu'il y ait unité de pratiques et de pensée dans une société, et que rien n'entre en contradiction avec ses propres données. Les critiques ethnométhodologiques adressées à cette tendance ne devraient plus permettre aujourd'hui ce type de dérive.

social (infirmier, imam, forgeron, agriculteur, devin, fonctionnaire, accoucheuse, etc.) favoriseront parfois une théorie de la contamination relativement « sophistiquée » (théorie du reflet spéculaire) ou, dans d'autres cas, une explication essentiellement humorale, proche d'un discours hypocritique, ou encore les deux à la fois.

Le discours local est, en quelque sorte, un « arrêt sur image », une explication qui a une date, un locuteur, un contexte, etc. Vouloir transformer une information en explication locale définitive revient à faire fi de la personnalité ou de l'histoire des locuteurs. Il n'y a pas d'explication locale définitive. Notre tort est, peut-être, de ne pas l'écrire à chaque fois.

Des glissements interprétatifs

Lorsqu'une maladie ne guérit pas, on peut observer un changement de catégorie causale. On ne remet pas en cause le remède, on change d'interprétation. Dans certains cas, des parents vont douter de l'interprétation des troubles par la maladie de l'oiseau et supposer qu'il s'agit plutôt de la maladie du lièvre ou de l'hippotrague ou encore de la perdrix. Ils peuvent consulter un autre guérisseur ou devin, et s'orienter vers des catégories de maladies « de proximité ». Dans le cas des Peuls, Le Marcis note un glissement interprétatif de la maladie de l'oiseau à celle du caméléon ou de l'antilope (com. pers.). Toutes relèvent de maladies d'origine animale.

Dans d'autres cas, l'interprétation « glisse » de la maladie de l'oiseau à l'épilepsie. Les épilepsies d'adultes peuvent parfois être attribuées, chez les Moose, à une « maladie de l'oiseau » mal soignée dans l'enfance. Et une des origines possibles de l'épilepsie est la bave du chat. Là encore, on reste à l'intérieur de la catégorie des maladies à origine animale¹.

Dans d'autres cas, on adjoint à cette causalité animale une causalité surnaturelle. Les personnes interrogées par Le Marcis mêlent ainsi à la maladie de l'oiseau des interprétations relatives aux génies (djinns), susceptibles d'« aggraver » la maladie.

1. Rappelons, néanmoins, que les animaux sont assimilables à des génies ou considérés comme des montures de génies. Les catégories animaux/génies sont donc quelquefois permutable.

Enfin, comme pour toute pathologie, la persistance de la souffrance ou du symptôme conduit les malades ou les parents de l'enfant à poursuivre une quête de soins qui les amène à consulter nombre de guérisseurs, devins ou médecins, avec une succession d'interprétations et de diagnostics correspondants.

Prévenir et guérir

Pour se protéger du survol mortifère de l'oiseau durant leur sommeil, les mères déposent unealebasse d'eau près de leur natte « afin que l'ombre de l'animal se reflète dans l'eau de laalebasse » et non pas sur le corps de la femme ou de l'enfant. Ceci vise à capter l'ombre de l'animal et ainsi à détourner l'agression de l'individu¹. Il s'agit donc d'un comportement préventif, même s'il s'apparente à un rituel. Les rites d'évitement sont de l'ordre de la prévention, même s'ils ne sont pas appréhendés ainsi par les personnels de santé, qui considèrent trop souvent que les populations n'ont pas une mentalité propice à la prévention. Or, de nombreux actes religieux sont de l'ordre de la prévention.

Un autre type de prévention ancestrale consiste à pratiquer des scarifications sur le corps ou sur le visage de l'enfant. Une composition comportant un élément symbolisant l'oiseau est introduite dans le corps de l'enfant par effraction cutanée pour prévenir, tel un vaccin, la maladie. Dans certains cas, le « produit » (appelé « remède ») est utilisé dans un but curatif. Il a donc une fonction à la fois préventive et curative. Des ceintures de protection contenant, dans une petite pochette de cuir, des ingrédients de même nature que ceux donnés dans le remède sont également portées par l'enfant.

Aujourd'hui, de nombreux parents, même en zone rurale, vont consulter au dispensaire régional, pour une fièvre persistante, sans abandonner pour autant la pratique des scarifications. Plusieurs traitements (traditionnels et modernes) sont donc donnés simultanément sans que cela perturbe ni le guérisseur, ni les parents, ni l'infirmier.

1. D'après A. Epelboin (com. pers.), les Malinke utilisent ce type de rituel pour se prévenir de l'attaque de l'âme agressive d'une personne.

L'oiseau, messager éducatif ?

Des médecins paludologues soucieux d'éducation pour la santé, au Burkina Faso, ont tenté de s'appuyer sur le thème de l'oiseau pour l'élaboration de leurs messages sanitaires. Ils se sont tournés vers mes travaux ethnologiques (1990) dont ils cherchaient à extraire ce qui pouvait être utile à leur travail. Mais les limites d'une telle démarche me sont apparues lorsqu'ils m'ont demandé s'ils pouvaient, dans leur programme d'éducation sanitaire, utiliser la thématique de l'oiseau pour expliquer aux populations que le paludisme provenait des moustiques, et que ceux-ci attaquent la nuit « comme l'oiseau ». Autrement dit, ils voulaient faire permuter un enchaînement causal symbolique et un raisonnement logique médical pour aboutir à un message du type : protégez-vous des moustiques par des moustiquaires et vous vous protégerez ainsi de la maladie de l'oiseau (et donc du paludisme).

S'appuyer sur un mythe ou sur un récit interprétatif pour transmettre un message sanitaire est une démarche à mon avis erronée, qui n'est ni éducative ni informative. Informer consiste, pour le médecin, à mettre à la disposition du malade un ensemble de connaissances scientifiques et médicales (comme il est fait pour le sida). Eduquer suppose un transfert de savoirs du médecin au patient par des techniques pédagogiques et par une prise en compte du vécu du malade. Certes ces techniques doivent s'adapter à la culture du patient, comme dans le cas de la malnutrition, mais elles ne doivent pas, pour autant, utiliser les éléments culturels d'une manière artificielle ou démagogique. Certes, pour les paludologues, « l'oiseau » était un point de passage ; mais ils supposaient que les populations ne pouvaient accéder au discours médical et les figeaient, ainsi, dans une culture inamovible. Aussi je préfère la remarque parfois agacée de collègues médecins cliniciens qui me disaient : « Ton oiseau, c'est une belle histoire, mais qu'est-ce que tu veux qu'on en fasse avec nos malades ? » L'agacement de ces derniers me paraissait une base de réflexion plus juste que le bric-à-brac illusionniste de certains éducateurs sanitaires.

Conclusion

La maladie de l'oiseau est une catégorie « prête-à-penser » mais paradoxalement non figée. Elle n'explore pas l'intériorité du corps humain : la description des symptômes n'est pas relative à une trajectoire de symptômes, ni à un déplacement de la maladie, et elle n'est pas associée à des organes en souffrance.

Elle est autant un support de communication qu'une catégorie causale. Elle se personnalise selon le statut social, la religion, le niveau socio-économique des locuteurs et s'appuie sur de vastes théories de la contamination à l'origine animale où le rôle de la transmission maternelle est prépondérant.

Comme de nombreuses autres catégories, la maladie de l'oiseau est évolutive. Elle s'individualise ou s'intègre dans d'autres catégories, dont on peut penser qu'elles vont continuer d'évoluer. Aujourd'hui, la catégorie « oiseau » peut servir d'interprétation aux pertes de connaissance des enfants des populations migrantes de la région parisienne (Rezkallah, Epelboin, 1997). Ce processus témoigne de la prégnance de ces catégories étiologiques populaires alors que le contexte socioculturel n'est plus le même. Cette migration des étiologies culturelles de la maladie pose la question de leur utilisation par les thérapeutes de la médecine moderne (utilisation dans le discours sur la prévention, communication entre soignant/soigné, etc.). D'ores et déjà, on sait que la connaissance des représentations et des usages associés à la maladie est un moyen de communication précieux entre le patient et le thérapeute, et on a vu les dangers d'une appropriation artificielle des signifiants culturels d'un sujet.

Ouvrages cités

Alfieri C., 1997, Savoirs locaux et connaissances occidentales dans le traitement de l'épilepsie chez les Bobo-Madare du Burkina Faso, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest »*, 6 : 9-18.

Becker C., 1993, Est-ce bien le tétanos qui fait mourir le nouveau-né ?, *Vie et Santé*, Dakar (Population Council), 17 : 3-7.

Bonnet D., 1988, *Corps biologique, corps social : la procréation et l'interprétation de la maladie de l'enfant chez les Moose du Burkina*, Paris, ORSTOM, 138 p.

Bonnet, Gazin, Cot et Robert, 1988, La perception du paludisme en Afrique au sud du Sahara, in *Annales de la Société belge de médecine tropicale*, vol. 68 : 1-3.

Bonnet D., 1990, Ethnologie et santé publique : le cas du paludisme chez les Mossi du Burkina Faso, in *Sociétés, développement et santé*, sous la direction de D. Fassin et Y. Jaffré (éd.), Paris, Ellipse : 243-258.

Bonnet D., 1995, Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique, *Cahiers des sciences humaines. Identités et appartenances dans les sociétés sahéliennes*, Claude Fay (éd.), Paris, ORSTOM, 2, 501-522.

Bozari M., 1996, Borin jaki, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest »*, 5 : 58-59.

Charmillot M., 1997, Les savoirs de la maladie. De l'éducation à la santé en contexte africain, *Cahiers de la section des sciences de l'éducation*, Université de Genève, 81, 202 p.

Creusat-Gaudin L., 1997, *Guérisseurs, femmes et santé en milieu urbain. Une anthropologie de la médecine traditionnelle en Afrique du Sud*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale, Clermont-Ferrand, Université Blaise-Pascal, 516 p.

Dacher M. (en coll. avec S. Lallemand), 1992, *Prix des épouses, valeur des sœurs ; les représentations de la maladie. Deux études sur la société goin (Burkina Faso)*, L'Harmattan, coll. « Connaissance des Hommes », 204 p.

Dupire M., 1986, Contagion, contamination, atavisme. Trois concepts sereer ndut (Sénégal), *L'Ethnographie*, numéro spécial, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'ethnographie, n° 96-97, (1985-2-3) : 123-139.

Epelboin A., 1983, *Savoirs médicaux et phytopharmacopées des Fulbe bande et des Nyokholonke (Sénégal oriental) : essai d'ethno-médecine*, thèse de doctorat de 3^e cycle en ethnologie, Université Paris V, EHESS, 2 vol., 574 p. (+ 372 p.).

Frazier J. G., 1981, *Le rameau d'or. Le roi magicien dans la société primitive. Tabou et les périls de l'âme*, Paris, Robert Laffont (1^{re} éd. 1927, 2^e éd. 1935. Paris, Librairie orientaliste).

Jacob J.-P., 1987, Interprétation de la maladie chez les Winye, Burkina Faso, *Genève-Afrique*, vol. XXV, n° 1, IUED Genève, SSEA/SAG Berne : 59-88.

Jaffré Y., 1996, Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger, *Sciences sociales et santé*,

La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social ? vol. 14, 1, Paris, John Libbey : 41-72.

Perrin M., 1986, Les fondements d'une catégorie étiologique (la notion de contamination chez les Guajiro), *L'Ethnographie*, numéro spécial, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'ethnographie, n° 96-97 (1985-2-3) : 103-122.

Rezkallah N. et Epelboin A., 1997, *Chroniques du saturnisme infantile (1989-1994) : enquête ethnologique dans des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*, Paris, L'Harmattan, 262 p.

Tinta S., 1996, Tibu sugu, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest »*, 4 : 91-97.

Thomas J. M. C., Bahuchet S. et Epelboin A. (éd.), 1994, *Encyclopédie des Pygmées aka. Techniques, langage et société des chasseurs cueilleurs dans la forêt centrafricaine*, Paris, SELAF-Peeters, 2 vol.

Yaogo M., 1996, Ppapalo, *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest »*, 5 : 69-76.

Y. Jaffré

Des maladies sur et sous la peau

Les affections dermatologiques représentent un des principaux motifs de consultation des services sanitaires des pays en voie de développement¹. D'un point de vue de santé publique, et bien que la plupart de ces affections ne soient pas létales, il s'agit d'une priorité (Mahé et Prual, 1994). Cette forte prévalence s'explique, très largement, par des facteurs écologiques (chaleur et humidité) et socio-économiques (approvisionnement en eau, type d'habitat) entraînant de mauvaises conditions d'hygiène (Gentilini, 1993). Sur ce terrain se développent alors de nombreuses pathologies principalement représentées par l'impétigo, les furoncles, les surinfections d'autres dermatoses, la gale, la teigne, l'eczéma, la bourbouille, les ulcères, etc. Enfin, de grandes endémies, comme la lèpre, l'onchocercose ou la dracunculose se caractérisent par diverses expressions dermatologiques : taches dépigmentées, lésions de grattage, ulcères, etc. (Mahé, 1994). En résumé, d'un point de vue sanitaire, deux traits principaux caractérisent le paysage général des affections dermatologiques en zone sahélienne : leur nombre et leur complexité², chaque symptôme observé étant susceptible d'évoquer diverses pathologies.

Dans l'expérience profane et quotidienne, la peau est avant tout ce qui s'offre au regard. Elle est principalement vécue comme une surface, permettant l'inscription de multiples signes soulignant des relations et

1. A Bamako, l'Annuaire statistique édité par la Division épidémiologique du Mali attribue 6 % du total des consultations déclarées à des maladies de peau, une étude menée dans plusieurs centres de santé montre que 10 % des consultations ont pour motif ces maladies (cité *in* Mahé et Prual 1994).

2. Selon Swartz (1991), il y aurait « plus de 2 500 diagnostics dermatologiques identifiés ».

conduites sociales : identités et scarifications, séduction et maquillage, expression de la honte, révélation ou dissimulation de l'âge, etc. Visible, chacun peut reconnaître sur son propre corps, ou sur celui de l'autre, des modifications de coloration ou de texture. Offerte au regard mais oubliée comme organe, cette enveloppe extérieure du corps entre dans le champ de la douleur et de la maladie par des symptômes tels que des irritations, des brûlures, des démangeaisons.

Bien qu'observables en « surface » et d'apparences semblables, les maladies de peau sont complexes. Leur définition biomédicale oblige, par exemple, à de fines discriminations prenant en compte les modifications de la coloration cutanée, les diverses sensations ressenties, les formes (annulaire, groupée, linéaire, circonée, etc.) et les types d'éruptions (macule, papule, nodule, etc.), les localisations des lésions (cuir chevelu, tronc, aisselles...), etc.

Les représentations populaires classent ces affections d'une autre manière. Elles unifient ce qui s'inscrit en un même lieu, et regroupent par exemple sous une même « étiquette » diverses affections de la peau proprement dite ainsi que des pathologies n'ayant qu'une expression dermatologique (rougeole notamment). C'est pourquoi, hors de toute référence à une classification biomédicale, nous présenterons successivement les principales affections telles qu'elles sont nommées et décrites en milieu songhay-zarma et mandingue (bambara et malinké), avant de nous demander ce que signifie l'expression de « maladie de peau » pour les populations sahéliennes.

Quelques représentations des maladies de peau en pays songhay-zarma¹

En milieu songhay-zarma, la plupart des maladies de peau sont ordonnées autour du terme de *kajiri* désignant une sensation de démangeaison. Cette entité, dont la racine *kaaji* signifie « démanger » et « se gratter », désigne tantôt un symptôme, tantôt une maladie. On en distinguera parfois

1. Nous nous appuyons ici sur le travail de Tidjani Alou (1996) ; sur ce même thème, voir aussi Jaffré (1994).

deux principales formes spécifiques¹. *Kajiri kwaaray* (litt. démangeaison blanche) se caractérise par une suppuration blanchâtre ayant l'aspect du coton et se manifeste principalement sur les doigts et les yeux. *Kajiri bi* (litt. démangeaison noire) est considéré comme plus dangereux. Cela consiste en une éruption de boutons (*fite ize*) sanguinolents qui apparaissent sur tout le corps, et notamment sur les organes génitaux et les orteils, avec un risque d'amputations. *Kajiri* est dû, entre autres, à la saleté, mais, pour certains, son origine est aussi imputée à une araignée (*daddara*) ayant contaminé l'eau de boisson ou la nourriture, voire à des génies. Cette forme est dangereuse « parce que *kajiri* se trouve dans le ventre ».

Kursa se manifeste sur le corps par des boutons, gros ou petits, sanguinolents, et qui démangent de façon intermittente. Une forme de *kursa* noircit considérablement la peau. Une autre forme, au contraire, provoque des douleurs articulaires et des démangeaisons qui éclaircissent la peau. Les démangeaisons sont vives, et certains, quand *kursa* commence à démanger, se grattent à l'aide d'un couteau. C'est une maladie qui se transmet et se contracte notamment si l'on utilise la même éponge de bain qu'un malade ou un génie, ou encore en empruntant le même chemin qu'un génie malade. Le traitement relève du *zimma*² si l'action d'un génie est incriminée. Dans les autres cas, le traitement le plus commun consiste à enduire le corps du malade avec un mélange de graines d'oseilles et de déjections de chèvre (*acibir*).

Kasama se présente sous deux formes : *kasama taya* (litt. *kasama* mouillé), et *kasama koga* (litt. *kasama* sec). Les symptômes consistent en une forte fièvre suivie par l'apparition de démangeaisons entre les doigts, entre les orteils, ainsi que dans les replis cutanés. Après quelques jours, les boutons deviennent sanguinolents, notamment sur les parties génitales. Le manque d'hygiène est principalement incriminé, mais aussi une transmission par contact : en s'asseyant ou en mangeant à côté d'une personne contaminée.

Nyorse évoque *nyasu yan* qui signifie « griffer ». Cette maladie se manifeste, avant tout, par le prurit, et est à ce titre définie comme faisant

1. D'autres distinctions existent comme par exemple *kajiri kayna* (petite démangeaison) évoquant l'eczéma ou la gale, *kajiri beero* (grande démangeaison) évoquant paradoxalement la lèpre, etc. (cf. Jaffré, 1994, *op. cit.*).

2. *Zimma* : « prêtre » des génies de possession (*holle*), responsable des cérémonies qui leur sont consacrées, et aussi « guérisseur » (Olivier de Sardan, 1982).

partie de l'entité *kajiri*. Ses principaux symptômes consistent en des « grumeaux » (*gudde*) apparaissant en divers lieux du corps. Elle n'a pas de traitement spécifique et relève d'une libre automédication.

Jiray taray est le terme le plus explicite pour désigner¹ la lèpre. Cependant, la gravité de cette maladie, et les stigmates qu'elle entraîne, incitent à utiliser divers euphémismes tels *samiya*, *kajiri beero* (grand *kajiri*), *curo beero* (grand oiseau), *gaa waani* (litt. corps à part), *doori cire* (maladie rouge), *cini haray doori* (maladie de nuit), etc. Selon les représentations locales, cette maladie débute par une forte fièvre. La personne malade ressent ensuite des brûlures « et comme une sensation de marche de fourmis » à l'intérieur de son corps, puis – mais toujours au début de l'affection – le corps démange en divers endroits particuliers et enfin le prurit atteint tout le corps du malade. Après, une fièvre intense, accompagnée d'une odeur nauséabonde qui ressemble à celle du poisson, signe véritablement l'entrée dans la maladie. Une plaque rouge (*tambari*) apparaît sur le corps en commençant par le visage. Enfin « la maladie coupe les doigts ou les orteils ».

Diverses interprétations, peu stabilisées, sont proposées pour expliquer l'origine de cette maladie. L'affection peut être contractée si l'on urine sur une tombe, si l'on mange un poisson silure que l'on accompagne de lait, ou encore si l'on consomme certaines viandes comme celle de la chèvre. D'autres imputent le mal à la conduite sexuelle des parents : un lépreux serait le fruit de rapports sexuels entrepris alors que la femme est en période de règles. On incrimine aussi une transmission (*sambuyan*) par le lait maternel². Il est alors dit que l'on « hérite » (*tubu*) de la maladie et qu'elle peut atteindre tous les enfants d'une même famille sauf si des mesures de prévention sont prises, consistant notamment à donner à boire aux enfants en bas âge un décocté fait à partir d'un arbuste (*sabara*).

1. Pour toute pathologie évolutive, le terme « désigne » est bien évidemment un abus de langage. Les entités locales et médicales ne se recouvrent en général que dans la phase terminale de la maladie lorsque apparaissent des signes pathognomoniques (cf. annexe).

2. Selon Olivier de Sardan, « le rôle symbolique du lait est très grand. Le lait est en effet le signe par excellence de la parenté, et de ce fait est devenu en outre celui de l'alliance. Tout d'abord c'est par le lait que se transmettent les pouvoirs magiques. Les sorciers (*cerkow*) acquièrent leur sorcellerie par le lait maternel : c'est pourquoi on se méfie des mariages avec une inconnue dont on est toujours prêt à soupçonner qu'elle est sorcière et contaminera ainsi automatiquement sa descendance... » (*op. cit.*, 1982).

Les traitements sont aussi fort divers. Les plus courants consistent à aspirer par le nez une poudre d'herbes et à se laver le corps avec une décoction de plantes médicinales, à utiliser, avec l'aide des *zimma*, des charmes magiques (*jandi ize*), ou à se traiter grâce à des dilutions de versets coraniques mélangés à des poudres de plantes. En d'autres circonstances, le guérisseur peut procéder à une « saignée/ scarification » (*cense yan*) de son patient afin de lui enlever du sang noir supposé être du « sang gâté » par la maladie. Enfin divers conseils peuvent accompagner ces thérapeutiques, comme celui proscrivant tout aliment sucré supposé aggraver le mal.

Samiya se présente sous deux formes. Le *samiya* du lait est parfois nommée *sirra*. Le *samiya* du sang est aussi appelée *kurkunubugay* (le « *bugay* » du ver de Guinée) et *humburubugay* (le « *bugay* » du mortier), ce dernier évoquant l'urticaire.

La première de ces entités, *samiya sirra*, est une maladie qui a son origine dans le ventre avant de se manifester sur le corps. Elle se déclare tant chez la parturiente que chez son enfant. Lorsqu'elle affecte la mère, cette pathologie se présente comme de la bourbouille (*sungari*). Elle provoque des démangeaisons sur l'ensemble du corps. Ce faisant, elle atteint la poitrine qu'elle fait se dresser et altère la qualité du lait, qui dès lors s'écoule sous une apparence diluée. Pour le nourrisson, la maladie débute par des maux de ventre et des diarrhées. L'enfant vomit, il est fiévreux, et ne grandit ni ne grossit. Il est conseillé à la femme enceinte de boire préventivement diverses décoctions de plantes durant sa grossesse. Comme traitement, on peut s'enduire les seins avec la sève d'une plante (*barre*), ou consommer, mélangée à de la « boule » de mil, un autre végétal nommé *hammi*.

Le *samiya* du sang se caractérise par des démangeaisons et l'éruption de « gros boutons » ou de « plaques » sur le corps, sur l'ensemble du corps. Après quelques jours, ces lésions disparaissent « comme si elles se dissolvaient dans le corps du malade ». Cette entité provient, elle aussi du ventre, et se manifeste si le sang est « gâté ».

Quelques représentations des maladies de peau en milieu mandingue¹

Korosakorosa (ou *kurusakurusa*) se manifeste par de nombreux petits boutons qui percent et piquent la peau. Cependant la principale caractéristique de cette maladie sont les intenses démangeaisons (*ngènyè*) qu'elle provoque, notamment, sur les organes génitaux et autour. L'extension de la maladie sur toute la surface corporelle est pensée comme une contamination de proche en proche : l'eau, échappée d'un premier bouton percé, en produit un autre par simple contact avec la peau. C'est une maladie contagieuse (*a bè yèlèma*) qui se transmet par les ustensiles de bain – éponge, serviette – ou par des vêtements contaminés. Enfin, plus marginalement, dans des milieux urbains ou ruraux où la peau est agressée en permanence par des mouches et des moustiques, certains incriminent des piqûres d'insectes (*ngobon*) comme pouvant être à l'origine de l'affection.

Deux traitements populaires sont proposés. L'un consiste à s'enduire le corps d'huile de frein de voiture. L'autre, plus douloureux et d'origine plus ancienne, consiste à « arracher » tous les boutons et à laver la peau ainsi rendue vive.

Cette représentation est largement partagée. Certains, cependant, distinguent deux types de maladies. L'une est dite « petite » (*fintinin*), l'autre nommée « aux gros boutons » (*kuru kunmabaw*). La première forme est située sur la peau (*wolo kòròla*). Elle est sanguinolente (*o jolilaman dòn*) et provoque des plaies (*ka bèè kè joli ye*), semblables à des écorchures (*bunaki*), sur toute la surface du corps. La seconde de ces formes est au contraire « sous la peau » (*wolo jukòrò*), sa « force » est grande (*a fanga ka bon*), elle s'exprime par des démangeaisons (*syèn*) qui « mordillent » (*kinkin*) sous la peau.

Ces entités ne sont pas immobiles, et, tout autant que leur localisation, le sens de leur déplacement est important. Deux trajets de maladies sont possibles. Premièrement la maladie peut venir de l'intérieur et s'exprimer à la surface de la peau sous la forme de boutons, plaies et démangeaisons. Ainsi l'exprime un vieux guérisseur du Mandé :

1. Nous renvoyons pour les identifications médicales de ces pathologies à Diakitè (1989) et Huizinga et Keita (1987).

« La cause de la maladie, c'est quelque chose qui vient dans ton ventre. De l'eau ou un aliment abîmé, ou encore un fruit non lavé, peuvent entraîner la maladie. Ils gâtent ton sang et sortent sur ton corps. Alors tu te grattes à n'en plus finir ».

Un deuxième trajet est à l'inverse de ce premier. La maladie qui était en surface s'introduit dans le sang (*a bè « pase » joli fè*), puis dans le corps, en profitant des lésions de grattage. Elle s'installe ensuite sous la peau. Ces distinctions concernant le lieu d'implantation de la maladie sont l'objet d'inquiètes observations. En effet, une « vraie maladie » (*bana yèrè yèrè*) est une maladie qui se situe sous la peau (*a bè mògò wolo jukòrò*), ou, plus précisément encore, entre les « membranes » et la chair (*a bè mògò wolo falaka ni sogobu cè*). De là, le nom parfois donné à cette maladie de « démangeaison de sous la peau » (*wolojukòrò ngènyè*) et la difficulté à se soigner puisque l'action de se gratter ne permet pas d'enlever – d'arracher – la maladie, d'en atteindre la racine (*ju*).

Nyònisàn (misèmanin, litt. minuscule) désigne la rougeole (tout au moins dans sa phase éruptive). C'est une maladie contagieuse (*a bè yèlèma*), « épidémique » (*finyè de b'a lase mògòw ma*, litt. le vent la transmet aux personnes) et qui se manifeste tout d'abord par une petite toux, un écoulement nasal, une infection oculaire et de la fièvre. Après deux à trois jours, des boutons, qui ressemblent à des « petits boutons de chaleur » ou de la bourbouille, apparaissent sur tout le corps (*tile fila, tile saba, a bè fari kè i komi tilanin*). Ils démangent et peuvent rendre aveugle. Ils apparaissent jusque sur les yeux et la langue et peuvent défigurer les enfants qui sont nombreux à en mourir. En résumé, et très logiquement, parce qu'elle fait des boutons sur la peau, la rougeole est incluse dans les maladies de peau¹.

Mais cette maladie est aussi « en mouvement » et les boutons sont susceptibles d'effectuer divers « trajets ». Le premier conduisant de l'intérieur à l'extérieur est considéré comme normal. La maladie commence dans le corps avant de s'exprimer sous la forme de boutons. Par contre le retour de ces boutons vers l'intérieur du corps est interprété comme extrêmement dangereux parce que la maladie risque alors de s'attaquer

1. Dans d'autres contextes, la rougeole est aussi « classée » comme étant une maladie de peau : ainsi, en milieu évozo, « cette affection est décrite comme une petite gale qui apparaît dans le corps par éruptions saccadées » (Mallart Guimera, 1977 : 78).

à des organes essentiels qui, comme les intestins ou le foie, sont des composants du « moteur du corps » (*a bè i « moteur » kèlè*). Ainsi dissimulée, l'affection n'offre plus de prise à un éventuel traitement. Elle continue d'agir et se manifeste par divers symptômes comme le manque d'appétit, des ballonnements, des diarrhées sanglantes, ou fétides. Pour ces raisons, la phase interne de la maladie est redoutée. Il faut rechercher un médicament qui agisse à l'intérieur et puisse, comme en un combat de proximité, « rencontrer », affronter la maladie.

Bagi et *kunan* sont deux maladies liées, au sein de l'entité *banaba* (litt. grande maladie), mais cependant différenciées dans leurs formes. *Bagi* se manifeste par des traces rouges qui apparaissent sur le corps. Parfois nommée *bagi bilèman* (*bagi* rouge), elle « coupe » les doigts (*a bé bolongônin tigè*). *Kunan*, ou *kurunin bagi*, se déclare par des boutons dans le nez, et conduit à la mort. Ces deux pathologies, bien que s'attaquant à la peau, correspondent à des « maladies de l'intérieur » (*kòndna bana don a bè wolo tiyèn*). Deux modes non contradictoires d'intériorité sont attestés. Ces affections demeurent dans le sang, parfois transmises (*yèlèma*) par simple contact avec un malade. Cependant, le plus souvent, elles sont « héritées », du père ou de la mère (*banaba ye juruya*)¹. « Que l'un des parents soit porteur de la maladie, l'enfant en sera aussi affecté ». Il en résulte que ces maladies, consubstantielles à la personne, « commencent » dans le corps avant de « passer » ou de « surgir » (*poyi*) à la surface de la peau.

Kaba est une large entité différenciée en plusieurs sous-ensembles, « façons », ou manières d'être (*suguya*), qui ne peuvent se transformer l'une en l'autre. La forme « rouge » de cette maladie est dite « légère » (*o ka finyen*), la blanche ni « lourde ni violente » (*o girimanba tè, o man fari kosèbè*), la noire² est au contraire « lourde » (*o ka girin*).

1. Au sens strict, il s'agit de la « dette » ; dans ce contexte, et dans ce milieu malinké, ce terme désigne ce dont on hérite de ses parents (en bambara : *cèn* ou *ciyèn*). Ces termes de *cèn*, ou de *juruya*, habituellement traduits par « héritage », sont proches de celui de *dankama* traduit par destin. Globalement ces termes servent à désigner des maladies provenant d'une « fabrication de Dieu » (*Ala ka dali*) et s'appliquent, par exemple, dans le domaine de la dermatologie, à l'albinisme (*yefuge*). Très banalement ces termes servent aussi à souligner une ignorance face à des mécanismes biologiques complexes. Ainsi, toujours à propos de l'albinisme, nos interlocuteurs soulignent qu'ils n'en comprennent pas le mécanisme : « un homme et une femme albinos font un enfant noir, on ne comprend pas, personne n'y comprend rien ».

2. Sur les couleurs en langue bambara, cf. l'article sur *sayi*, *supra*.

Kaba wulen (ou *bilen* litt. rouge) est caractérisé par l'apparition sur la peau de taches rouges bien cernées (*a bè i fari yòrò dò kori¹ k'o bilen*). Ces taches hypochromiques (*a b'a nyègèn²*, litt. elle colore quelqu'un) ressemblent à celles que provoque la lèpre (*kaba bileman bè surunya banaba la*). Elles sont rouges et altèrent inégalement la peau en plusieurs endroits (*banaba bè mògò fari kalangalan³ cogo min na, kaba wulen bè mògò kè ten. A b'i farinyè jabajaba*). Aussi – souvenir des campagnes antilèpre, ou savoir empirique local – la différence entre ces deux affections doit être confirmée⁴ par le ressenti de la douleur : dans la lèpre, cette tache est insensible, elle est au contraire douloureuse lorsqu'il s'agit de *kaba*. Cette maladie se transmet, notamment par le linge de toilette.

Kaba jè est une maladie fréquente chez les enfants. Elle n'est pas considérée comme dangereuse (*a tè ko tiyèn na*). Les principaux symptômes consistent en des taches blanchâtres et bien cernées, apparaissant préférentiellement sur le cuir chevelu des enfants, et qui produisent une poudre blanche lorsqu'on les gratte (*n'i y'a syèn a mugu jèman bè bò*). Leurs contours (*a kèrèféla*) sont parfois cernés de boutons (*o bè jè ka dalaminin kisè kisè*). Ces lésions sont prurigineuses et démangent considérablement (*i b'a syèn k'a terekè terekè*). La transmission se fait par le linge ou par des lames servant à raser les cheveux des enfants.

Kabafin (ou *nyanyafin, ngènyèfin*, litt. démangeaison noire) est une maladie invasive commençant le plus fréquemment par les pieds avant d'atteindre les organes génitaux, puis la tête, après une rapide progression sur toute la surface de la peau. Le parcours de cette affection se matérialise par des traces noires, des cicatrices sèches (*k'i wolo ja*), dures et épaisses (*k'i wolo girinya*), semblables « à de la pâte de céréale collée sur la peau » (*a bè kè, i komi to sèmè nòròlen do mògò fari la*) qu'elle laisse sur le corps du malade. Enfin, chacune des étapes de cet envahissement morbide est visible : chute des cils (*i nyèsi bèè bè burumburun*), des cheveux (*a bè kusingi bèè bò*), etc. Cette maladie démange énormément (*a ta ye ngènyè yèrè yèrè*), et au prurit s'ajoutent des plaies de grattage sangui-

1. S'utilise pour cerner, entourer un puits, etc. (*ka lakoli*), ou pour indiquer une idée de « rondeur » (*a korilen don*).

2. Signifie colorer, dessiner, faire des taches.

3. Peut s'utiliser par exemple pour désigner une voiture dont la peinture est de diverses couleurs, ou des femmes « blanchies » dont la couleur de peau n'est pas homogène.

4. Soulignons que ces incertitudes étaient aussi, il n'y a pas si longtemps, celles des médecins coloniaux. Bado parle à ce propos du « temps des confusions dans les diagnostics » (1996).

nolentes (*fo k'a joli bon*). Puis l'irritation est telle que les ongles ne suffisent plus (*i sòni tè se k'a ngènyè tigè*). Certains, alors, utilisent un couteau pour se gratter.

Le traitement de cette maladie est extrêmement difficile et l'issue en est incertaine. En effet son origine et sa « force » résident en une « petite eau » qui sourd entre la peau et la chair, « monte jusqu'à la tête » et parvient à « gêner » le sang du malade (*k'i joli tiyèn*). A ce stade, il devient très difficile « d'atteindre » la maladie pour la combattre (*a ka gèlèn k'i sòrò i bolo la*), et même les injections, pourtant réputées d'une grande efficacité, « passent sur elle » sans pouvoir l'atteindre (*ni ye pikiriw k'a la, o tè fen nyè a la, o bè tèmè a kan*). En effet, la maladie, qui avait commencé à l'extérieur est maintenant « descendue » à l'intérieur (*a bè jigin kònòna*), rejoignant le sang qu'elle infecte (*a bè jigin fo joli fè, a b'a « infecter »*), ainsi que la chair, et le réseau des nerfs et des tendons où elle se manifeste alors par de multiples douleurs, notamment abdominales.

Si l'accord est général quant aux descriptions sémiologiques, les opinions divergent par contre quant au pronostic. En effet, pour certains, *kaba* est une maladie de la surface de la peau (*kaba bè ko kan*). De ce fait, quelle que soit son évolution, elle ne « descend » pas dans le corps (*a juguyera cogo o cogo a tè jigi kònòna na*), et ne peut donc entraîner la mort de celui qui en est affecté. Cette pathologie se limite à faire souffrir le malade (*a bè mògò tooro*), à abîmer son corps (*a bè farikolo kòkana bè tiyèn*), et à le rendre méconnaissable, même à ses propres yeux (*k'i kè yeko fila ye*, litt. te faire toi-même deux).

Pour d'autres, cette maladie peut, au contraire, évoluer vers l'intérieur du corps et s'aggraver dès lors qu'elle atteint des organes essentiels, « transformant notamment les intestins en une graisse jaunâtre », et en « faisant gonfler le ventre qu'elle emplit d'eau ». L'issue de cette maladie est alors fatale (*a bè mògò faga*).

Ces différentes évolutions correspondent très largement à deux étiologies. La première attribue l'origine du mal à des éléments du quotidien : des mouches, de l'eau sale ou interdite (*ji tanama*), voire des génies ou leur trace (*ni tèmèna jinè kafiri tèmènòna, ni funtenin dara i kan i b'a sòrò*), ou encore une transmission par la mère (*dòw bè wolo ni kaba ye, u b'a soro u ba fè*). La seconde évoque, par contre, une humaine volonté

de nuire par des poisons (*a bè sòrò dabali*¹ de fè). Seule cette étiologie est dangereuse et peut provoquer la mort de la personne.

Outre ces grandes entités, d'autres désignent des états limites entre maladie et symptômes. Il en est ainsi de *goro* ou *dondo* (litt. c'est gros), maladie infantile et peu dangereuse qui se manifeste par des boutons qui apparaissent fréquemment sur le ventre des enfants, noircissent et restent sans « pourrir ou se décomposer » (*a bè fin, a bè mèn a tè toli*). Ils collectent du pus (*a bè nèn ta*), grossissent (*ka kunbaya*) et sont douloureux notamment lorsqu'ils « éclatent » (*a fara tuma mana se a bè kè dimi ye*) en exprimant du sang, ce qui cependant indique une proche guérison.

Sensensenin en malinké (*zanfala* en bambara) apparaît en des circonstances particulières, comme par exemple la grossesse (*ni muso ye kònò ta a bè bò o la*, litt. sort sur les femmes enceintes). Cette maladie « ayant peu de force » disparaît dès lors qu'une autre, plus violente, comme par exemple la lèpre, se déclare : « Si *banaba* qui est plus fort est dans ton sang, tu ne connaîtras pas *sensensenin*. »

*Nyamaba*² produit de petits boutons couverts de petites peaux blanches (*a bè folo bo*) qui laissent des traces sur le corps (*nyama de b'a kè, a bè nyoro*³ *ten*). Cette affection s'étend de proche en proche, la contamination progressant par « l'eau qui s'échappe des boutons ».

Nparanca se manifeste par de gros boutons qui démangent et provoquent de petites plaies dans la bouche. Cette maladie « part » de l'intérieur du ventre pour ensuite monter à la surface de la peau.

Caco – terme maintenant utilisé pour désigner les femmes qui se « blanchissent » la peau – désigne des traces blanches qui peuvent apparaître en divers lieux du corps. Il ne s'agit pas vraiment d'une maladie mais de « l'œuvre de Dieu dont l'homme est l'esclave » (*o tè bana ye, o ye jon da cogo ye Alla bolo*).

Sumunin est une maladie qui se manifeste de deux manières. L'une correspond à de « petits boutons semblables à des grains de mil » (*nyò kisè sumunin*), l'autre consiste en une plus large éruption (*sumuninba*,

1. *Dabali* peut désigner un empoisonnement, une emprise sorcière, un sort dont on est victime. Cet état est alors nommé *dabalibana*, maladie du sortilège.

2. Le radical de ce terme *nyama* désigne la force supposée habiter chaque végétal et être vivant et qui « peut dans certaines cas, s'attaquer à celui qu'elle considère comme responsable du décès » (Dieterlen, 1951 : 63).

3. Ce terme est notamment utilisé pour désigner une personne sale qui n'a pas été lavée qu'en se mouillant. Lorsqu'elle sèche, des traces restent visibles sur son corps.

litt. gros *sumunin*). La « force de cette maladie réside sous la peau », aussi, lorsque le pus est exprimé, la force de la maladie décroît, le bouton sèche, annonçant ainsi la guérison.

Nous limiterons ici, pour deux raisons, la description de ces maladies de la peau : en songhay-zarma et en bambara¹, il en est encore d'autres, et chaque langue dispose d'un vocabulaire précis et détaillé pour distinguer les uns des autres les symptômes cutanés, et pour les regrouper en entités multiples et distinctes. Tout d'abord, il n'est pas certain qu'une longue et fastidieuse énumération puisse rendre exhaustivement compte de toutes ces entités, générées par la combinaison de termes désignant les couleurs, formes et évolutions des lésions de la peau. Ensuite, il nous semble plus utile d'essayer de comprendre la spécificité de ces affections, et en quoi leur situation, en surface du corps, influe sur les représentations dont elles sont l'objet.

La construction des représentations des maladies de peau

Globalement, les représentations des maladies de peau se construisent en combinant quatre types de données² : des signes visibles, des sensations, des localisations, des déplacements.

1 – Les signes visibles sont l'objet de deux principales opérations. Tout d'abord, ils permettent de discriminer un ensemble de traits, ensuite ils sont regroupés en ensembles, plus ou moins fermés, subsumés sous le nom particulier d'une affection. Dans le cas des maladies de peau, ces différenciations s'opèrent grâce à l'utilisation d'une terminologie fine qualifiant les lésions en fonction de leur forme (cernée, bombée et contenant de l'eau, sèche, épaisse, etc.) et de leur couleur³ (rouge, dépigmentée,

1. Ainsi en bambara, *bòn* désigne un ulcère « causé par un génie », *tilanin* la bourbouille, *nsòn* la varicelle, etc. Comme le soulignait un de nos informateurs : « les maladies sur la peau sont diverses, elles ne finissent pas ».

2. Le problème des classifications des affections cutanées a déjà été abordé notamment par Bibeau (1981). Selon cet auteur, les Angbandi de l'ancien Zaïre utilisent divers critères : la localisation, la ressemblance, la représentation, l'étiologie, la thérapeutique, et les données socioculturelles (300).

3. En zarma comme en bambara, ces termes de couleurs sont utilisés de deux manières différentes. De manière métaphorique, le blanc, le rouge et le noir indiquent une graduation dans l'intensité. Ces mêmes couleurs désignent aussi plus concrètement les diverses teintes des lésions.

sombre, etc.). Les diverses dénominations des « boutons », et les formes d'éruption¹, mobilisent ainsi un vocabulaire riche et spécifique, usant, de plus, de termes dérivés de leur définition habituelle lorsqu'il s'avère nécessaire d'exprimer les caractéristiques précises d'une lésion². Par ailleurs, le regroupement de ces symptômes en entités – en syndromes ressentis – s'effectue grâce à quelques opérations de comparaison et confrontation entre les signes de maladies apparemment proches. Par exemple, l'affection nommée *kaba* est différenciée de la lèpre par l'opposition, pour une même tache claire, entre une sensation douloureuse ou au contraire une expression indolore.

2 – Les sensations sont principalement évaluées et graduées selon la violence du prurit. Certaines maladies, comme *kaba jè*, ne provoquent qu'un inconfort passager³, d'autres sont insupportables (*kaba fin*). Paradoxalement, on parle de sensations même pour des maladies non prurigineuses comme la lèpre. Cependant, dans l'ensemble de ces représentations, une maladie de peau est une maladie qui se signale, avant tout, par des démangeaisons (*kaji* en zarma, *ngènyè* en bambara).

3 – Les localisations servent plus à évaluer la « profondeur » de l'affection que la surface de peau envahie par la maladie. Tant qu'une maladie est superficielle, elle est supposée bénigne. Ainsi localisée, elle ne peut ni « rencontrer » (*kunbèn*), ni attaquer à des organes internes essentiels. Elle est, de plus, maîtrisable parce que visible et directement traitable par des produits thérapeutiques. Une maladie grave – « une vraie maladie » – est une maladie qui affecte la chair et le sang et se situe donc « sous » la peau (même si elle se manifeste aussi « sur » la peau).

4 – Les déplacements sont basés sur cette combinatoire du dessus et du dessous. Certaines maladies naissent et restent en surface, d'autres proviennent de l'intérieur et s'expriment sur la peau (*kajiri bi*, *kaba fin*), d'autres enfin, d'origine interne ou externe, entrent dans le corps et peuvent atteindre

1. En zarma (Jaffré et Moumouni, 1994) – *toli toli* et *lom lom* (vésicules), *dolle dollé* (tache), etc. – comme en bambara – *sonin sonin* et *falen falen* (rebondir, apparaître), *dulon dulon* (enfler), etc. –, la multiplicité des boutons est le plus souvent linguistiquement rendue par le redoublement du radical.

2. Il en est ainsi par exemple du terme bambara *furukufuruku* qui dans son acception la plus courante signifie se mettre en colère et manifester son agacement par des gestes désordonnés et qui peut être dérivé pour désigner précisément l'infection d'une lésion.

3. D'autant plus qu'il s'agit d'une maladie d'enfant décrite par des adultes, cf. nos remarques dans l'article sur le thème de « la fontanelle » dans le même ouvrage.

le ventre et s'y installer (s'y planter, *turu*, en bambara ; s'y asseoir, *goro*, en zarma). Leur action pathogène se manifeste alors par des douleurs et par des diarrhées, attestant de manière ambivalente, l'aggravation et/ou la « sortie » de la maladie. C'est pourquoi tout traitement doit associer des soins externes – se laver avec – et internes¹ – boire.

En fait, dans les interprétations locales, la peau est avant tout une membrane poreuse parfois franchie par les maladies internes et externes. C'est pourquoi une maladie de peau, plus qu'une affection proprement dermatologique, est avant tout une maladie qui s'exprime par, sur, et/ou sous la peau².

A cette différence de localisation correspond une différence des lexiques et des conceptions. En effet, à la surface s'applique une sémiologie fine, usant d'un vocabulaire précieux et précis, permettant de distinguer la souplesse ou la sécheresse des lésions, les aspects des bords et des formes des éruptions, les lieux d'expression et d'extension de la maladie, etc. A la profondeur du corps sont appliqués, par contre, les mêmes opérateurs cognitifs qu'aux autres pathologies : la maladie « dure », se « disperse », « gâte » le sang, etc. Cette caractéristique atteste, certes, d'une constance des représentations de la maladie mais peut-être témoigne-t-elle aussi des limites d'une observation qui, pour diverses raisons, s'est privée du geste d'« ouvrir les corps » (Foucault, 1963), et construit, de ce fait, une subtile description malgré les incertitudes d'une explication.

Ouvrages cités

Bado J.-P., 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala.

Bibeau G., 1981, The circular semantic network in Ngandi disease nosology, *Social Science and Medicine*, vol. 15 B, 3, 295-307.

1. Les soins externes, parce que la maladie est visible et à portée du médicament, sont supposés plus simples et rapides que le traitement interne (*kènèmata*, *o furakè ka di ni konata ye*).

2. En bambara, la traduction littérale du terme français « maladie de peau » (*wolo bana*) n'a pas de sens et induit, de plus, en erreur. *Wolo* qui signifie « naissance » n'est distingué que par un ton sur la première syllabe de *wolo* qui signifie peau. Aussi certains de nos interlocuteurs ont compris notre question comme portant sur les « maladies de naissance ». Les termes naturellement utilisés sont *wolo kan bana*, *wolo sanfèta bana* ou *wolo kunata bana* (maladie sur la peau), et *wolo jukòrò bana* (maladie sous la peau).

- Dieterlen G., 1951, *Essai sur la religion bambara*, Paris, PUF.
- Diakitè D., 1989, *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bélédougou, Bamako*, thèse de faculté de médecine, Bamako.
- Foucault M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- Gentilini M., 1993, *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences ».
- Huizinga M. et Kèita M., 1987, *Lexique médical bambara-français*, Amsterdam, Free University Press.
- Jaffré Y., 1994, Approche anthropologique de problèmes dermatologiques, in *L'enfant en milieu tropical*, n° 214-215, Paris, CIE, 33-49.
- Jaffré Y. et Moumouni A., 1994, L'importance des données socioculturelles pour l'accès aux soins et l'observance des traitements dans la lèpre, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 87, 283-288.
- Mahé A., 1994, Dermatoses les plus fréquentes, in *L'Enfant en milieu tropical*, n° 214-215, Paris, CIE, 13-20.
- Mahé A. et Prual A., 1994, Epidémiologie des maladies de peau, in *L'Enfant en milieu tropical*, n° 214-215, Paris, CIE, 7-12.
- Mallart Guimera L., 1977, *Médecine et pharmacopée evuzok*, Nanterre, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.
- Tidjani A., 1996, Dossier : les maladies de peau, in *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Sahel ouest-africain)*, vol. III, Marseille, SHADYC-EHESS, 81-91.
- Swartz M. H., 1991, *Manuel de diagnostic clinique*, Paris, Maloine.

Annexe

Ce qu'évoquent biomédicalement quelques entités bambara selon Diakité et Huizinga et Kéita

<i>Termes bambara</i>	<i>Evocations biomédicales</i>
<i>Bagi</i>	Lèpre à pustule Eruptions cutanées, hypertrophie des lobes oculaires qui semblent fermer l'orifice du conduit auditif.
<i>Banaba</i>	Lèpre, éruptions nodulaires sur tout le corps, hypertrophie des lobes de l'oreille, amputation des doigts et des orteils.
<i>Goro</i>	<i>Molluscum contagiosum</i> , éruption nodulaire de nombre variable, au centre ombiliqué, qui finissent par se cicatriser sans traitement.
<i>Kaba</i>	Mycose, teigne, dysmélanie (hyperpigmentation, hypopigmentation), dermatoses sèches et squameuses. Chez l'enfant, lésions cutanées arrondies de taille glabre à contour vésiculaire surélevé, sur le cuir chevelu chute des cheveux (teigne) plus ou moins complète. Chez l'adulte, toute lésion cutanée d'hypopigmentation, sèche et/ou squameuse.
<i>Kababilen</i>	Taches lépreuses, dartre, lupus érythémateux, nævus.
<i>Kabafin</i>	Lichen plan
<i>Kabajè</i>	Vitiligo
<i>Kuna</i>	Lèpre amputante, lèpre tuberculoïde
<i>Nparanca</i>	Varicelle
<i>Nsanfala</i>	Dartre
<i>Nson</i>	Variole
<i>Sumunin</i>	Furoncle, clou, abcès

Y. Jaffré

La visibilité des maladies des yeux

Quelques chiffres permettent de brosser à grands traits le tableau des problèmes de santé oculaire de la zone sahélienne, et d'évoquer ainsi, très succinctement, les référents pathologiques des représentations que nous allons décrire¹.

L'Afrique compte, à elle seule, 6 millions d'aveugles² pour une population moyenne de 550 millions de personnes. Outre leur gravité, ces chiffres dénotent une très forte inégalité devant le risque cécitant entre le « Nord » et le « Sud », puisque la prévalence de cette affection est de l'ordre de 0,2 % dans les pays industrialisés, et aux alentours de 2 à 3 % dans l'ensemble de la zone sahélienne³. De manière plus précise, et d'un point de vue préventif de santé publique, il importe de souligner que 40 % de ces cécités sont évitables. Leur cause est principalement infectieuse (trachome, conjonctivite gonococcique du nouveau-né, rougeole, variole, surinfections diverses) et/ou carencielle (avitaminose A). La population touchée par ce type de pathologies est avant tout constituée par les enfants entre 0 et 10 ans. Les cécités curables, en grande partie les cataractes, représentent elles aussi 40 %. Elles concernent essentiellement, à l'inverse des premières, des populations âgées de plus de 40 ans. Les 20 % des troubles restants sont, dans bien des cas incurables, tout au moins dans les conditions sanitaires locales (glaucome, diabète, etc.).

1. Cette étude a été financée par le programme de recherche de l'Institut d'ophtalmologie tropicale pour l'Afrique (IOTA).

2. En 1984, l'OMS estimait le nombre d'aveugles dans le monde entre 27 et 30 millions (Negrel, 1989).

3. Pour des données plus précises sur cette question, cf. Jaffré *et al.* (1993).

Ces données globales sont, bien sûr, à nuancer et des études plus précises soulignent que la distribution de certaines de ces pathologies varie en fonction des strates socio-économiques (Raynaud, 1990), ou, dans des contextes ruraux, des modes d'utilisation des terroirs, entraînant des disparités « interethniques », observables tant dans la précocité de l'infirmité que dans sa fréquence¹ (Hervouët et Lavessière, 1987).

Nous ne poursuivrons pas plus avant ces descriptions épidémiologiques et écologiques. Concernant notre sujet, elles laissent cependant apparaître quelques caractéristiques de la cécité et des maladies oculaires dans le Sahel : elles sont fréquentes, spécifiques selon les âges, et le plus souvent visibles sur l'organe malade, notamment dans le cas de la cataracte. Reste alors à comprendre comment, sur ce fond pathologique commun, des populations sahéliennes ont constitué des agencements particuliers de sens, générant ainsi des savoirs et des représentations spécifiques.

Quelques maladies oculaires en pays hausa²

Les populations et les malades – interrogés à Zinder, importante ville de l'Est du Niger – évoquent préférentiellement trois grandes parties de l'œil (*ido*) : le globe, nommé « œuf » (*koye*), la sphère noire supposée active dans le processus de vision (*magana*, litt. la chose qui voit), et les cils (*gira*). Ce faisant, les patients ne se réfèrent pas à de complexes connaissances anatomiques attestées ailleurs dans le milieu hausa³, mais évoquent tout simplement ce qui leur cause problème : des douleurs (*ciwo*) du globe, une mauvaise vision (*lulami*, litt. brouillard), des cils qui « frottent » (*gira*), et d'intenses sensations de démangeaison (*kaikai*).

1. Ces auteurs soulignent par exemple que les variations interethniques observées au niveau de la cécité sont confirmées par l'analyse des prévalences de l'onchocercose chez l'enfant. En zone hyperendémique, 49 % du groupe de 0-15 ans est infecté chez les Lobi, contre 24 % chez les Birifor, et 22 % chez les Dagara. En zone méso endémique, ces taux sont de 27 % chez les Lobi, 12 % chez les Birifor, et 7 % chez les Dagara. La mobilité et la répartition des populations dans ces deux espaces déterminent la fréquence et la durée d'exposition des individus aux piqûres. Les comportements socioculturels et économiques expliquent en grande partie les différences ethniques en matière de cécité, comme en matière de profondeur des zones d'endémicité.

2. Nous nous appuyons sur les données d'une enquête réalisée par Bozari Mamane et Souley Aboubacar (cf. Souley, 1997).

3. Sur cette question, voir notamment Luxereau (non daté).

Très globalement, le lexique de leurs plaintes se constitue en « croisant » deux éléments : un lieu anatomique, qui pour l'œil est pratiquement toujours visible, et une sensation, en général « massivement » ressentie. Mais ces localisations et ces plaintes se déclinent aussi selon des entités distinctes.

Ammadari est liée, par exemple, à une sensation de fortes démangeaisons (*kaikai*) supposées présentes à l'état latent dans tout organisme humain. « Elles résident et dorment dans le sang ». Mais certaines ruptures d'habitudes, voire d'interdits alimentaires, peuvent éveiller cette composante sensitive et entraîner sa manifestation soit globalement sur le corps (*kaikan jiki*, démangeaison du corps), soit sur les yeux (*kaikan ido*, démangeaison de l'œil). Fort logiquement, la maladie commence donc par ces irritations douloureuses (*ciwon*). Ensuite les yeux piquent, rougissent, et une sécrétion purulente apparaît aux coins de l'œil. Puis des petits boutons naissent sur la face interne des paupières, donnant au malade une sensation de « grain de sable dans les yeux ». Enfin, le patient se frottant fréquemment les yeux, ceux-ci deviennent rouges.

Il s'agit d'une maladie contagieuse, que l'on contracte en quelques principales occasions. La première est liée au partage d'ustensiles d'esthétique, comme le khôl ou le crayon à maquillage. Le second mode de transmission correspond au fait de regarder les yeux d'un malade. Ainsi que le déclare un de nos interlocuteurs : « quand une personne saine regarde dans les yeux d'une autre atteinte de *ammadari*, elle se lève avec cette maladie ». Enfin un dernier mode de contamination concerne les liens de l'enfant à sa mère, qui peut lui transmettre cette affection par le lait.

Les traitements entrepris sont simples et consistent à oindre les yeux de poudres de plantes, à casser et crever régulièrement les petits boutons apparaissant sur la face interne des paupières, et à tenter de prévenir la maladie en donnant aux femmes enceintes et aux nourrissons diverses décoctions supposées empêcher « l'activation de *kaikai* dans le sang ».

Gira signifie littéralement « cils ». Cette affection est ainsi nommée selon son symptôme le plus « massif », consistant dans le retournement des cils sur l'œil :

« Les cils rentrent dans l'œil ».

« Ce sont les cils qui se détournent et qui retournent dans l'œil. C'est ce

qui fait que l'œil fait mal, tu as entendu dire *gira*, et bien les cils rentrent dans l'œil ».

Une seconde sensation, découlant de ce premier symptôme, évoque « la présence d'un grain de sable ». Puis, irrité par les frottements du malade et des cils, l'œil devient rouge :

« L'œil démange, tu te mets à frotter, tu frottes. Finalement l'œil devient rouge ».

Apparaissent ensuite d'autres signes comme le larmoiement (*hawaye*) et les démangeaisons (*kaikai*). Parfois, selon certains, l'œil se referme (*ruhewa*). Au réveil, après un sommeil difficile, l'œil malade est alors rempli d'une substance blanchâtre (*komzo*)¹.

Pour certains, cette maladie provient de *ammadari*. D'autres, par contre, affirment que regarder de trop près les yeux d'un malade peut entraîner ce trouble. Enfin, le plus fréquemment, la raison de l'affection est présentée de manière redondante. La maladie des « cils retournés » provient des frottements des cils incurvés sur la cornée. Les patients ne limitent cependant pas leurs interrogations à cette constatation. Une commune et vague interprétation fait référence à Dieu. D'autres évoquent une transmission congénitale, par « héritage », ou une contamination induite par l'utilisation commune de produits cosmétiques comme le khôl :

« C'est un "héritage", ma grand mère a fait cela, moi aussi j'ai eu ça. »

Enfin, outre une vague référence à la poussière, diverses causes peuvent, plus singulièrement, être incriminées. Ainsi le « *tsari* » (eau de rinçage du mil) pourrait, lorsqu'on l'utilise pour se laver le visage, entraîner la maladie.

Forte prévalence aidant, *gira* est donc une maladie connue de tous, et, au cœur de ce « module » (cf. *supra* Olivier de Sardan), la visibilité du symptôme – le recourbement des cils – rend cette affection facilement identifiable. L'établissement du diagnostic ne nécessite donc aucun savoir spécialisé et l'apparente simplicité du traitement – arracher les cils pro-

1. *Komzo* désigne une substance d'apparence blanchâtre ou grisâtre, sèche ou légèrement pâteuse et collante.

voquant la douleur – dirige vers des pratiques thérapeutiques symptomatiques, conduites en milieu familial. Un instrument (*hartsaki*), sorte de pince à épiler, est conçu à cet effet. Dès lors, les soins sont de proximité, et n'engagent aucun recours à des pratiques « savantes ». Seuls, très marginalement, certains guérisseurs proposent du khôl, associé à d'autres substances végétales, parfois une solution d'eau salée et de plantes, ou encore du *rubutu* : eau dans laquelle sont « lavés » des versets coraniques.

Mais la maladie dure, les cils repoussent, la paupière devient douloureuse, et les malades constatent très rapidement que ces traitements ne sont pas efficaces à long terme :

« Nous allons doucement doucement, nous obtenons un médicament que nous appliquons, et nous voyons que ça ne marche pas. »

Le choix du traitement ne s'explique donc ni par la prégnance d'une représentation forte, ni par la croyance en une quelconque efficacité thérapeutique. Il résulte d'une comparaison, bien prosaïque, entre les douleurs causées par la maladie et celle d'un traitement offrant, si ce n'est la guérison, tout au moins une rémission et une atténuation du mal.

Kungbuliga désigne une inflammation des paupières. Cette maladie commence par une sensation d'un petit corps étranger qui tombe dans les yeux. Ces derniers rougissent, et les paupières enflent, provoquant la fermeture de l'œil. Certaines périodes, comme celle de la floraison du mil, sont considérées comme étant à risque. Mais la principale cause de la contagion est, ici encore, liée au regard.

« Quand une personne saine regarde dans les yeux du malade ou s'en moque, elle sera elle-même malade. »

Les traitements consistent principalement en l'application de substances irritantes comme du citron, de l'eau salée, voire un mélange à base d'une pâte contenue dans des piles (*ruwan batur*, litt. eau de batterie).

Muciya est une inflammation due à un bouton qui apparaît sur le bord des paupières. Après quelques jours, ce bouton devient mou et se transforme en pus. Considérée comme étant sans gravité, et non contagieuse, cette maladie ne fait l'objet d'aucun traitement particulier : « Elle s'en va d'elle-même. »

Tsawariya désigne strictement la « plaque blanche » qui apparaît sur l'œil. Cette opacité grandit, et progressivement « ferme la partie noire de l'œil » (*bakin nan na ido*). Diverses causes, comme un choc, un sommeil excessif, d'autres maladies, comme la rougeole (*tininime*) ou la variole (*agganawa*), sont incriminées. Pour certains, cette pathologie est naturelle et vient sans raison. Les traitements sont simples. Un premier consiste à verser du lait frais sur la taie, espérant ainsi la transformer en une plaque de pus (*galla* ou *ballalam*) qui s'évacuera de manière naturelle. Un autre traitement implique de recourir à des guérisseurs, spécialistes de cette affection, qui administrent au malade diverses décoctions à base de plantes et opèrent le patient en basculant, grâce à des épines, la « partie blanche » dans le bas de l'œil.

Dundumi est, en langage populaire, appelé *dahun ido* signifiant « obscurité des yeux ». Il s'agit donc avant tout d'une baisse d'acuité visuelle (*ragewar gani*), correspondant notamment à la tombée du jour. Les causes de cette cécité crépusculaire sont attribuées au manque d'aliments riches (*richin cin abunci mai meko*), comme la viande, le fromage, l'huile ou le beurre de karité. De ce fait, le traitement consiste, à l'inverse, à nourrir la personne avec ces nutriments lui faisant défaut. Certains guérisseurs appliquent aussi ces mets, comme le foie, directement sur les paupières du malade.

Lulami se caractérise par une baisse de l'acuité visuelle, que chacun illustre selon ses activités et mesure à l'aune de sa qualité de vie. Au « je ne peux plus enfiler une aiguille » d'un tailleur, répond la plainte d'un paysan limité dans ses activités champêtres. Mais *lulami* cause aussi des douleurs spécifiques. La baisse de vision s'accompagne de maux de tête « circulatoires » – allant de part et d'autre du crâne – et de vertiges provoqués par tout brusque changement de position, comme lors du réveil et du lever. Deux raisons sont proposées pour expliquer cette maladie : l'âge et certains métiers, où la vue est particulièrement sollicitée, comme la couture, la maroquinerie ou la soudure. Enfin aucun traitement ne permettant « de conserver éternellement la même vue », le seul remède est d'aller chercher des verres correcteurs à l'hôpital !

Hakanya, ou *hakin ido* (litt. l'herbe de l'œil), désigne une maladie dans laquelle une membrane pousse sous l'une des paupières, ou dans l'angle

des yeux¹. Ces derniers deviennent douloureux, larmoient (*ruwa*), ont tendance à se refermer (*ruhewa*), et à s'infecter. Les causes incriminées relèvent essentiellement du domaine magico-religieux et évoquent un sort jeté par un ennemi (*aikin makiyi*), ou l'action d'un génie (*aikin iskoki*).

Quelques maladies oculaires en pays mandingue

Pour des raisons anatomiques – l'organe est en grande partie visible – et linguistiques – les langues mandingues permettent la création de mots composés –, une grande partie des nominations bambaras des affections de l'œil correspondent, de manière quasi homothétique, aux signes morbides les plus visibles. De nombreuses représentations populaires des maladies oculaires sont ainsi construites selon une approche symptomale, ordonnée cependant de diverses manières, selon qu'est privilégiée une description externe du trouble, ou, au contraire, ce qui en est ressenti par la personne malade. Par ailleurs, un autre ensemble sémantique est constitué par des termes évoquant plutôt des « causes » des affections. Bien qu'à l'évidence ces distinctions linguistiques ne puissent correspondre à de strictes délimitations cognitives ou pragmatiques, par commodité de présentation nous nous proposons d'étudier successivement ces deux types de nominations des pathologies oculaires.

Un premier ensemble de termes correspond donc à un point de vue externe, et s'attache à décrire les diverses modifications visibles de l'œil et de ses annexes. Des dénominations sont ainsi construites autour de ce qui est le plus directement observable : les « peaux » et les opacités de l'œil. Une maladie est, par exemple, directement nommée *falaka*, mot qui désigne toutes les « membranes », minces couches fibreuses ou élastiques enveloppant les organes. Appliqués à l'œil, ces tissus conservent leurs caractéristiques de teintes et de nuances opaques et rougeâtres. Cependant, pour des raisons d'apparente contiguïté anatomique, ces

1. Ce terme est construit de manière similaire à celui qui désigne la maladie de la « luette », nommée *hakin wuya* (herbe du cou). Cet organe est défini comme une petite membrane située en arrière de la langue, entre l'extrémité intérieure de la langue et la cavité intérieure de la mâchoire supérieure. Localisée dans le pharynx (*cikin makaruwa*), *hakin wuya* n'est pas, en soi, une maladie. On n'en parle que lorsque cette membrane « pose problème », c'est-à-dire lorsqu'elle s'enfle (*kaba*) ou lorsqu'elle est hypertrophiée (*cika baki*). Sur les interprétations, pratiques de soins et risques sanitaires concernant cette question, nous renvoyons à Prual (1994).

excroissances peuvent englober – ou être confondues ? – avec des taies de couleur blanche.

« Certains ont cette maladie, ils vont se faire opérer à l'hôpital, ils vont se faire enlever cette "peau" (*falaka*). Il y a de fortes chances pour qu'ils guérissent, mais si la pupille (*nyèmògònin*, litt. la petite personne de l'œil), est atteinte, même quand la peau se déchire, ça ne peut servir à rien. Si la taie de la pupille (*nyèmògònin jè*) est sur la pupille, c'est fini. »

Pour cette dernière affection, la couleur devient l'élément essentiel de la dénomination, et la maladie est d'ailleurs nommée *jè* (litt. blanc), en fonction de l'aspect jaspé et opalin du cristallin. Le tout de la maladie correspondant à cette tache opaque déposée sur l'œil, dès lors la soigner se borne à extraire le corps étranger. L'apparente banalité d'une représentation dont le contenu est purement déictique induit ainsi la mise en œuvre de fréquentes conduites thérapeutiques chez des guérisseurs « ouvriers d'œil », traitant des cataractes par l'abaissement du cristallin à l'aide d'épines ou d'aiguilles, non sans risques de graves séquelles.

« Mon père a envoyé chercher quelqu'un pour "m'ouvrir les yeux" (*nyè yelela*), c'est un vieux mais il est maintenant décédé. C'est lui qui m'a ouvert les yeux (*a ye n nyè laka, n nyè yelen*). Le vendredi il a ouvert mes yeux d'un seul coup. Il a ouvert mes yeux et j'ai vu d'un seul coup, j'ai vu partout, de ce jour jusqu'à maintenant, cela fait maintenant 30 ans. »

Une autre maladie partage avec la précédente ce signe de blanchiment de l'œil. Il s'agit de *sòli*. Cependant cette pathologie est ambiguë. Dans certains cas, les modifications des couleurs visibles sur l'œil indiquent que celui-ci est malade, dans d'autres, cette modification n'est que le signe oculaire d'une maladie provenant d'une autre sphère corporelle. En fait, cette pathologie ressentie souligne la complexité d'interprétation de signes se manifestant sur un organe qui peut parfois être directement affecté, ou en d'autres circonstances n'être que le support d'une pathologie venant de l'intérieur du corps et se signalant à sa surface comme, par exemple, le jaune d'un ictère.

« Il y a une maladie que l'on appelle *sòli*. Pour certains l'œil rougit, pour d'autres il devient jaune. Quand tu as du *sòli*, tes yeux deviennent blancs. On

appelle cela le “*soli jè*” (*sòli* blanc). Il n’y a pas de médicaments efficaces, cette maladie peut même tuer. Il y en a une autre de couleur jaune (*nerémugulama*), celle-ci aussi peut causer ta mort. »

Enfin, un autre ensemble de termes s’attache à caractériser l’aspect des cils du malade, et plusieurs synonymes nomment à partir d’une observation minimale (les cils « piquent les yeux, *a b’i nyè sògòsògò*) : *nyèsibò* (litt. œil cils sortis), *nyèsikari* (litt. œil cils cassés), *sikari nyèdimi* (litt. cils cassés œil douloureux), *nyèsisara* (œil cils morts), *nyèsi* (œil cils)¹... Une nouvelle fois, la maladie correspond à son unique symptôme, « massif », douloureux et visible. Cette compacité et circularité sémantiques, liant le signe linguistique à son référent pathologique, induisent, ici encore, la mise en œuvre de traitements entrepris de manière quasi « mécanique ». Traiter la maladie consiste simplement à agir sur son symptôme : face à ce trouble interprété comme résultant de « la mort des cils », le traitement se limite à les arracher avec une pince localement fabriquée, nommée *kènkèn*.

« Il existe une maladie oculaire qui est une maladie des cils. S’il y a trop de cils, ils se posent sur l’œil, et il y a de grands risques pour que ton œil rougisse. Tu peux alors faire n’importe quel traitement, tant que tu n’enlèves pas les cils avec le *kènkèn*, tu n’es pas tranquille. »

Si la prégnance du trichiasis constitue le cœur de la représentation de cette pathologie, ses entours, comme la cause de la maladie ou les modes de contamination, restent plus incertains. Les supputations étiologiques conservent une allure vague ; certains évoquent une force magico-religieuse liée aux êtres vivants, le *nyama* (cf. *infra*), d’autres préfèrent souligner la possibilité d’une transmission humaine (*yèlèma*), parfois contestée au nom d’une rigoureuse logique : une maladie ne peut être contagieuse que si elle touche toutes les populations.

« On attrape la cécité de plusieurs manières. On dit que tu as soigné ta mère

1. D’un point de vue médical, ces termes désignent de manière incontestable le « trichiasis », qui est un des stades d’évolution du trachome, aboutissant à la déformation de la paupière avec déviation des cils vers la cornée. A ce stade de la maladie, le frottement des cils à chaque clignement est douloureux et provoque souvent une infection de la cornée pouvant évoluer jusqu’à la cécité.

qui était aveugle. Toujours tu lui enlevais les cils, ça s'est transmis (*yèlèma*) chez toi. Ton père était aussi aveugle, et c'est encore toi qui lui enlevais les cils pour qu'il puisse voir. La personne qui enlève les cils finit par attraper la maladie. [...] Mais les femmes ne transmettent (*yèlèma*) pas la maladie à d'autres puisque tout le monde n'attrape pas la maladie. »

Ces interprétations ne sont pas stabilisées, et si les uns excluent les femmes des populations à risque, d'autres au contraire les désignent comme étant exposées à des « facteurs de risque » liés à des activités, qui, comme la cuisine, sont dévolues à leur sexe, et enfin, de manière plus marginale, certains incriminent l'âge, des piqûres d'insectes, voire même des caractéristiques de la personne.

« C'est surtout les femmes qui sont malades. C'est peut-être la fumée de la cuisine, ou c'est l'œuvre de Dieu, je ne sais pas. Les femmes sont toujours en brousse à la recherche du bois ; quelque chose peut toucher à leurs yeux ? »

Outre ce premier ensemble de nominations externes par les signes visibles, d'autres catégorisations peuvent être effectuées, de manière interne, du « point de vue » de celui qui nomme. Dans ce cas, au lieu de reposer sur l'observation objective des symptômes visibles, la classification s'effectue en fonction du trouble ressenti par la personne malade.

Il en est ainsi du terme de *bungun* (litt. brume), ou plus précisément *nyè la'bungun* (litt. œil/brouillard), désignant une sensation de baisse d'acuité et des troubles visuels, imputés préférentiellement à la vieillesse, à la rigueur de travaux agricoles conduits sur certaines terres exhalant des « fumées nocives », ou résultant d'autres maladies comme *mara* (cf. *infra*).

Une autre pathologie, assez proche, dans ses effets, de la précédente, *nyèlafin* (litt. œil/ s'assombrir), désigne aussi une baisse d'acuité oculaire, mais ne relève pas d'une étiologie précise : poussière, mauvaises terres sont évoquées plus que strictement incriminées.

Enfin, un autre terme, *sufè fiyè* (litt. la nuit/aveugle), désigne plus précisément la cécité crépusculaire.

Outre ces modules dont le centre est constitué par la baisse de l'acuité visuelle, un autre ensemble de termes inclut la douleur. Une première opposition relève plus du discours quotidien que d'une véritable classification : il y a des maladies des yeux dites ordinaires (*nyèdimi gwansan*, litt.

œil/douleur/banal) et celles qui sont caractérisées par une intense douleur (*nyedimiba*, litt. œil/douleur/augmentatif). Il s'agit d'une opposition à *minima*, et ces notions, sortes de vagues et vastes hypéronymes, laissent largement ouvertes toutes les interprétations et inclusions d'autres maladies. Dans ce même registre des locutions ordinaires, quelques termes évoquent les prodromes de la maladie qui vient « d'entrer dans l'œil » (*nye bè don* et *ka nyè don*) ou qui « prend l'œil » (*don ta*), pour diverses raisons, dont notamment durant les travaux champêtres, la sueur chaude entrant dans les yeux.

Par contre, d'autres termes sont précis, et l'un d'entre eux, *kumabinyè-dimi* (litt. maux de tête/ maladie), lie les douleurs oculaires, tant comme cause que comme effet, à de forts maux de tête.

« L'origine même des maladies oculaires vient de la tête. Si tu attrapes cette maladie, tu as mal aux paupières, elles grossissent. Si les maux de tête forts descendent dans tes yeux, si tu passes la journée avec, le soir tes paupières enflent. Il n'y a pas que cela, il y a aussi la fièvre. Si elle dure, les yeux auront "leur part" dans la maladie. Chaque fois que tu as mal aux yeux l'acuité visuelle (*i ka yèli*) diminue. »

D'autres entités, comme *nyedimi majalan* ou *nyejalan dimi* (litt. œil sec et œil sec douleur) évoquent globalement une sensation de « sécheresse » et d'irritation de l'œil, associant à ce symptôme, de manière plus périphérique, diverses manifestations annexes, comme la rougeur (*jaba*), la chaleur, ou des sécrétions de chassie (*nèn*), collant les paupières. Tous s'accordent cependant sur la gravité de cette affection possiblement cécitante.

Certains termes sont construits selon l'observation d'une coïncidence temporelle entre la survenue de la maladie et un événement, ou en fonction d'un objet supposé traiter l'affection. Ainsi, *kolobò nyèdimi* (litt. période de dentition/œil/douleur) souligne les liens entre le moment de la poussée dentaire et la fréquence des maladies oculaires infantiles. Mais si cette large étiologie diffère de celles des précédentes affections, par contre les symptômes restent limités à ceux antérieurement évoqués : l'œil est rouge, il secrète du pus, l'enfant est fiévreux et pleure.

« Chez nous les enfants attrapent le *kolobò nyèdimi*. Quand la poussée dentaire se fait, les yeux grossissent. [...] Si le mal des yeux guérit, la diarrhée

arrive. [...] L'enfant a de la fièvre, ses yeux sont légèrement rouges et il y a des sécrétions. »

En fait, tout autant qu'une évocation de troubles oculaires, le centre de ce module est constitué par la notion d'une période à risque, correspondant à la poussée dentaire. Durant celle-ci, toute maladie peut éventuellement surgir et s'exprimer en divers lieux corporels, allant des yeux au ventre, etc.

« Si l'enfant a commencé à pousser des dents, ses yeux rougissent, son corps devient chaud, ce sera le mal des yeux. Si le mal des yeux le fatigue, il peut aussi sortir la maladie par le ventre, il vomit et il a la diarrhée. [...] Le *kolobò nyèdimi*, si l'enfant a de la fièvre, il aura mal aux yeux, s'il a mal aux yeux, les dents poussent, si les dents poussent le mal des yeux guérit. »

Enfin, face à cette maladie, et bien que d'autres traitements soient aussi attestés, comme le lait maternel ou diverses décoctions, le plus fréquent consiste, une fois encore, à utiliser des excréments de chèvre.

Une autre maladie est nommée par simple coïncidence entre le déclenchement d'une épidémie et l'envoi d'un vol spatial. *Apolo nyèdimi* (*Apolo*/œil/douleur) désigne ainsi une maladie épidémique, connue et décrite semblablement par tous non seulement en milieu bambara mais aussi au Mali et même dans tout le Sahel. Deux principaux traits la caractérisent : la rapidité de son apparition, et son caractère extrêmement transmissible.

« *Apolo nyèdimi* débute rapidement. C'est pour cela que nous appelons "*apolo*", car le début est très rapide. Tu ne passes pas la nuit ni la journée avec. Ça commence d'un seul coup comme ça. Nous traitons la maladie avec des remèdes populaires et des modernes. Si tu commences par les produits locaux et que ce n'est pas efficace, tu vas au dispensaire, ils te prescrivent des gouttes qu'ils mettent dans les yeux. [...] *Apolo nyèdimi*, si cette maladie attrape un jeune enfant, sa mère va l'attraper et même son père. Si la maladie vient dans un village, elle prend tous les enfants. Les pères qui portent leurs enfants sur leurs pieds, c'est normal puisque leurs mains toucheront les sécrétions des yeux. De même, si tu as des yeux jaloux (*nyèkèlèyatò*), si tu fixes ceux de ton enfant malade, tu auras aussi mal aux yeux. »

Face à cette pathologie, s'exprimant par une rougeur des yeux et de fortes démangeaisons, divers traitements sont entrepris, allant d'expérimentations locales dans lesquelles on retrouve des excréments animaux et d'autres substances comme du sucre, jusqu'à ce qui relève de pratiques biomédicales.

Dakuna nyèdimi (litt. petitealebasse/œil/douleur) est une autre affection nommée en fonction d'un petit objet, unealebasse, supposée la soigner. Une des principales caractéristiques de cette maladie est de faire grossir l'œil, mais d'autres symptômes sont fréquemment associés à cette première manifestation. Les yeux deviennent rouges, les paupières chassieuses enflent. Le principal traitement est « analogique ». Il consiste à attacher une petitealebasse au bras de la personne malade, et à en faire ruisseler de l'eau sur les yeux malades.

Une autre maladie, *kòmòtòn*, est définie par son agent causal : un petit ver nommé *kòmòtòn* est supposé « infecter » les yeux qui deviennent rouges et « secs » (*ja*). Dès lors, le traitement est soustractif, et quelques guérisseurs spécialisés dans cette affection s'appliquent à faire sortir ces vers – en fait des filaments – en soufflant sur l'œil malade.

Passant de la description à l'interprétation, un dernier ensemble de termes ne se limite pas à souligner des signes mais évoque certaines causes spécifiques des affections. Ainsi, de manière complexe, deux larges entités se réfèrent à des notions de destin ou de « forces magico-religieuses », familières à chacun en milieu bambara.

Terenyèdimi se présente d'emblée comme liée à une force particulière, puisque sa seule évocation entraînerait, selon nos interlocuteurs, le risque d'en être affecté. Il s'agit donc d'une maladie que l'on repère sur soi ou sur l'autre, mais qu'il faut s'efforcer de ne pas nommer.

« Cette maladie, si tu prononces son nom alors que tu n'as pas encore un certain âge, elle va t'atteindre. Nous disons *kòrimako*. Ça veut dire "que ces problèmes ne m'arrivent pas". »

Outre cette caractéristique liant le trouble à son énonciation, cette entité – à l'inverse des précédentes – présente la particularité de ne pas se référer à des signes précis. Sa sémiologie est minorée au profit d'une attention portée aux circonstances de l'apparition du mal, essentiellement liées à ce que l'on peut globalement nommer des dysfonctionnements du lien

social. Dans ce sens, un premier motif expliquant la survenue du trouble relève d'une interprétation de rapports entre personnes animées de « mauvaises intentions » (*juguya*), et de leurs connotations et associations.

« Si une “mauvaise personne” (*mògòjugu*) a tué un animal, l'odeur de cet animal peut rester longtemps dans l'endroit. D'ailleurs si un autre animal vient dans cet endroit, il crie. [...] Si ce “gaz” monte dans tes yeux, cela donne de très mauvaises maladies oculaires. C'est ça qui perce la pupille. »

D'autres interprétations incriminent des « états de la personne » et le non-respect des normes de conduites, notamment dans des circonstances sociales bien spécifiques. En effet, un premier ensemble de causes concerne l'accouchement, et ce que cet événement implique – notamment la vue du sang et du sexe de la parturiente – comme rupture des attitudes de pudeur ordinaire. D'autres circonstances concernent des rapports de séduction ou ce qui s'y accorde de manière euphémistique comme les soins de la coiffure. Enfin un dernier ensemble de situations englobe diverses étapes significatives de l'accès à une identité sexuée comme l'excision et la circoncision, ou les conduites d'expression de la douleur à respecter lors d'un deuil.

« Si une personne meurt, tout le monde te demande de te taire. Si tu n'y parviens pas, que tu pleures pendant une semaine, tu auras mal à la tête. C'est cela qui va descendre dans tes yeux, et qui va te donner le “mauvais *tere*” (*terejuguya*). Il n'y a pas d'autre manière d'attraper la maladie. » [...] « Il y a des femmes, si tu les courtises alors que ce n'est pas la tienne, elles peuvent te donner leur *tere*. Ta vision devient floue (*nyèlafin*). » [...] « Il y a des femmes, si tu mets ta main sur leur tête pour défaire leurs tresses, cela te fait mal aux yeux. Mais il y a aussi des hommes âgées, si tu les coiffes, tu auras aussi mal aux yeux. [...] C'est ce que l'on appelle le *tere*, ce que la main touche et ce que tu vois, si la chaleur (*funteri*) de ce corps se dégage, tu auras mal aux yeux. » [...] « Le *terenyèdimi*, les forgerons peuvent attraper, ceux qui font les circoncisions. Les femmes aussi qui font les accouchements, il y a certaines femmes “*nyamana*” (litt. qui ont du *nyama*), si tu les fais accoucher, si tu vois leur sexe, tu auras mal aux yeux. »

En fait, l'ensemble des interprétations se trouvant à l'origine de cette maladie est construit autour du concept de *tere*, composante identitaire

de la personne incluant les notions de chance, malchance et destin, supposée agir sur les proches et régir en grande partie la « traversée du monde » (*dinye latige*) de chacun¹. Cette composante, pour être avant tout « magico-psychologique », ne s’y limite pas, et ses caractéristiques apparaissent dans de multiples traces corporelles, conduites ou traits physiques.

« Tu verras que ces femmes qui ont des chevilles particulières enterrent plusieurs hommes. Nous disons qu’elle a le *tere*. Pour certaines, c’est visible sur leur front, c’est difficile de dire tous les signes, mais si tu vois une personne “*terema*”, tu le sais. Certaines femmes ont un bon *tere* : ta maison sera prospère et tu auras beaucoup d’enfants. Il y a des signes comme les dents ou la marche de la femme. Quand on avançait les dix noix de cola, on demandait à la femme de venir vers nous, on la faisait entrer dans la maison en prenant comme prétexte de vouloir de l’eau. Si elle entre du pied droit et nous sert aussi de la main droite, nous disons, celle-ci a un bon *tere*, si elle fait l’inverse, ce n’est pas bon. » [...] « Si une femme tombe sur un homme au mauvais *tere*, cet homme l’entertera. La réciproque est possible. Certaines femmes font trois mariages suivis de trois deuils et elles ne peuvent vieillir qu’avec le quatrième mari. »

Face à cette maladie relevant donc très largement de causes magico-religieuses, les traitements sont multiples. Ils impliquent particulièrement des guérisseurs, mais aussi l’amante ou l’épouse supposées responsables de la contamination. Ici encore les connotations sexuelles sont fortes, puisque le principal remède consiste à mettre dans l’œil du malade quelques gouttes de sécrétions vaginales prélevées chez sa propre femme.

« Si ton œil secrète beaucoup de pus (*i nyè bo bò barabarabara*), si tu t’entends bien avec ta femme, tu peux mettre un peu de son “liquide” dans ton œil, ça le sèche tout de suite. »

Enfin, cet ensemble de conceptions fait que l’on s’accorde à déclarer que cette maladie ne peut bénéficier d’un traitement biomédical. Les principales préventions concernent avant tout une bonne maîtrise des

1. Selon Dieterlen (1947), le *tere* désigne une « prédisposition, bonne ou mauvaise, révélée par des symptômes physiques ».

conduites sociales où peut trouver origine une telle maladie. Dans ce contexte, plus que de relever de préventions biomédicales, garantir sa santé consiste avant tout à respecter les normes relationnelles.

« Avant de coiffer les plus âgées, tu dois leur demander leur accord, et te laver le visage avec des produits avant. »

Une autre large nomination causale, *nyama nyèdimi*, construite autour de l'entité *nyama* (litt. ordure et force vitale)¹, est susceptible de désigner de multiples pathologies aux effets distincts. Son contenu est instable, et recouvre des listes de symptômes souvent décrits de manière contradictoire : l'œil est rouge ou pas, secrète du pus ou pas, etc. En fait, comme le précédent, ce terme tend à évoquer des causes, plus qu'à décrire des signes. De ce fait, cette entité est susceptible d'englober, ou d'être sécante avec, de nombreuses autres représentations : « Le *nyamanyèdimi* peut devenir *nyèjalandimi* », « *apolo*, c'est le nom moderne de *nyamanyèdimi* », « *nyèsikari*, c'est ça qui est le *nyamanyèdimi* », etc.

Cette focalisation sur l'interprétation aux dépens d'une description précise apparaît aussi pour ce qui concerne la transmission, liée pour certains au destin, alors que d'autres incriminent de plus pragmatiques raisons.

« Le *nyamanyèdimi* que tu as, il "correspond à ton corps" (*a bè don i farikolo la*), à ton origine (*i wòlò cogo*). Cette maladie ne se transmet pas. Si elle est avec toi, c'est ton "destin" (*garisigè*). Elle s'arrête avec toi. » [...]

« Il y a des gens qui ont la maladie. Si tu ne fais pas attention, ça se transmet pour venir chez toi aussi. Même l'eau de toilette pour œil peut donner la maladie. Si tu l'utilises après une personne malade, toi aussi tu vas attraper cette même maladie. »

Très globalement, la majorité de ces interprétations reste proche de la définition du terme de *nyama*, et incrimine les diverses situations susceptibles de générer des « forces », que celles-ci soient liées à la terre, à des éléments animaux ou à des rencontres surnaturelles comme celles des génies.

1. Selon Diakité (1993), « *nyama* apparaît comme une force agressive, vengeresse, libérée par un être ou un objet, vivant ou mort ; il y a même des paroles chargées de *nyama* [...] ».

« Le *nyamanyèdimi*, on l'attrape dans certains lieux de culture. Si tu vas cultiver, dans certains endroits il y a de petits génies (*jineninw*) qui sont sur la terre, eux peuvent te soulever la poussière. Si tu ne connais pas ce genre de démons, tu resteras longtemps dans ce lieu. »

« Certains attrapent la maladie en coiffant. Si tu tresses souvent les gens, si ces personnes ont du *nyama* sur la tête, si tu tresses une personne "*nyamana*", tu larmoies, tes yeux font mal. [...] Si tu vas dans un endroit "*nyamana*" en brousse, un endroit où des "choses curieuses" (*fèn kuntan*) sont passées, cela peut aussi te donner la maladie. »

D'autres raisons liées aux sentiments ressentis lors des relations inter-individuelles sont aussi fréquemment incriminées. Ainsi celui qui, envieux de son prochain, a des « yeux jaloux » est particulièrement exposé à voir se « retourner contre lui » des forces comme le *nyama*. Bref, certains regards causent des maladies de l'œil.

« Certains peuvent attraper la maladie avec une autre personne. Nous appelons cette personne « *nyèkèlètigi* » (*nyèkèlèyabagatò*, yeux jaloux). Si une personne est malade et qu'une autre passe et la regarde ainsi, elle attrape la maladie. »

« Si tu as le *nyamanyèdimi*, si tu fixes quelqu'un, cette personne va attraper la maladie. Il y a des gens qui ne peuvent pas voir un malade oculaire. S'ils le voient seulement, la personne commence à larmoyer et ça se transforme en maladie. »

Il découle de cette multiplicité de causes et de risques que la mise en œuvre de conduites préventives semble pratiquement impossible. De cette maladie « on ne peut s'en protéger ».

Enfin, les mêmes étiologies sont, en grande partie, utilisées pour penser la maladie *mara*¹. Cette affection, provoquant des maux de tête qui « descendent dans les yeux », est fréquemment traduite par les équipes sanitaires par le terme d'onchocercose. Il résulte de cet assemblage entre traduction biomédicale et croyances locales que les représentations de *mara* conjuguent ces anciennes conceptions « magiques » avec des messages préventifs modernes soulignant les risques liés à la fréquentation

1. Nous nous limitons ici à la description proposée par nos interlocuteurs malinkés de l'arrondissement de Siby (région de Koulikoro). Selon Schumacher (1993), le sens de cette entité dépasse largement une définition « oculaire ».

de certains terroirs. Synthèses profanes faites, dès lors certains lieux sont supposés être « infectés » par le *nyama* et provoquer la maladie. Le pronostic est, quant à lui, toujours grave et cette pathologie est inexorablement associée à la cécité.

« *Mara*, quand tu l'as dans la tête, ça entre dans ton œil, ça te rend très tôt aveugle. Il n'y a rien à faire. »

L'œil et ses modules représentationnels

Ce parcours elliptique, en forme de catalogue et aux allures d'énumération, offre cependant divers matériaux se prêtant à des remarques comparatives. Il permet ainsi de s'interroger sur quelques spécificités des pathologies oculaires ressenties et de leurs représentations. Nous proposons de regrouper sous trois caractéristiques principales ces particularités des modules des pathologies oculaires.

La première est liée aux types d'expressions des maladies ophtalmologiques. En fait, d'un point de vue profane ou phénoménal, ces dernières se répartissent en deux grands ensembles : celles qui provoquent de la douleur, et celles qui affectent l'acuité visuelle. Cette apparente simplicité d'un référent construit selon une sorte de « dichotomie physiopathologique » est très largement reflétée par les nominations populaires de la maladie. Dans les différentes langues¹, les baisses de vision sont nommées, de manière analogique, par ce qui peut entraver la vue : *kusa kusa* (litt. poussière) et *kubey* (litt. obscurité) en langue zarma, *nyèlabungun* (brouillard) et *nyélafin* (œil obscurci) en bambara, *dundumi* (provenant de *duhu* signifiant obscurité) en hausa. Ces termes se référant à une expérience vécue par le malade ne comportent pas de vocabulaire descriptif de l'affection. A l'opposé, d'autres termes font explicitement référence à une souffrance par suffixation du terme même de douleur : *dimi* en bambara, *doori* en zarma, *ciwo* en hausa.

Une seconde caractéristique lie la position anatomique de l'œil à ses affections ressenties. En effet, cet organe étant visible, nombre des patho-

1. Nous ajoutons ici aux exemples hausa et bambara des exemples zarma ; cf. Jaffré *et al.* (1993).

logies qu'il présente sont directement observables, et semblent de plus s'exprimer par un ensemble fini de signes, souvent présentés de manière « massive » : l'œil est rouge, il démange, il coule, des peaux ou des taies le recouvrent, etc. D'un point de vue de santé publique, cette attention portée aux symptômes les plus visibles est au cœur de nombreuses difficultés. En effet, la liaison étroite des signes visibles et apparemment accessibles de la maladie avec leurs représentations est propice à l'entreprise de diverses actions thérapeutiques. Dans certains cas, les similitudes trompeuses des symptômes incitent à l'automédication : le même produit sera, par exemple, utilisé pour tout œil rouge... Dans d'autres cas, des actions thérapeutiques seront entreprises pour soigner ce qui est interprétée comme une maladie limitée à son symptôme le plus visible, et se présente de plus comme un simple obstacle mécanique à la vision (peau, taie, cils), accessible par des manœuvres simples. Lorsqu'une maladie se nomme « peau » ou « taie », son traitement est logiquement soustractif, et consiste à ôter l'obstacle visible. De même, en milieu hausa et mandingue, le recourbement des cils est considéré comme une maladie autonome, son traitement peut se limiter à traiter ce symptôme, risquant de ce fait de laisser évoluer une pathologie cécitante.

Enfin, une troisième caractéristique dépend étroitement, elle aussi, du rôle spécifique de l'œil. Ouverture du corps sur le monde, l'œil est le support du regard, dont la fonction de « communication » lui confère tous les attributs, culturels et fantasmatiques¹. En témoigne marginalement la composition de multiples termes ayant le mot « œil » comme radical, et s'attachant à évoquer des attitudes morales, tels *nyèjugu* (litt. œil mauvais en bambara), désignant un profiteur, ou *moo koogu* (litt. œil sec), s'appliquant à un impudent en langue zarma.

Mais, plus encore que de permettre la composition linguistique de termes moraux, l'œil et le regard sont liés au processus de la reconnaissance de l'autre et de soi. Si à la voix peut répondre le silence, dans la plupart des cas, voir c'est être vu. L'œil, lié à ces relations de réciprocité et de réversibilité, en supporte tous les aléas. Voir l'autre c'est, par exemple, parfois lire la crainte ou l'envie dans son regard. C'est aussi, ainsi

1. Cette dimension est à l'œuvre dans la plus morbide des actualités. Ainsi Johannes F. (*Libération* du 21-10-97), retrace les circonstances d'un crime où des malfaiteurs « sont accusés d'avoir étranglé une femme dans un salon de coiffure et lui avoir crevé les yeux. Parce que les morts gardent dans les yeux l'image de leur assassin, où la police peut lire leur crime ».

que le démontre l'abord psychanalytique de la pulsion scopique, supposer notre propre intention dans le regard de l'autre¹. De là, naissent sans doute les nombreuses règles régissant les attitudes du regard : baisser les yeux devant les aînés, détourner les yeux par pudeur, dissimuler certaines personnes comme les enfants pour éviter le « mauvais œil », etc. C'est en fonction de cet agencement particulier que de nombreuses maladies de l'œil-organe sont interprétées comme provenant de la fonction sociale et psychologique qu'il rend possible, à savoir le regard². Dans les représentations profanes du Sahel, l'œil n'est pas « séparé » du regard, dont il peut parfois être malade³.

Références bibliographiques

Cartry M., 1978, Les yeux captifs, in *Système de signes, textes réunis en hommage à Germaine Dieterlen*, Paris, Hermann, p. 79-110.

Diakitè D., 1993, Quelques maladies chez les bamanan, in *Se soigner au Mali*, Brunet-Jailly (éd.), Paris, Karthala, p. 25-47.

Dieterlen G., 1947, Note sur le téré chez les bambara, in *Notes africaines*, 35, p. 28.

Frontisi-Ducroux F., 1997, L'œil et le miroir, in *Dans l'œil du miroir*, Frontisi-Ducroux F. et Vernant J.-P. (éd.), Paris, Odile Jacob, p. 51-242.

Hervouët J.-P. et Lavessière C., 1987, Les grandes endémies : l'espace social coupable, *Politique africaine*, 28, p. 21-33.

1. Ce que résume de manière abrupte Lavie (1997) : « La vue ne rencontre que ce qu'elle institue... avec des mots !! »

2. Michel Cartry (1979) expose une semblable problématique chez les Gourmantché de la région de Diapaga au Burkina Faso. Selon lui, l'enfant risque la cécité si la mère ne reprend pas les rapports sexuels avec le père géniteur du nouveau-né. Ego quant à lui risque une affection oculaire dans de nombreuses circonstances comme :

- pour un nouvel initié : au camp de circoncision, à la vue du sang de son pénis
- pour un père : à la vue du sang du pénis de son fils lors de la circoncision de ce dernier
- pour une femme : à la vue du sang de son premier accouchement
- pour une accoucheuse, à la vue du sang de l'accouchement de la femme dont elle a déjà vu le précédent accouchement
- pour un chasseur : en voyant le sang d'un animal qu'il a tué à la chasse.

3. Ces croyances sont aussi attestées en Grèce ancienne. Frontisi-Ducroux (1997) parle ainsi de « contagion visuelle de l'ophtalmie » (p. 142) et souligne que « entre voir et être vu, la réciprocité s'impose si rigoureusement que la meilleure façon d'échapper à la vue de quelqu'un est de ne pas chercher non plus à le dévisager soi-même » (p. 15).

Jaffré Y., Banos M.-T., Kabo M., Moussa F., 1993, Prévention et communication dans le cadre d'un programme de santé oculaire, *Cahiers Santé*, 3, p. 9-16.

Lavie J.-C., 1997, *L'amour est un crime parfait*, Paris, Gallimard.

Luxereau A., non daté, Croissance urbaine et santé à Maradi (Niger) : préserver sa santé, *Cahier du GRID*, ORSTOM, Université Bordeaux 2.

Negrel A.D., 1989, La cécité en Afrique, le problème, quelques réponses, *Revue de la Société panafricaine d'ophtalmologie*, 1.

Pruat A., 1994, Traditional uvulectomy in Niger : a public health problem ?, *Social Science and Medicine*, 39 (8), p. 1077-1082.

Raynaut C., 1990, Inégalités économiques et solidarités sociales, in *Sociétés, développement et santé*, Fassin D. et Jaffré Y. (éd.), Paris, Ellipses-AUPELF, p. 137-154.

Schumacher R., 1993, Qu'est-ce que « mara » ? Une approche ethnomédicale au Bélé Dougou, dans *Se soigner au Mali*, Brunet-Jailly (éd.), Paris, Karthala, p. 47-81.

Souley A., 1997, *Ciwon ido* « douleur des yeux ou maladie des yeux », *Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest »*, 7.

Zahan D., 1963, *La dialectique du verbe chez les Bambara*, Paris, Mouton & Co.

Y. Jaffré

Conclusion

Deux principales caractéristiques ordonnent ces différents textes et, outre leur proximité d'objet et de lieu, leur confèrent une certaine unité. Tout d'abord, les travaux proposés dans ce livre, s'ils appartiennent au domaine de l'anthropologie de la santé, le font « à leur manière ». Il s'agit de travaux descriptifs, inquiets de la traduction, attentifs à ne pas produire d'hypothèses que n'autoriseraient pas les observations du « terrain ». Ensuite, parlant de maladie, cet ouvrage aborde plusieurs questions autrement débattues par d'autres disciplines. Ainsi, bien que de manière implicite, il inclut des questions de sociolinguistique concernant notamment l'équipement en concepts scientifiques des langues africaines. Outre de stricts aspects sémantiques, les rapports entre création lexicale et environnement technologique dessinent une image des sociétés sahéennes contemporaines où l'étendue des champs lexicaux permettant de penser la modernité et les innovations scientifiques dans les langues africaines reflète en particulier la pauvreté des infrastructures techniques sanitaires qu'elles ont à nommer. Cet ensemble de questions, même si elles ne sont pas directement abordées, constitue un fond « politique » global pour l'ensemble des travaux présentés.

Plusieurs textes de cet ouvrage côtoient aussi divers domaines de la santé publique, à qui ils empruntent d'ailleurs quelques concepts, tels ceux de pathologie ressentie, de prévalence ou d'accès aux soins. Les différents auteurs soulignent ainsi, plus qu'une opposition dans l'approche des problèmes de santé, une certaine proximité entre ces deux disciplines.

En résumé, toutes lectures faites, il nous semble que les contributions proposées ici dessinent le portrait d'une anthropologie de la santé que

l'on pourrait doublement caractériser : elle est « soucieuse » de ses outils, et elle est « impliquée » dans l'amélioration de l'offre de santé. Conser-vons à l'esprit ces deux points et dressons un premier bilan des questions abordées.

L'approche anthropologique

Il est possible de dresser une liste de quelques principes simples sur lesquels s'accordent, ou ont tenté de s'accorder les auteurs, et de préciser les effets d'une telle posture. Tout d'abord, ils attachent tous de l'importance à la maîtrise de la langue de leurs interlocuteurs. Cette compétence linguistique leur a permis non seulement de rendre compte le plus finement possible des nuances sémantiques des conceptions populaires de la maladie, mais aussi de participer à de multiples discussions quotidiennes, hors des situations toujours artificielles de l'interview. Capables d'écoute, ils n'ont pas bâti leurs études sur le seul fil d'entretiens thématiques ordonnés par un guide d'enquête, mais aussi sur la discontinuité des conversations, des confidences et des bavardages. Peut-être pour cela, plutôt que de broser de grands systèmes classificatoires ou symboliques ordonnés autour de la maladie, ont-ils pu rendre compte de ces discours discrets qui parlent ordinairement des sensations et des souffrances. Une deuxième caractéristique est qu'ils essaient de « ne pas en rajouter ». Plutôt que de s'attacher *a priori* à de délicates interprétations, toujours prompts à glisser dans la surinterprétation¹, ils ont décrit telle ou telle maladie sans en oublier les aspects essentiels qui, souvent, coïncident avec le plus prosaïque et pragmatique : la douleur et la volonté de guérir. Banalité certes, mais souvent oubliée : si tout malade s'interroge sur les causes de son affection, il est aussi et surtout fort impatient de constater les effets d'un traitement. Mais, ici encore, dans bien des cas, les choix de ces remèdes ne peuvent s'expliquer par de complexes raisons dont seraient conscients leurs auteurs, et qui renverraient à un système culturel normatif. Gestes et thérapeutiques nés de l'habitude, ou « parce qu'on ne sait jamais », abondent dans ce livre. De texte en texte, l'ouvrage dessine ainsi, plus que les portraits de quelques maîtres du symbolique, l'image

1. Cf. le numéro 3 de la revue « Enquête » : « Interpréter, sur-interpréter ».

de populations construisant d'incertains savoirs pour pallier les effets d'une grande précarité sanitaire. Autrement, et localement dit – rejoignant ici les pratiques de « braconnage » chères à Michel de Certeau – en situation de pauvreté, « il faut grouiller pour s'en sortir ». Tentative donc de décrire le plus banal, le plus partagé et le plus pratiqué. Mais si les auteurs tentent ainsi de dire les choses « comme elles sont » pour le plus grand nombre, cela permet-il d'agir « comme il faut » pour le plus grand nombre ? Répondre à cette question implique d'introduire une autre dimension, où méthodologie de la recherche et politique sanitaire sont liées.

Populations, santé publique, et anthropologie de la santé

En Afrique de l'Ouest, les praticiens de santé publique, chargés de la définition et de la mise en œuvre des politiques et des programmes sanitaires, s'intéressent aux populations pour diverses raisons. Un premier ordre de questions s'applique aux groupes sociaux « non inclus »¹, et concerne principalement les problèmes liés à l'accès aux soins. Dans ce cas, il s'agit d'essayer de mieux connaître les populations qui ne sont pas « atteintes », « couvertes » par les services et les actions de santé, et de comprendre globalement pourquoi elles ne fréquentent pas les structures sanitaires, ou plus précisément encore, comment elles se soignent, considèrent les maladies qui les affectent, et selon quels critères elles choisissent leurs traitements. Une autre interrogation concerne la mise en œuvre de programmes de préventions. En effet, en dehors de quelques « propositions techniques » comme les vaccinations, les objectifs de ces programmes consistent à modifier des pratiques sociales – alimentation, hygiène, sexualité, etc. – qui bien qu'ayant un impact sur la santé sont vécues selon d'autres finalités – gustatives, propitiatoires, ludiques, etc. – par tout un chacun. Enfin, un dernier ensemble d'actions consiste à améliorer la couverture sanitaire, sollicitant pour ce faire les populations, principalement dans le domaine économique, comme avec les programmes de recouvrement des coûts.

1. Dans la terminologie de l'UNICEF, ce terme désigne les groupes sociaux qui ne peuvent accéder au système de santé.

L'analyse critique – déjà fort argumentée – de ces actions de santé publique relève globalement d'une anthropologie du développement¹ démontrant l'inanité de certains modes de réflexion, basés notamment sur les mirages d'un développement communautaire ou l'oubli du politique manifeste dans les inégalités face à la mort et la maladie². Elle débouche sur une étude des valeurs morales propres à tel ou tel groupe social ou professionnel³. En fait, face à ces questions, et faute de concepts pertinents, les praticiens de santé publique se bornent bien souvent à édicter des normes, et proposer des objectifs pour de bien illusoire programmes⁴. Cependant, en dehors de ces vastes domaines – où le volontarisme naïf des praticiens s'affronte à la réserve dubitative, et parfois cynique, des sociologues –, un dialogue critique et fécond peut s'établir autour de questions discrètes et précises, qui concernent, plus que les idéologies, les pratiques effectives et les préoccupations concrètes des équipes de santé publique. Nous nous limiterons ici à dessiner les contours des principaux points de ces rencontres et de confrontations.

Le recueil et l'analyse des données entraînent fort logiquement un premier débat à propos des méthodes d'enquêtes et la validité de l'information recueillie. Il est par exemple aisé de montrer que sous l'apparente scientificité des chiffres statistiques produits par les enquêtes quantitatives (qui prennent, en passant de l'épidémiologie à une sociologie sommaire, la forme des enquêtes CAP) se dissimulent moult biais concernant, entre autres, les traductions non maîtrisées, les écarts entre réponses proférées et pratiques réellement effectuées, l'artificialité des situations d'interrogation, l'ambiguïté ou la non-pertinence culturelle des questions posées, etc. Mais la critique ne se limite pas à ces aspects techniques. Elle porte aussi sur les méthodes d'interprétation. Ainsi l'analyse fine du concept épidémiologique de « risque » permet d'en dévoiler certains aspects idéologiques : on ne mesure que ses propres hypothèses de recherche. Ces dernières, souvent socialement et techniquement orientées, imposent au

1. Nous renvoyons pour une perspective globale à Olivier de Sardan (1995) et pour une étude de cas dans le domaine de la santé à Berche (1998).

2. Cf. sur ce point les démonstrations de Aïach (1987) et de Evans (1996), et les propositions d'analyse de « l'espace politique de la santé » (Fassin, 1996) à partir de trois dimensions : l'incorporation de l'inégalité, le pouvoir de guérir et le gouvernement de la vie.

3. Cf. Olivier de Sardan sur « l'économie morale » de la corruption (1997) et Jaffré sur les déontologies locales (1997).

4. Il suffit d'évoquer ici « la santé pour tous en l'an 2000 ».

réel une grille de lecture parfois fausse ou, tout au moins, insuffisante (Gruénais et Delpuech, 1992). Il en est de même d'une notion aussi apparemment scientifique que la relation de causalité. En fait, il ressort de ces débats que si les modèles épidémiologiques, qui servent d'ossature à de nombreuses actions de santé publique, permettent d'établir des corrélations entre des « données dures » – présence ou non d'un virus, comptage des pathologies, etc. –, ils se trouvent fort dépourvus dès lors qu'ils se confrontent à des données sociales comme la pauvreté, les identités socioprofessionnelles, les conduites liées au genre, les représentations populaires, etc., dont les définitions varient selon les lieux, le temps et les acteurs. Bref, il s'agit d'un dialogue difficile où « le Qualitatif allégué ignore son quantitatif frileux et le Quantitatif ostenté son qualitatif implicite » (Passeron, 1995), et l'on est encore bien loin d'une « épidémiologie culturelle » que certains tentent de construire (Trostle et Sommerfeld, 1996).

Vient ensuite la remise en cause de la notion de programme. Souvent défini en fonction d'objectifs sanitaires, il s'expose à un « retour du refoulé », c'est-à-dire du social, manifeste notamment dans les multiples intérêts et stratégies des acteurs qu'il génère. Dans cette optique, Tidjani (1994) dessine l'itinéraire hasardeux d'un projet de développement au Niger – « incarné dans un jeu d'écriture, se traduisant par une correspondance » (*ibid.*) – victime des pouvoirs et des intérêts qu'il suscite ou contraire, et Berche (1997) dévoile les enjeux, ruses et « combines » des groupes impliqués dans un projet de soins de santé primaire au Mali.

Les méthodes d'information des populations sont aussi l'objet de vives critiques. Elles concernent notamment la validité des concepts et des méthodes de « l'éducation-information-communication » pour la santé. Pour l'anthropologue, il s'agit d'un domaine sensible, puisqu'on souhaite souvent l'y confiner dans un rôle de publiciste : « Aidez-nous à trouver le bon message ! » La déconstruction des modèles les plus fréquemment utilisés dans le domaine de cette information sanitaire permet de souligner que de nombreuses et bienveillantes campagnes de « communication » sont en fait régies par un paradoxe douteux consistant à demander le plus d'efforts à ceux qui sont les plus démunis (Jaffré, 1991).

La formation des personnels constitue enfin un dernier axe de dialogue entre santé publique et anthropologie. En ce domaine, si la santé publique s'applique à identifier des fonctions et des tâches souvent abstraitement

définies, l'anthropologie s'interroge sur les rapports entre les identités sociales et professionnelles de ces personnels (Jaffré et Prual 1993), parfois décrits comme des « passeurs culturels » (Benoist, 1996), sur leurs interactions avec les populations (Mebtoul, 1994), leur place dans les hiérarchies médicales (Arborio, 1995), ou l'importance de déterminants sociaux de plus large envergure, comme la présence d'un Etat, d'un corps professionnel et de contre-pouvoirs (Fassin, 1994).

On ne peut ici tout résumer. Les thèmes de ces débats varient selon le domaine sanitaire auquel ils s'appliquent. Leur configuration, par contre, apparaît stable, et, d'une question à l'autre, les dialogues s'ébauchent ou se refusent d'une même manière. Globalement, face à une santé publique qui légifère sur le « bien de l'autre », et qui édicte des normes de conduite tant pour les populations que les agents de santé¹, l'anthropologie répond en termes d'approche globale, de stratégies d'acteurs, de représentations complexes. On l'aura compris, malgré de nombreux travaux communs, le dialogue souvent tourne court. *Grosso modo*, les anthropologues soulignent que la santé publique ne dispose pas de concepts suffisants pour penser ses « publics ». En réponse, les équipes médicales accusent les anthropologues de se cantonner dans une confortable attitude critique d'une faible utilité pour améliorer l'offre de santé.

Même quand le dialogue est recherché sur des bases plus solides, et qu'il est fait appel à une réflexion pluridisciplinaire sur les questions de santé, l'embarras demeure quant à l'apport réel que peut représenter l'anthropologie pour la santé publique. On le voit bien dans les manuels de santé publique. Les plus récents (Brunet-Jailly et Rougemont, 1989 ; Brucker et Fassin, 1989) accordent à l'anthropologie au détour d'un chapitre la place singulière d'une approche « ethnosociologique des populations » (Pairault, 1989), ou d'une relation critique : « L'apport des sciences sociales à la santé publique, c'est une méthode d'observation et d'analyse des faits, c'est un regard critique sur les sociétés et leurs institutions, c'est plus de connaissance pour décider d'une action » (Fassin, 1989, 123).

Les études de ce livre tentent d'initier une autre forme de complémentarité. Décrivant spécifiquement diverses représentations populaires de grands ensembles pathologiques, elles se prêtent à une « approche par

1. Sans trop d'exagération, on pourrait dire que la santé publique ne connaît vraiment que l'autorité à caractère « rationnel-légal », fondée sur le droit (Weber, 1971).

problème », permettant à chaque discipline d'éclairer, selon ses méthodologies propres, les questions concrètes rencontrées : manultritions, diarrhées, etc.

Nous avons accepté deux contraintes principales. La première a été de choisir nos thèmes d'étude parmi des priorités sanitaires, et non en fonction de leur rendement symbolique. Les entités populaires ici présentées – maladies du ventre, « jaunisses », « oiseau » et convulsions, fontanelle, œil, peau – représentent le point de vue des populations sur les principales pathologies qui les affectent, leurs « priorités ressenties »¹ : fièvres et paludisme, diarrhées et déshydratation, hépatite et cancer du foie, trachome, etc. La seconde est de se préoccuper de l'amélioration du dialogue sanitaire.

Le dialogue sanitaire et la reconnaissance de la personne malade

Le savoir sur l'autre ici présenté est aussi un savoir de l'autre, et si ces conceptions populaires ne doivent pas être « fétichisées » – elles sont limitées, elles sont fausses d'un point de vue scientifique dans la plupart des cas, et sont même parfois dangereuses –, elles doivent cependant être entendues, tant pour des raisons déontologiques et humaines, que pour un évident souci d'efficacité : observance des traitements, mise en œuvre de préventions, prise en charge des malades, etc. A ce titre, les textes présentés peuvent être lus comme des ébauches de dialogues sanitaires menés dans les langues locales, et se prêter à une réflexion sur la formation des personnels de santé, participant ainsi au « prendre soin » du malade (Benoist, 1996), et, plus globalement, à l'amélioration de l'offre de santé.

Mais il ne faudrait pas que l'insistance portée sur les questions de traduction nous fasse oublier que la langue est aussi un capital culturel qui est partie prenante dans un ensemble de rapports de forces. Très concrètement, dans une pratique de soin, l'opération de traduction consiste en la réalisation d'actions simples et observables : accepter d'écouter le patient, lui expliquer sa maladie, ses préventions... Ce travail

1. En dehors de la mortalité maternelle, thème sur lequel nous travaillons les uns et les autres par ailleurs.

apparemment linguistique est donc aussi un rapport symbolique manifestant que le soignant souhaite, ou refuse, de se « mettre à la portée » de son interlocuteur.

Dans la plupart des cas, la relation sanitaire se caractérise par l'univocité médicale de l'interprétation. La traduction est à sens unique, et consiste à réduire le champ sémantique des langues vernaculaires selon le langage scientifique qui sert à l'interprétation. Cette opération est certes nécessaire à l'établissement du diagnostic. Elle laisse cependant un « reste » : le patient qui n'a pu exprimer ses incertitudes, craintes, conceptions, etc. Elle construit aussi une relation d'autorité, où l'on peut se demander si les soignants ne parviennent simplement pas à comprendre et décoder les propos de leurs interlocuteurs, ou s'ils ne veulent pas, en acceptant une situation de dialogue, renoncer à une partie de leur pouvoir, qui dans la relation sanitaire se manifeste entre autres par une rétention de l'information et un refus de reconnaissance de l'identité et des choix de la personne ou des populations malades. Sous cet aspect, le présent travail d'anthropologie, bien qu'ayant une « entrée » ethnolinguistique, est aussi un travail de « micropolitique », dévoilant quelques aspects d'une forme spécifique de domination. Il vise, *a contrario*, à faire reconnaître les droits du malade et souhaite, allié à d'autres actions, favoriser une meilleure qualité du service fourni.

Un préalable est nécessaire à un accueil respectueux, et à la compréhension des mots qu'utilise un malade pour formuler sa demande de soin : accorder au patient une existence et une légitimité suffisante pour juger ses propos dignes d'être écoutés et analysés. Une consultation n'est donc pas un espace socialement neutre consacré à un travail d'écoute. L'interaction langagière y est grosse d'inégalités sociales, et l'acceptation ou le refus de « décoder » linguistiquement les termes vernaculaires utilisés par le patient engage des relations de pouvoir, manifestes notamment dans les diverses formes de reconnaissance que le soignant accorde à son interlocuteur.

En milieu bambara, par exemple, les connotations affectives du dialogue sont liées aux statuts des interlocuteurs et à leurs réciproques inclusions dans diverses sphères sociales. Au plus proche se trouvent ceux qui appartiennent à la parenté (*sòmògòya* et *balimaya* : filiation et alliance). Ces liens affectifs et sociaux internes à la parentèle sont vécus comme naturels et relevant de l'ordre du devoir. Viennent ensuite les relations

d'amitiés (*teriya*), de voisinage (*siginyòngònya*) et de « promotion », puis les connaissances (*dònbagaya*), et, enfin, ceux dont on s'occupe (*ne ka mògòw*) d'autant plus... qu'ils sont porteurs de signes de prestige social : riches vêtements, professions utiles, etc. En dehors de ces divers liens sociaux, si tout inconnu peut éventuellement bénéficier de pitié ou de respect, il s'expose cependant, puisqu'« il n'est personne » (*karisa ne fòsi tè*, litt. celui-là ne m'est rien), à toutes les formes de violence¹. On ne peut, bien sûr, lire les conduites de soins uniquement en fonction des liens sociaux qui y sont engagés. Cependant, la plus élémentaire observation démontre que la qualité de l'accueil est corrélée aux statuts sociaux des malades, plus qu'à une compassion selon la gravité des cas ou des souffrances endurées. Le principe d'équivalence accordant à chacun les mêmes droits n'existe pas. Nul ne doit être anonyme pour être bien soigné, et bénéficier de soins de qualité. En témoigne d'ailleurs la stratégie des patients consistant à « personnaliser » les relations de soin, en utilisant pour ce faire diverses tactiques, allant de l'offre de cadeaux à l'utilisation des relations à plaisanteries, ou au port de vêtements brodés pour se rendre au dispensaire...

Il découle de ces rapides remarques deux conséquences. D'une part, et à un niveau global, ces diverses modalités de la relation de soin obligent à singulièrement nuancer la notion de « service public » (Olivier de Sardan, 1997). Dans la plupart des cas, il y a un usage personnalisé et privatif des structures de santé étatiques ou communautaires. D'autre part, à un niveau plus spécifique, l'utilité de cet ouvrage – si utilité on cherche en dehors de la production de savoir – réside plus dans sa volonté démonstrative de faire reconnaître les populations comme dignes de dialogue que dans les nouvelles « connaissances sociales » qu'il est susceptible d'apporter aux soignants. Inquiéter leur savoir plutôt que le conforter, et leur proposer de refaire ce travail d'enquête avec chaque malade, plutôt que d'accroître leur savoir-pouvoir avec un zeste d'anthropologie...

1. Ainsi que le souligne Balibar, « les formes de cruauté sont avec la matérialité dans une relation sans médiation, qu'elle soit intéressée ou symbolique » (Balibar, 1996).

Ouvrages cités

Aïach P., Carr-Hill R., Curtis S., Illsley R., 1987, *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*, Paris, INSERM-Documentation française.

Arborio A. M., 1995, Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, 93-126.

Balibar E., 1996, Violence : idéalité et cruauté, in *De la violence* (Héritier F. éd.), Paris, Odile Jacob.

Benoist J., 1996, Prendre soins, in *Soigner au pluriel* (Benoist J. éd.), Paris, Karthala, 491-505.

Berche, T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, Karthala.

Brücker G. et Fassin D. (éd.), 1989, *Santé publique*, Paris, Ellipses.

Brunet-Jailly et Rougemont A. (éd.), 1989, *La santé en pays tropicaux*, Paris, Doin.

Evans G., 1994, Introduction, in *Être ou ne pas être en bonne santé* (Evans R., Barer M.L., Marmor T.R. éd.), Presses de l'Université de Montréal, John Libbey Eurotext, 12-35.

Fassin D., 1989, Sciences sociales, in Brücker G. et Fassin D. (éd.), *Santé publique*, Paris, Ellipses, 110-123.

Fassin D., 1994, Penser les médecines d'ailleurs, in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 339-364.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.

Gruenais M.E. et Delpuech F., 1992. Du risque au développement, anthropologie et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête, *Cahiers des sciences humaines*, vol. 28, n° 1, Paris, ORSTOM, 37-55.

Jaffré Y., 1991, Anthropologie et éducation pour la santé, *Cahiers Santé AUPELF-UREF*, n° 1, 406-414.

Jaffré Y., 1996, Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du malade dans un village du Mali, *Prévenir*, n° 30, 115-121.

Jaffré Y. et Prual A., 1993, Le corps des sages femmes. Entre identités sociale et professionnelle, *Sciences sociales et santé*, vol. XI, n° 2, 63-80.

Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

Olivier de Sardan J.-P., 1997, L'économie morale de la corruption, *Politique africaine*, 63 : 97-116.

Passeron J.-C., 1995, L'espace mental de l'enquête, *Enquête*, n° 1, Marseille, EHESS, Ed. Parenthèse, 13-43.

Pairault C., 1989, Le milieu ethno-sociologique, in *La santé en pays tropicaux*, Brunet-Jailly et Rougemont A. (éd.), Paris, Doin, 33-57.

Tidjani A. M., 1994, Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger, *Santé publique*, n° 4, Presses Universitaires de Nancy, 381-392.

Trostle J. A. et Sommerfeld J., 1996, Medical anthropology and epidemiology, *Annual Review of Anthropology*, 25, 253-274.

Weber A., 1971, *Économie et société*, Paris, Plon.

Les auteurs

C. Alfieri prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Marseille).

D. Bonnet, docteur en anthropologie, est directeur de recherche à l'IRD (ex-ORSTOM) et chercheur au Centre d'études africaines (EHESS-CNRS, Paris).

S. Bouvier prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Paris).

Y. Diallo, ingénieur à l'IRD (ex-ORSTOM) et chercheur associé au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille), prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Marseille).

Y. Jaffré, docteur en anthropologie, est maître de conférences à la Faculté de médecine de Bamako et chercheur associé au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille).

F. Le Marcis prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Paris).

F. Ouattara, docteur en anthropologie, est chercheur associé au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille).

J.-P. Olivier de Sardan, docteur en anthropologie, est directeur d'études

à l'EHESS, directeur de recherche au CNRS et chercheur au SHADYC (EHESS-CNRS, Marseille).

S. Tinta, docteur en anthropologie, est chercheur à l'INRSP (Bamako).

A. Souley, allocataire à l'IRD (ex-ORSTOM, Niamey), prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Marseille).

M. Yaogo, allocataire à l'IRD (ex-ORSTOM, Ouagadougou), prépare une thèse de doctorat en anthropologie à l'EHESS (Marseille).

Table des matières

<i>Introduction</i> (J.-P. Olivier de Sardan)	7
---	---

PREMIÈRE PARTIE

Les représentations populaires des maladies et leurs contraintes	13
---	----

<i>Les représentations des maladies : des modules ?</i> (J.-P. Olivier de Sardan)	15
<i>La maladie et ses dispositifs</i> (Y. Jaffré)	41

DEUXIÈME PARTIE

Le corps crypté : les entités nosologiques populaires internes	69
---	----

<i>Les entités nosologiques populaires internes :</i> <i>quelques logiques représentationnelles</i> (J.-P. Olivier de Sardan) .	71
<i>Suma : la représentation complexe d'une maladie susu banale</i> (Y. Diallo)	89
<i>Du ventre à la tête. Représentations de trois « entités mouvantes »</i> <i>à Timba, Fouta-Djalon</i> (S. Bouvier)	115
<i>Keefi, une maladie peule</i> (F. Le Marcis)	139
<i>Sayi</i> (Y. Jaffré)	155
<i>Ce que les Dogons appellent gamma</i> (S. Tinta)	171

<i>Kaliya, une entité nosologique du changement social chez les paysans senufo du Burkina Faso ?</i> (F. Ouattara)	187
<i>Kooko : une entité nosologique populaire de la modernité (Burkina-Faso)</i> (C. Alfieri)	207
<i>Les maladies du ventre et du bas-ventre en bisa et en moore Burkina Faso</i> (M. Yaogo)	227.
<i>Les représentations fluides et prosaïques de weyno et yeyni</i> (J.-P. Olivier de Sardan)	249
<i>Trois entités hausa parentes : zahi, sanyi et shawara</i> (A. Souley) .	273.

TROISIÈME PARTIE

Le corps visible.

Quelques comparaisons ouest-africaines	291
<i>La maladie de « la fontanelle »</i> (Y. Jaffré)	293
<i>Les différents registres interprétatifs de la « maladie de l'oiseau »</i> (D. Bonnet)	305.
<i>Des maladies sur et sous la peau</i> (Y. Jaffré)	321
<i>La visibilité des maladies des yeux</i> (Y. Jaffré)	337
<i>Conclusion</i> (Y. Jaffré)	359
<i>Les auteurs</i>	371

Imprimé en France
Imprimerie des Presses Universitaires de France
73, avenue Ronsard, 41100 Vendôme
Octobre 1999 — N° 46 849

Cet ouvrage a été composé par
I.G.S. - Charente Photogravure à L'Isle-d'Espagnac (16)



Pour la première fois, les représentations populaires d'un certain nombre de maladies en Afrique de l'Ouest, parmi les plus courantes, ont été étudiées de façon minutieuse et coordonnée, en s'intéressant aux processus sémiologiques, cognitifs et empiriques à l'œuvre. D'un côté les principales entités nosologiques « internes » présentes dans une douzaine de cultures (bambara, peule, hausa, songhay-zarma, etc.) sont décrites en détail : chacune est spécifique, mais à travers quelques logiques semblables de construction, on voit se dessiner un « air de famille » dans les interprétations culturelles des troubles d'un corps « crypté ». De l'autre côté, un panorama est proposé de quelques « maladies » regroupant des symptômes au contraire directement lisibles ou visibles (comme la « maladie de l'oiseau ») et dont les représentations sont fortement analogues dans les diverses cultures considérées.

Cet ouvrage est issu d'un programme de recherche collectif commencé sept ans auparavant. Il repose sur des exigences méthodologiques partagées en termes de compétence linguistique (les auteurs parlent les langues locales) et de connaissance du milieu (tous ont fait de l'enquête de terrain prolongée). Mais aussi sur des choix théoriques communs : le respect des variantes et des incohérences (et le refus des systématisations excessives), l'attention portée aux micro-changements (et le refus d'une ethnologie passéiste), un comparatisme de proximité (et le refus des survols superficiels).

Enfin, quelques pistes interprétatives de portée plus générale sont esquissées, comme la notion de « module » pour exprimer les agencements des représentations populaires des maladies, ou celle de « dispositif » pour rendre compte des bases « objectives » qui influent sur leur construction.

LES CHAMPS DE LA SANTÉ

A un moment où les interactions entre santé, culture et société s'imposent comme une évidence, cette collection a pour objet de jeter les bases d'une réflexion transdisciplinaire originale sur le vaste domaine des pratiques professionnelles, sociales et symboliques de ce champ.

Pierre Cornillot, ancien président de l'Université Paris-Nord, a créé la Faculté de Santé, de Médecine et de Biologie humaine de Bobigny. A partir de la biochimie, il s'est impliqué dans l'étude des interactions entre les facteurs écologiques, biologiques, psychologiques et somatiques dans le domaine de la santé.

Serge Lebovici, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant à l'Université Paris-Nord, est psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris.

