

DOCTORAT DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

THERAPEUTES ET MALADES  
DANS LA VILLE AFRICAINE

RAPPORTS SOCIAUX ,URBANISATION ET SANTE  
A PIKINE, BANLIEUE DE DAKAR

par Didier FASSIN

THÈSE DE SOCIOLOGIE  
SOUTENUE LE 29 JANVIER 1988  
SOUS LA DIRECTION DU PR. GEORGES BALANDIER

*Au petit Didier, né et mort la même  
année, comme beaucoup d'enfants  
sénégalais, et à sa mère Yacine Faye.*

Ce travail a été réalisé grâce à un poste d'accueil dans l'Unité 164 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), et sur le terrain, grâce à un financement de l'Unité 401 de l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM). J'exprime ma gratitude à ceux qui m'ont aidé à des titres divers, Gérard SALEM et les membres de son équipe Urbanisation et Santé à Pikine, Emile Jeannée et ses collaborateurs du Projet Belgo-sénégalais de soins de santé primaires ; à ceux qui ont participé quotidiennement à cette recherche, Jacques NDIAYE, Pape NDIAYE, Ibrahima BADJI, Abdoul SOW, et très particulièrement Ablaye TRAORE qui m'a donné, en même temps qu'une place dans sa maison, un peu de sa grande connaissance de la société pikinoise ; à ceux qui ont accepté de se plier à l'indiscrétion des enquêtes, guérisseurs, marabouts, politiciens, infirmiers, médecins, vendeurs de rues, habitants des quartiers. Je suis reconnaissant à ceux qui m'ont apporté une collaboration, leurs conseils, leurs remarques, leurs critiques, à différents moments, notamment René COLLIGNON, Alain MORICE, Laurence TIRET, Dominique CEBE, et surtout Pierre AIACH dont l'aide amicale m'a été précieuse ; à ceux qui ont assuré la réalisation concrète du document, Tidjane SENE pour les cartes, Michèle AOSAKA et Marianne COTTET pour la dactylographie. Je remercie le Professeur Georges BALANDIER pour sa confiance et ses encouragements tout au long de ces cinq années. Enfin, il m'est impossible de dire ce que ce travail doit à mon frère Eric FASSIN avec lequel j'ai eu, sur plusieurs sujets traités ici, de longues discussions.

## SOMMAIRE

<b>PROLOGUE : Histoire de Nianguiri</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION :</b>	
1. L'anthropologie et la maladie	12
2. L'anthropologie et la ville	
3. Sociologie, santé, urbanisation	
4. Le chercheur et l'enquêteur	
5. Enquêter dans la ville	
6. Pikine en devenir	
<b><u>PREMIERE PARTIE : DU COTE DES THERAPEUTES : SAVOIRS ET POUVOIRS</u></b>	<b>47</b>
<b><u>I. SOIGNER A PIKINE</u></b>	<b>48</b>
<b><u>Chapitre I : Dispensaires et cliniques</u></b>	<b>51</b>
1. Soins de santé primaires	
2. Chronique d'un dispensaire	
3. Le secteur aux deux visages	
4. Le voyage à Dakar	
<b><u>Chapitre II : Marabouts et guérisseurs</u></b>	<b>76</b>
1. Les hommes de savoir	
2. Le côté de chez Ablaye	
3. Les marabouts	
4. Les guérisseurs	
<b><u>Chapitre III : Pharmaciens et colporteurs</u></b>	<b>95</b>
1. L'accès au médicament	
2. Les officines privées	
3. La vente illicite	
<b><u>II. PRODUCTION ET REPRODUCTION DES SAVOIRS</u></b>	<b>108</b>
<b><u>Chapitre IV : La constitution des savoirs</u></b>	<b>111</b>
1. Savoirs traditionnels	
2. Savoirs islamiques	
3. Savoirs biomédicaux	
<b><u>Chapitre V : La transmission des savoirs</u></b>	<b>136</b>
1. La révélation	
2. L'héritage	
3. L'apprentissage	
<b><u>Chapitre VI : Les mutations des savoirs</u></b>	<b>151</b>
1. Spécialistes et généralistes	
2. Mimétismes et syncrétismes	
3. Aînés et cadets	
4. Pastiches et mélanges	
<b><u>Chapitre VII : Les nouvelles formes de légitimation</u></b>	<b>169</b>
1. La légitimation comme enjeu social	
2. Une association de guérisseurs	
3. Une encyclopédie de la médecine traditionnelle	
4. Une polémique autour d'un centre de lépreux	

<b>III. <u>JEUX ET ENJEUX DES POUVOIRS</u></b>	186
<b><u>Chapitre VIII : Les pouvoirs politiques</u></b>	187
1. La structure politique	
2. Un guérisseur dans la ville	
3. Le magicien et le prince	
4. Les politiciens de la santé	
5. La maladie comme subversion	
<b><u>Chapitre IX : Les pouvoirs religieux</u></b>	211
1. La structure religieuse	
2. Un imam dans le siècle	
3. Le prophète et le guérisseur	
4. Dépendance et clientélisme	
5. La religion comme garant de l'ordre social	
<b><u>Chapitre X : Les pouvoirs économiques</u></b>	230
1. Le prix de la guérison	
2. Un marabout dans les affaires	
3. Le médecin et le financier	
4. Fortune dite et fortunes faites	
5. La richesse comme pouvoir social	
<b><u>Chapitre XI : Les pouvoirs thérapeutiques</u></b>	249
1. Les révélations d'une grève	
2. La raison du plus fort	
3. La raison du plus faible	
4. Les pouvoirs entre eux	
<b><u>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE : QUAND SAVOIR C'EST POUVOIR</u></b>	263
<b><u>DEUXIEME PARTIE : DU COTE DES MALADES : IDENTITES ET DIFFERENCES</u></b>	265
<b>I. <u>SE SOIGNER A PIKINE</u></b>	266
<b><u>Chapitre XII : La recherche de soins</u></b>	268
1. Itinéraires thérapeutiques	
2. Etapes en chemin	
3. Errances dans la ville	
4. L'offre et la demande	
<b><u>Chapitre XIII : La quête de sens</u></b>	284
1. Les images de la lèpre	
2. Les quatre cavaliers de la persécution	
3. Le crépuscule des sorciers	
4. La croyance et le doute	
<b><u>Chapitre XIV : Un rituel thérapeutique</u></b>	303
1. Travestissement et bouffonnerie	
2. Sens et fonction	
3. Nouvelles données et nouvelle donne	

<b>II. DIFFERENCIATION ET DISTINCTION</b>	315
<b><u>Chapitre XV : Ethnies et régions</u></b>	317
1. Questions de recensement	
2. Portraits d'ethnies	
3. Ressemblances ou différences ?	
4. A chacun son infidèle	
<b><u>Chapitre XVI : Pauvreté et scolarité</u></b>	340
1. Représentations de la pauvreté	
2. Images de la misère	
3. Inégalités ou différences ?	
4. Zones d'ombre dans un questionnaire	
<b><u>Chapitre XVII : Villes et villages</u></b>	364
1. Maladie et migration	
2. Citadins et ruraux	
3. Intégration urbaine ou attachement villageois ?	
4. L'expérience urbaine	
<b>III. ENTRAIDES ET SOLIDARITES</b>	394
<b><u>Chapitre XVIII : Parenté et liens traditionnels</u></b>	396
1. Liens de sang et liens de lait	
2. Un réseau d'entraide dans une famille peul	
3. Un village diola dans la ville	
4. Associations de ressortissants et classes d'âge	
5. Maîtres et captifs	
<b><u>Chapitre XIX : Voisinage et rapports urbains</u></b>	418
1. Réseaux et biographies	
2. Un réseau d'entraide à Guedjawaye	
3. Les associations économiques	
4. Les associations religieuses	
5. Les associations ethniques	
<b><u>Chapitre XX : Solidaires et solitaires</u></b>	443
1. Le handicap comme outil de travail	
2. Le handicapé comme force de travail	
3. La femme sans dot	
4. Des associations de quartier aux fédérations internationales	
5. Infirmité et infâmie	
6. La pauvreté comme handicap	
<b><u>CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE : DES DIFFERENCES AUX INEGALITES</u></b>	465
<b><u>CONCLUSION GENERALE</u></b>	468
1. Le marché de la santé	
2. L'urbain retrouvé	

Il ne faut donner au nom de la ville aucune signification spéciale. Comme toutes les grandes villes, elle était faite d'irrégularité et de changement, de choses et d'affaires glissant l'une devant l'autre, refusant de marcher au pas, s'entrechoquant ; intervalles de silence, voies de passage et ample pulsation rythmique, éternelle dissonance, éternel déséquilibre des rythmes ; en gros, une sorte de liquide en ébullition dans quelque récipient fait de la substance durable des maisons, des lois, des prescriptions et des traditions historiques.

Robert MUSIL, *L'homme sans qualité*, Seuil, Paris, 1956, traduit de l'allemand par Philippe JACCOTTET, page 10.

## PROLOGUE : HISTOIRE DE NIANGUIRI

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

"Quand notre mère est morte, Nianguiri était encore au sein, et moi je n'étais qu'un enfant. Nous nous sommes retrouvés seuls. Et je suis parti auprès de Tiemoko Coulibaly qui m'a confié au **komo**. La cérémonie a eu lieu la nuit. Celui qui est confié au **komo**, on ne peut lui faire de mal car celui qui veut lui faire du mal, c'est sur lui-même qu'il retombe. Le **komo** c'est une corne, et c'est aussi l'esprit qui est dans la corne. Le **komo** te donne le pouvoir de guérir, de blesser, de faire le bien, de faire le mal, de soigner les sorciers. Le **komo**, on lui parle ; c'est un esprit qui est debout, on lui demande ce qu'on veut. Celui qui a le **komo**, il ne prie pas".



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

"Je suis sorti dans la cour et j'ai trouvé les adultes qui discutaient. Je leur ai dit : j'ai vu ma mère dormir comme je ne l'ai jamais vue. Ils m'ont entouré : prends ton frère Nianguiri et ta soeur Diara sur le dos, et conduis-les dans la maison des Drame. Je suis parti là-bas. C'était déjà l'aube. Après avoir couché Nianguiri et Diara, je suis venu observer en me cachant, et j'ai vu les femmes qui pleuraient autour du corps de notre mère. J'ai demandé à quelqu'un : est-ce que ma mère est morte ? Non, elle dort seulement. - Alors, pourquoi pleurent-ils tous ? - Parce que le sommeil est amer. - Mais non, le sommeil est toujours doux. Je me suis approché d'elle. On lavait son corps. Un peu plus tard, on l'a porté au cimetière et on a creusé la tombe. Je me suis mis à pleurer : je veux que vous m'enterriez avec elle ; je n'ai plus ni père ni mère ; je veux mourir avec elle. Les gens m'ont tiré en arrière et ils ont recouvert son corps avec la terre. Après l'enterrement, je suis retourné chez moi. A ce moment-là, je me suis souvenu des paroles de Talibé : si tu grandis, c'est que ta vie est entre tes mains. Alors, j'ai quitté le village et je suis parti à la recherche de mon père. C'est à cette époque que j'ai voulu acquérir des connaissances".

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

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

Si ce récit est donné en ouverture au propos sociologique qui va suivre, c'est qu'il paraît en livrer, de manière condensée, les principales clés, ou peut-être plus exactement, les principaux enjeux.

Théorique d'abord, en posant le problème de la redéfinition des concepts. Puisqu'il est question ici de la maladie et de la mort, des malades et des thérapeutes, de la ville et de l'urbain, ce sont en premier lieu ces notions - ces pré-notions, dirait DURKHEIM - que l'on doit rediscuter : la maladie de Talibé et la mort de Fenda ne sont-elles pas

autre chose que des phénomènes biologiques altérant les corps, et ne font-elles pas intervenir également les catégories du malheur et du maléfice, des savoirs et des pouvoirs ? La relation malade - thérapeute ne doit-elle pas être dépassée pour rendre compte des rapports sociaux mis en oeuvre autour de la maladie, et plus précisément pour faire apparaître la dialectique de l'agression et de la protection, du mal et du bien ? L'espace urbain peut-il être conservé pour décrire les itinéraires de malades ou les biographies de thérapeutes quand tout ramène sans cesse de la ville au village ?

Méthodologique ensuite, en introduisant la discussion sur les modalités de l'enquête - les conditions de production du savoir sociologique pour parler comme BOURDIEU. Qui parle ? (Hamé ne livre pas le même récit que Nianguiri). En présence de qui ? (devant l'aîné et le rival, le jeune marabout se tait). S'adressant à qui ? (au chercheur étranger, on ne donne pas les mêmes informations qu'à l'enquêteur originaire de son propre village). Plus généralement, c'est la question du dit et du non-dit qui est posée (combien de faits, d'enjeux, d'affects sont passés sous silence dans la narration de Hamé ?)

Au-delà de ces interrogations qui vont ponctuer les développements ultérieurs et qui semblent justifier la mise en exergue de l'histoire de Nianguiri, il y a une raison plus essentielle au choix de ce prologue. Livrer ainsi la narration de Hamé dans toute sa simplicité tragique, c'est énoncer - et peut-être rappeler au chercheur en sciences sociales parfois enclin à l'oublier dans le feu des analyses sociologiques ou anthropologiques - que, travaillant sur la maladie, on est confronté à la souffrance physique et à la douleur morale des gens, et que s'intéressant à leurs représentations et à leurs pratiques sociales, c'est leur vie et leur mort qui, pour eux, se jouent.

## INTRODUCTION

La maladie, et les moyens que la société met en oeuvre pour l'interpréter, la combattre et la prévenir, font intervenir la totalité des représentations et des pratiques sociales. A ce titre, étudier les rapports sociaux structurant la relation thérapeutique et les acteurs sociaux qu'elle met en présence - et d'abord les soignants et les soignés -, c'est, d'une manière plus générale, donner à lire le social. Tel est le point de départ de ce travail. Mais ne peut-on établir la même constatation à propos de tout objet social ? Les structures du mythe, de la parenté, du pouvoir politique ne sont-elles pas, tout autant que celles de la relation thérapeutique, indissociables de l'ensemble des dispositifs structurant la société ? En quoi l'étude de la maladie offrirait-elle une spécificité pour l'analyse anthropologique ? A ces questions, M. AUGÉ (1986) répond par un double argument : d'une part, "il n'y a pas de société où la maladie n'ait une dimension sociale et, de ce point de vue, la maladie, qui est aussi la plus intime et la plus individuelle des réalités, nous fournit un exemple concret de liaison intellectuelle entre la perception individuelle et la symbolique sociale" ; et d'autre part, en ce qui concerne la reconnaissance de la maladie et de sa guérison, "elle ne peut se satisfaire ni d'un recours arbitraire à l'imagination ni d'une simple cohérence intellectuelle ou d'un effet de représentation : elle est ancrée dans la réalité du corps souffrant". Ainsi, la maladie réalise un événement unique en ce qu'elle est doublement à la croisée des chemins (et des disciplines) : comme expérience individuelle et collective, comme inscription physique et sociale. Mais parler de la maladie comme s'il s'agissait d'une notion communément admise ne va pas de soi, ainsi que l'a montré l'histoire de Nianguiri. Construire la maladie comme objet de représentations et de pratiques sociales, et par conséquent de connaissance scientifique, constituera le premier développement théorique de cette introduction.

De plus, cette recherche a un cadre spatial et social particulier : la ville. Ce qu'il s'agit de lire, à travers les représentations et les pratiques mises en oeuvre autour des thérapeutes et des malades, c'est le social dans l'espace urbain. Mais en quoi la ville revêt-elle une spécificité à l'égard de la maladie, et plus généralement des rapports sociaux ? La densité de population et la concentration de

structures de soins suffisent-elles à déterminer une originalité de la culture urbaine en matière de santé ? Tout en manifestant son intérêt pour les Brazzavilles noires considérées "comme un laboratoire du changement", G. BALANDIER (1985 : IX) en relativise clairement la spécificité lorsqu'il affirme que leur étude est indissociable de "celle des sociétés paysannes". C'est d'ailleurs ainsi qu'on peut lire l'histoire de Nianguiri. S'interroger sur la pertinence de l'urbain comme catégorie sociologique donnera lieu au second développement théorique.

Si une réflexion sur la construction sociale de la maladie et sur la spécificité sociologique de la ville constitue évidemment un préalable indispensable à la compréhension du rapport entre urbanisation et santé, elle ne présente aucune nouveauté, puisqu'elle est au centre des débats de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie urbaine, depuis leurs constitutions (critiquées) comme sous-disciplines autonomes. Ce sont les termes de ces débats que je vais tenter de préciser avant de présenter ma problématique, les questions méthodologiques qu'elle pose et le cadre historique dans lequel elle est étudiée.

### L'anthropologie et la maladie

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

Dans les sociétés africaines, de même que les frontières de la maladie sont souvent imprécises - ou plutôt : que les représentations et les pratiques qu'elle met en jeu ne présentent pas de solution de continuité avec celles des autres domaines d'activité - de même la médecine, comme institution sociale, c'est-à-dire objet de représentations et de pratiques, n'est pas dissociable des autres institutions. Lorsqu'un même symptôme donne lieu, presque simultanément, à un recours auprès d'un guérisseur traditionnel, d'un marabout musulman et d'un infirmier de dispensaire, et fait l'objet d'interprétation en termes de colère d'un ancêtre, de vengeance d'un proche et de trouble de la glycémie, doit-on faire appel à trois registres d'analyse sociologique - magique, religieux, scientifique ? Ou faut-il, avec le malade, considérer

ces trois recours comme procédant d'une même logique sociale de guérison ? Et lorsqu'une même personne est consultée successivement pour une plaie chronique, une attaque présumée de sorcellerie, une perte d'argent ou un succès électoral, et qu'il a recours, pour ces différentes demandes, aux mêmes techniques divinatoires et aux mêmes pratiques thérapeutiques, doit-on l'appeler alternativement guérisseur, contre-sorcier, devin ou charlatan ? Ou faut-il voir dans la multiplicité de ses pratiques le signe d'une absence de spécialisation des fonctions de thérapeute et d'une négation de l'idée même de médecine ?

La position de la plupart des auteurs se polarise autour de ces deux modèles extrêmes : ou bien le champ médical peut être cerné et isolé du reste du système social ; ou bien les représentations de la maladie et les pratiques de la guérison sont indissociables de l'ensemble des représentations et des pratiques dans la société. Comme le font remarquer N. SINDZINGRE et A. ZEMPLI (1982), il s'agit, dans un cas, d'une conception qui postule l'existence d'une autonomie de la médecine, et dans l'autre, d'une conception " de l'anthropologie comme discipline holiste". Cette distinction est d'ailleurs à la base d'une rupture terminologique et théorique entre les anthropologues anglo-saxons et français : alors que les Américains, dans la filiation des travaux de W.H.R. RIVERS (1924), isolent le champ de la maladie et parlent d'anthropologie médicale dès les années soixante (SCOTCH 1963), les Français, dans la tradition de M. MAUSS (1923), pensent en termes de "fait social total" et sont réticents à utiliser le mot anthropologie médicale auxquels ils préfèrent celui d'anthropologie de la maladie (AUGE 1986).

Pour W.H.R. RIVERS (1924 : 4), "la médecine est un terme désignant un ensemble de pratiques sociales (a set of social practices) par lequel l'homme s'efforce de diriger et de contrôler un groupe spécifique de phénomènes naturels qui diminuent sa vitalité et tendent vers la mort". Il existe donc, dans chaque groupe humain, une structure sociale constituée par laquelle les individus exercent un pouvoir sur la maladie considérée comme un phénomène naturel. Une telle définition suggère deux remarques. En premier lieu, peut-on limiter le champ médical aux seuls faits naturels, alors que la plupart des travaux ethnographiques insistent au contraire sur l'extrême extension des interprétations surnaturelles pour tous les phénomènes sociaux, qu'il s'agisse d'une blessure qui ne guérit pas ou d'un grenier qui s'effondre, ainsi que l'a noté E.E. EVANS-PRITCHARD dans un texte classique (1976 : 20 et 22) ? En

second lieu, peut-on établir une discontinuité entre le médical et le reste du social, ou plus exactement : peut-on isoler la médecine des autres activités du groupe, quand les sujets eux-mêmes ne dissocient pas la notion de maladie et de malheur, quand les thérapeutes font appel à des éléments magiques et religieux pour soigner, quand les accusations de sorcellerie sont indissociables des liens de parenté et quand l'organisation sociale de l'art de soigner repose sur l'exercice de pouvoirs qui dépassent le domaine de la maladie, comme l'a montré M. AUGÉ à propos des groupes lagunaires de Côte d'Ivoire (1975) ?

Le premier point - la maladie phénomène naturel ou surnaturel ? - a fait l'objet de nombreuses recherches. Il faut d'ailleurs distinguer deux aspects à cette question : 1° La médecine ne concerne-t-elle que le domaine des faits naturels ? 2° La prééminence dans une société donnée, des interprétations naturelles ou surnaturelles de la maladie est-elle décisive pour la classification des systèmes de pensée ?

On peut sur le premier aspect, confronter deux positions extrêmes : pour W.E. MITCHELL, cité par I. PRESS (1980), "le système médical" est constitué de "principes et de pratiques naturels" (naturalistic rationales and practices), à l'exclusion des phénomènes surnaturels ; au contraire, M. CARRIN-BOUEZ (1980) note que, chez les Santal, " dans la vie quotidienne, on attribue au malheur, dukh, tout ce qui frappe le corps et devient alors une maladie", et contre lequel on célèbre " des rites de prospérité". Dans ce débat, la plupart des auteurs, parmi lesquels on peut citer E.H. ACKERKNECHT ( 1946), L.B. GLICK (1967), C.C. HUGHES (1968) et G.M. FOSTER (1976), s'accordent à considérer la maladie dans la diversité de ses modèles interprétatifs.

Ce constat a donné lieu - et c'est le second aspect de la question - à de multiples théories, ou plutôt orientations théoriques pour parler comme E. WELLIN (1977), visant à établir des regroupements dans la multitude des systèmes médicaux. Le modèle de W.H.R. RIVERS (1924) donne trois conceptions du monde (world-views) qui seraient à l'origine de trois types d'interprétation de la maladie : magique, pour laquelle les maladies sont dues à la manipulation de pouvoirs par les hommes ; religieuse, pour laquelle elles sont causées par des forces surnaturelles contrôlées par des puissances divines ; naturaliste, pour laquelle elles sont en relation avec des phénomènes naturels. Dans le modèle d'E.H. ACKERKNECHT (1946), la classification se réduit à deux termes opposant des pratiques

diagnostiques et thérapeutiques de type rationnel et naturel (naturalistic), et de type magico-religieux et surnaturel (supernaturalistic). Ces deux théories reviennent finalement à opposer explicitement médecine occidentale (Western medicine) et médecine primitive (primitive medicine). C'est en partie pour dépasser cette dichotomie -qui trahit moins une perspective ethnocentrique qu'une carence théorique - que G.M. FOSTER (1976) distingue à son tour deux catégories de modèles étiologiques sur lesquels il fonde deux types de médecines : "un système médical personnaliste (personalistic) est un système dans lequel la maladie est expliquée par l'intervention active et volontaire d'un agent qui peut être humain, non humain ou surnaturel", tandis qu'un "système naturaliste (naturalistic) explique la maladie en termes impersonnels et systémiques", la maladie étant due à "des forces naturelles ou des conditions telles que le froid, le chaud, les vents, l'humidité et surtout par une rupture de l'équilibre des éléments du corps" ; dans le premier groupe, seraient classées les médecines africaines et mélanésiennes, dans le second, les médecines savantes (arabe, indienne, chinoise) et moderne. Bien que cette tentative renouvelle la classique dichotomie "eux/nous" critiquée par J. GOODY (1977 : 1) en situant les modèles explicatifs à un plus grand niveau de généralité, elle ne tient pas compte de l'extrême imbrication des systèmes d'interprétation naturels et surnaturels à propos d'un même événement : E.E. EVANS-PRITCHARD (1976) l'avait bien décrit à propos des Azande qui ne se satisfont jamais de la seule explication naturelle ; plus récemment, N. SINDZINGRE et A. ZEMPLINI (1981) l'ont également montré chez les Senoufo de Côte d'Ivoire qui multiplient les niveaux de causalité, rendant hasardeuse toute classification stricte de leur système nosographique. Le manque de précision du modèle proposé par G.M. FOSTER (1976) trouve d'ailleurs une illustration dans l'exemple qu'il donne d'une communauté villageoise vénézuélienne dont le système médical "est naturaliste et non personnaliste", alors que H. FABREGA (1974 : 218), utilisant une classification très voisine en "personnel/impersonnel" (personal/impersonal) range parmi les systèmes médicaux personnels tous les systèmes extra-occidentaux, dont la médecine zinacantécane du Mexique qu'il étudie plus particulièrement. Ainsi, l'opposition en modèles étiologiques naturel et surnaturel afin d'établir des comparaisons entre systèmes de santé s'avère moins influencée par les données observées que par le regard de l'observateur, moins inspirée par la complexité des phénomènes sociaux que par le désir classificatoire du chercheur. Plus encore, elle paraît



obscurcir la compréhension globale des faits de santé comme faits sociaux, et donc n'avoir pas plus de pertinence théorique qu'empirique.

Le second point soulevé à propos de la définition de W.H.R. RIVERS - discontinuité du médical et du social - pose la question des relations du médical avec le magique et le religieux, mais également avec le politique et avec l'économique pour se limiter à quelques grandes spécialisations de l'anthropologie. La possibilité d'extraire le médical du reste de l'activité sociale semble implicite chez C.C. HUGHES (1968) qui utilise le mot ethnomédecine pour parler "des croyances et des pratiques relatives à la maladie (relating to disease)". Plus nettement encore, elle est posée comme un postulat par L.B. GLICK (1967) : "un système médical est un ensemble structuré (a patterned set) d'idées et de pratiques ayant à voir avec la maladie (having to do with illness)" ; mais il ajoute immédiatement que la maladie doit être à son tour définie et il conclut quelques pages plus loin en disant que le système médical Gimi de Papouasie qu'il étudie "n'a essentiellement rien à voir avec la médecine telle que nous la comprenons habituellement, car les Gimi ne partagent pas notre compréhension des maladies". Ce n'est qu'à la condition de se débarrasser des catégories préétablies qu'il devient possible de construire le champ médical et d'isoler scientifiquement la médecine des autres activités sociales.

Les frontières à tracer entre médecine et magie, ou entre médecine et religion ont toujours été au centre des approches culturelles de la maladie, comme en témoigne le titre de l'ouvrage généralement considéré comme le premier texte d'anthropologie médicale : **Medicine, magic and religion** (RIVERS 1924). L'auteur y développe un modèle où la médecine serait, selon les sociétés - c'est-à-dire implicitement : selon le niveau d'avancement de chaque société-, éclairée par la magie, la religion ou le naturalisme, ce dernier fondant la médecine empirique moderne ; il reste ainsi prisonnier à la fois d'une vision évolutionniste héritée de J. FRAZER et d'une simplification de la théorie de la magie élaborée par M. MAUSS. A l'inverse, pour E.H. ACKERKNECHT (1946), "la médecine primitive est avant tout magico-religieuse, utilisant quelques éléments rationnels" : contrairement à ce qui se passe dans le monde occidental où la médecine constitue une discipline autonome et professionnelle, pour reprendre l'expression d'E. FREIDSON (1970), la médecine des sociétés traditionnelles se confond avec le magique et le religieux.

L'une des approches les plus stimulantes concernant la maladie, et par conséquent la délimitation d'un champ médical, est celle de L.B. GLICK (1967) qui propose de partir, non plus de phénomènes naturels (ou surnaturels), mais d'une notion très différente : le pouvoir (power), qui regroupe "certains aspects du domaine des idées religieuses paraissant cruciaux pour le domaine des idées concernant la maladie". L'ethnologue qui étudie la médecine se fixe alors pour but d'analyser "comment le pouvoir est contrôlé - comment il peut être mobilisé, neutralisé, ou contre-carré". Cette approche semble doublement féconde : d'une part, elle renouvelle la question du rattachement du médical au magique ou au religieux, en s'interrogeant sur une catégorie indigène (indigenous) qui dépasse les catégories des anthropologues ; d'autre part, elle affirme la continuité entre pouvoirs thérapeutique et magicoreligieux, d'un côté, et pouvoirs politique, économique, et plus généralement social, de l'autre. Cette double contribution théorique de la notion a été longuement analysée et développée par M. AUGÉ (1975) qui oppose les pouvoirs noirs au pouvoir blanc en Côte d'Ivoire et montre les enjeux sociaux des pratiques thérapeutiques, aspect que nous développerons ultérieurement.

Si, comme l'écrit E. WELLIN (1977) dans son histoire des théories de l'anthropologie médicale, "le point de départ commun de cette discipline a consisté en trois généralisations empiriques : 1° l'universalité de la maladie comme une partie de la condition humaine, 2° le fait que tous les groupes humains développent des méthodes et des rôles pour faire face à la maladie, 3° le fait que tous les groupes humains développent des croyances et des perceptions pour connaître la maladie", ce consensus ne suffit pas à définir un champ de recherche. L'anthropologue qui travaille sur la maladie et sur la médecine, dans une société africaine ou asiatique, et même dans une large mesure dans une société occidentale, doit être conscient de la démarche scientifique par laquelle il construit son objet - la maladie, la médecine. Même si toutes les sociétés ont des représentations et des pratiques concernant la santé, la maladie, le malheur et la mort, la décision du chercheur d'isoler ces représentations et ces pratiques comme un ensemble structuré ou systématisé ne résulte pas de l'existence de cet ensemble **a priori**, mais d'un choix délibéré, dans un but heuristique.

## L'anthropologie et la ville

Les questions qui se posent à l'anthropologue étudiant le milieu urbain se situent à un niveau différent des précédentes. Il s'agit moins ici de se demander ce qu'est la ville, comme on s'est interrogé plus tôt sur ce qu'est la maladie - problème de définition qui n'est pas sans intérêt mais qui ressortit plutôt au domaine de la typologie urbaine et dont on peut trouver des développements chez U. HANNERZ (1983 : 92-97) et chez M. CASTELLS (1972 : 20-23) -, que de se demander en quoi elle constitue un lieu particulier d'expression du social : on admet **a priori** qu'elle existe, et même qu'elle constitue une catégorie identifiée par les Africains, mais on s'interroge sur sa spécificité. Plus précisément, dans le domaine qui nous intéresse, le thérapeute ou le malade font-ils appel à un système différent de représentations et de pratiques au village et à la ville ? Y a-t-il des modèles interprétatifs et procédures thérapeutiques qui différencieraient les citadins des villageois ?

Interrogations qui trouvent leur origine dans l'acte de naissance de l'ethnologie urbaine au sein de l'Ecole de Chicago au début des années vingt et, plus récemment, dans la constitution de l'anthropologie urbaine comme spécialité, à la suite notamment des travaux menés en Afrique Centrale par le Rhodes-Livingstone Institute. Un cadre spatial peut-il être suffisamment particulier, à la fois en tant qu'objet de recherche et par les méthodes d'étude qu'il impose, pour justifier la création d'une discipline spécifique ? Autrement dit, les chercheurs en sciences sociales qui étudient la ville sont-ils des anthropologues urbains ou des anthropologues sociaux travaillant dans la ville ? On retrouve ces questions dans l'introduction du livre d'U. HANNERZ (1983 : 18) : "Aux yeux des uns, les ressources théoriques et méthodologiques de la tradition anthropologique ne suffisent pas à conduire une recherche urbaine, alors que d'autres au contraire reprochent à cette dernière de ne pas porter suffisamment attention aux idées développées par les anthropologues dans des contextes différents. Ceux qui sont au courant des discussions de leurs voisins sociologues savent que les fondements de la sociologie urbaine y sont mis en question". Ne croirait-on pas lire les arguments du débat en tous points similaires qui a lieu à propos de l'anthropologie médicale ?

L'histoire de la recherche urbaine en sciences sociales est marquée par les deux contextes très différents dans lesquels elle est née : l'Amérique de l'entre-deux guerres pour l'Ecole de Chicago et l'Afrique de la fin de la période coloniale britannique pour le Rhodes-Livingstone Institute. Même s'il existe des points communs entre les deux approches - étude des phénomènes ethniques, des groupes marginaux, des conflits politiques, du monde du travail -, les différences sont importantes et tiennent à deux ordres de causes : d'une part, l'origine disciplinaire des chercheurs, d'autre part les sociétés dans lesquels ils travaillaient. Ainsi, les membres de l'Ecole de Chicago viennent pour la plupart de la sociologie et étudient la société industrielle américaine ; leur originalité n'est pas tant de s'être intéressés à la ville que d'avoir rompu avec une certaine tradition sociologique en développant une approche ethnographique (histoires de vie, observation participante) et en s'attachant à décrire des groupes particuliers (délinquants, prostituées, migrants). Au contraire, les chercheurs du Rhodes-Livingstone Institute sont des anthropologues britanniques travaillant sur les sociétés d'Afrique Centrale ; la nouveauté de leurs études tient à ce qu'au lieu de s'intéresser aux modes de vie traditionnels dans des groupes villageois choisis pour leur plus grand isolement, comme c'était souvent le cas pour les anthropologues de cette époque, ils ont développé leurs recherches sur le changement social et ont choisi de travailler principalement en milieu urbain.

De manière quelque peu simplificatrice, on pourrait aborder la question de la spécificité de la ville sous un double aspect - c'est d'ailleurs ainsi qu'elle s'est posée historiquement aux chercheurs en sciences sociales - : celle de la spécificité urbaine en général, et celle de la spécificité urbaine africaine en particulier.

Qu'est-ce qui caractérise le phénomène urbain ? Un espace très peuplé et très dense, répondent les géographes. Un mode de vie socialement très différencié, disent les sociologues. M. CASTELLS (1972 : 21) réunit, pour les critiquer, les deux définitions : "Urbain désignerait alors une forme particulière d'occupation de l'espace par une population, à savoir l'agglomération résultant d'une forte concentration et d'une densité relativement élevée, avec comme corrélat prévisible, une plus grande différenciation fonctionnelle et sociale". En fait, comme le remarque U. HANNERZ (1983 : 93), chacun de ces critères peut être successivement discuté, voire réfuté, et de toutes façons, une telle façon de procéder ne

conduit qu'à une typologie, et non à une sociologie de la ville. Pour M. WEBER (1981 : 155-171), c'est l'autonomie administrative associée à l'existence d'un marché, de fortifications, de législations et d'associations qui caractérisent la ville ; autrement dit, une définition basée avant tout sur la composante institutionnelle et correspondant surtout à la ville européenne médiévale ou renaissante. Dans l'analyse qu'en proposent K. MARX et F. ENGELS (1976 : 49-50 et 58), "la plus grande division du travail matériel et intellectuel est la séparation de la ville et de la campagne" qu'"on peut saisir comme la séparation du capital et de la propriété foncière, comme le début d'une existence et d'un développement du capital indépendant de la propriété foncière, comme le début d'une propriété ayant pour seule base le travail et l'échange" ; l'opposition majeure est ici du type rural/urbain et l'étape historique essentielle est le passage du système de production agraire au système de production capitaliste ; c'est l'industrialisation qui génère l'urbanisation et "parachève la victoire de la ville sur la campagne". Extrapolant en quelque sorte cette théorie, H. LEFEBVRE (1970 : 7-27) fait de "la société urbaine... aujourd'hui virtuelle, demain réelle", l'aboutissement d'un processus historique qui fait passer de "la ville politique aux environs de l'origine" à "la ville marchande" de la Renaissance, puis à la "ville industrielle" née au XIXème siècle et enfin, après la traversée d'une "zone critique", "la société urbaine" qui correspond à "l'urbanisation complète de la société" ; la double critique qu'on peut adresser à ce modèle est qu'il décrit plus qu'il n'explique les processus sociaux qui caractérisent la ville et qu'il donne de ce que nous connaissons aujourd'hui, pour l'aboutissement de l'histoire du monde, semblant ainsi faire preuve d'un évolutionnisme peu imaginatif.

Avec une grande minutie, M. CASTELLS (1972 : 104-127) démonte chacune de ces théories en leur reprochant soit de faire de l'urbanisation un simple effet de croissance démographique sur un espace restreint, soit de l'assimiler à l'industrialisation ou à la modernisation, sans voir que "toute évolution de la dimension et de la différenciation d'un groupe social est elle-même le produit de l'expression d'une structure sociale et de ses lois de transformation" ; malheureusement, cette analyse débouche sur une proposition de définition de l'urbanisation qui n'échappe pas à son argumentation critique : "il s'agit du système culturel caractéristique de la société industrielle capitaliste". L'intérêt de ce catalogue

critique des théories de l'urbain est de montrer les limites d'une approche typologique et de rappeler que la ville explique moins souvent qu'elle n'est expliquée par les rapports sociaux.

Y aurait-il alors une spécificité de la ville africaine ? Dans son étude publiée en 1955 sur les Brazzavilles noires, G. BALANDIER (1985 : 15) insiste sur l'importance de l'histoire, et tout particulièrement de la colonisation pour comprendre la ville africaine. Et de nombreux auteurs (en particulier : SANTOS 1971 : 53, GUGLER et FLANAGAN 1978 : 11-27, HANNERZ 1983 : 156-160) rappellent que l'histoire urbaine africaine a connu plusieurs époques : les villes des royaumes et empires pré-coloniaux telles que Kano, Djenné, Tombouctou, Abomey, Addis-Abeba ; les villes de la phase marchande de la colonisation, c'est-à-dire, les comptoirs comme Saint-Louis, Gorée, Zanzibar ; les villes de la période industrielle de l'ère coloniale parmi lesquelles Dakar, Abidjan, Accra, Léopoldville, Nairobi ; enfin, l'époque contemporaine, autour et après les Indépendances, dont fait partie Pikine. La profondeur historique est nécessaire lorsqu'on étudie des villes comme Dakar dont la structure sociale et spatiale est, encore aujourd'hui, marquée par la distinction entre un Plateau, ancienne zone résidentielle et administrative des Blancs, et une Médina composée des quartiers populaires africains, ou comme Pikine dont la création est une invention de l'administration coloniale pour vider les poches insalubres de la capitale. C'est également dans une perspective historique que peuvent être compris les phénomènes ethniques, c'est-à-dire les enjeux de pouvoir et d'identité autour de l'ethnie dont beaucoup ont des origines coloniales, ou tout au moins des explications dans les relations établies par certains groupes avec le colonisateur (AMSELLE 1985, DOZON 1985).

Si la ville africaine présente une spécificité historique, c'est donc celle de la situation très particulière de l'Afrique pré-coloniale, coloniale et contemporaine dans ses relations avec le monde industrialisé. Autrement dit, c'est la dépendance dans le développement qui caractérise le phénomène urbain dans le Tiers-Monde, et notamment en Afrique : les auteurs insistent notamment sur le décalage entre la ville et le village (SANTOS 1971 : 53), entre la croissance urbaine et la croissance économique (CASTELLS 1972 : 59), entre l'urbanisation et l'industrialisation (BAIROCH 1985 : 586), et certains voient même la dépendance comme une séquence : métropole étrangère/capitale africaine, grande ville/petites villes, urbain/rural

(HANNA et HANNA 1981 : 4-5). L'importance des phénomènes de domination - externe et interne - pour la compréhension de l'urbanisation est incontestable, cependant, ils ne rendent pas compte de nombreux aspects de la vie sociale, ou plutôt ils ne proposent que l'un des termes de l'explication : l'exploitation et la dépendance n'excluent pas des phénomènes d'autonomisation, des enjeux locaux de pouvoir ne passant pas par les rapports de force internationaux, des relations entre la ville et le village qui ne soient pas du seul ressort de la domination symbolique et économique de la première sur la seconde, comme l'ont montré les anthropologues (BALANDIER 1955, MERCIER 1959, GIBBAL 1974).

"On ne peut s'engager sans restrictions dans l'interminable procès des trop grandes villes" : ce n'est pas un historien ou un géographe du Tiers-Monde contemporain qui parle, mais F. BRAUDEL (1985 : 321) à propos des cités de la Méditerranée à l'époque de Philippe II. Si l'on veut éviter la banalité des jugements catastrophistes sur l'urbanisation "effrénée" ou "démentielle" de l'Afrique et le moralisme des prises de position sur l'organisation sociale "désurbanisée" et "destructurée" des villes (comme on peut lire chez de nombreux auteurs depuis G. SIMMEL), il faut s'attacher à décrire le monde urbain comme un monde diversifié, ouvert et changeant. Diversifié comme a pu le montrer J.M. GIBBAL (1974) à travers sa typologie : citadins, nouveaux citadins, ruraux prolétarisés, qu'on pourrait encore rendre plus complexe et plus riche. Ouvert comme l'indiquent J. GUGLER et W.G. FLANAGAN (1978) lorsqu'ils parlent du citadin comme d'un villageois absent (absentee villager). Enfin, changeant ainsi que l'ont étudié M. GLUCKMAN (1961) et les anthropologues qui ont ravaillé dans le Copperbelt sur le statut et les pratiques sociales des nouveaux habitants des villes. Mais ne pourrait-on pas utiliser les mêmes qualificatifs, dans une certaine mesure, pour décrire les villes européennes ? S'il y a une spécificité de l'urbanisation du Tiers-Monde en général, et de l'Afrique en particulier, elle est historique et liée avant tout aux relations de colonisation et de dépendance. Pour le reste, c'est plutôt de changement social concernant la société tout entière, et non les villes exclusivement, qu'il est question lorsqu'on parle d'urbanisation.

### Sociologie, santé, urbanisation

Travailler à l'intersection de deux champs, en l'occurrence l'anthropologie médicale (ou l'anthropologie sociale de la maladie) et l'anthropologie urbaine (ou l'anthropologie sociale en ville), ne suffit pas à en définir un nouveau, d'autant plus que l'autonomie de ces deux champs, comme on a pu le voir, est loin d'être incontestée (AUGE 1986, HANNERZ 1983). Tel n'est d'ailleurs pas mon propos.

Cette intersection a été peu fréquentée par les chercheurs en sciences sociales. D'un côté, les anthropologues qui se sont intéressés à la maladie n'ont que rarement travaillé en ville, préférant souvent se consacrer à des recherches sur des milieux plus homogènes, culturellement et socialement, et généralement plus traditionnels ; l'étude de cas - où la maladie n'est qu'un prétexte à une théorie des pouvoirs - présentée par M. AUGE (1975) illustre ce point puisqu'elle se situe comparativement dans trois groupes de Côte-d'Ivoire - alladian, avikam, ebrié - caractérisés à des degrés divers par une organisation sociale traditionnelle, villageoise et relativement "protégée" ; certes, à plusieurs reprises, il est question des "phénomènes dits de 'modernisation' et notamment le problème de l'urbanisation et des comportements en ville" dont l'auteur montre l'importance actuelle, tout en insistant sur le fait qu'il est impossible de traiter l'univers urbain et l'univers rural comme deux ensembles irréductibles" (1975 : 111-112) ; mais la place consacrée à l'analyse de ces phénomènes demeure évidemment réduite puisqu'il s'agit d'une étude de sociétés villageoises. De l'autre côté, les anthropologues qui ont mené des recherches en milieu urbain n'ont presque jamais étudié la maladie, considérée généralement, lorsqu'elle l'était, du seul point de vue de la santé publique ; révélateurs à cet égard sont les divers ouvrages de synthèse consacrés à l'urbanisation en Afrique qui, soit ignorent totalement l'aspect sanitaire (GUGLER et FLANAGAN 1978), soit le situent au niveau d'une énumération de problèmes d'hygiène et d'épidémiologie (HANNA et HANNA 1981).

Le sujet de cette thèse est la **société urbaine telle qu'elle apparaît à travers les représentations et les pratiques sociales que la maladie met en jeu**. Autrement dit, il y sera plus question de rapports sociaux, de jeux de pouvoir, de processus de différenciation que de phénomènes culturels, de monde des symboles, d'unité de l'homme. Non pas que cette dimension culturelle de la maladie ne soit pas pertinente pour



parler de la ville, mais mon but est plutôt de montrer qu'elle s'inscrit dans des rapports sociaux, c'est-à-dire qu'elle est pensée et agie à travers le social. Pour parler plus concrètement, ce qui m'intéresse, ce n'est pas comment les Pikinois interprètent et gèrent la maladie, c'est comment ils se définissent socialement à travers leur interprétation et leur gestion de la maladie. Et ce n'est pas la culture urbaine qui serait commune à tous les citoyens, ce sont les différences sociales, les rapports de domination, les pratiques de légitimation, les mécanismes de différenciation, les formes de solidarité qui se font jour à travers les phénomènes culturels. La maladie comme révélateur - privilégié - du fonctionnement social.

Le fait de travailler en milieu urbain intervient évidemment de manière décisive sur la vision qu'on a de la société, tout comme, à l'inverse, le fait de mener ses recherches en zone rurale. Soumis plus visiblement au changement social, aux phénomènes de modernisation et d'occidentalisation, aux processus d'industrialisation et de prolétarianisation, et aujourd'hui aux conséquences de la crise économique internationale, le monde urbain se prête plus nécessairement encore que le monde rural à une interprétation en termes de différences, de classes et de rapports sociaux, c'est-à-dire, à une analyse sociologique. Ce n'est bien sûr pas un hasard si G. BALANDIER, ayant d'abord manifesté son intérêt pour les villes (terrain lui-même choisi parce qu'il permettait d'accéder plus directement au changement social), a choisi ultérieurement de parler de sociologie plutôt que d'anthropologie de l'Afrique noire, justifiant ce mot par "les changements de position auxquels l'anthropologie dut se soumettre pour interpréter et comprendre la situation **actuelle** des sociétés noires" (1985 : 261) et la nécessité de prendre en compte, dans une analyse historique, "la situation coloniale dans son ensemble" (1982 : 35).

Si la coupure que l'on fait habituellement entre sociologie et anthropologie (ou ethnologie) a un sens, il ne tient pas à une différence d'objet de méthode - je me rallierais sur ce point à la thèse de P. FAUCONNET et M. MAUSS (1969) selon laquelle il n'y a pas de **raison théorique** de les distinguer -, mais à une différence historique dans la constitution des disciplines et le rapport des chercheurs à leur objet - ce qui constitue évidemment une excellente **raison pratique** de les séparer. Autrement dit, c'est parce qu'ils ont d'abord travaillé dans des sociétés lointaines et traditionnelles, qu'ils ont reçu surtout une formation à

l'analyse qualitative et globale des faits sociaux, qu'ils appartiennent généralement à des institutions qui regroupent plutôt des chercheurs de même profil scientifique, que les anthropologues (ou ethnologues) ont une pratique distincte de celle des sociologues, s'intéressent davantage au culturel qu'au social, privilégient la totalité par rapport aux différences. Certes, cette opposition est trop schématique et tranchée, mais dès lors que les deux disciplines existent, et que les chercheurs, notamment africanistes, se réclament de l'une ou de l'autre, c'est bien qu'il y a un sens à les distinguer et par conséquent à se prononcer : ma recherche se situe donc plutôt dans la tradition sociologique.

Les anthropologues se sont intéressés, on l'a vu, à la maladie d'une part, à la ville d'autre part, ce qui a donné lieu à une importante production théorique. Pour le sociologue, on peut suggérer la nécessité d'un déplacement d'intérêt vers la santé, d'un côté, et l'urbanisation de l'autre - ce qui est beaucoup plus qu'un changement de mot.

Par "santé", il s'agit de désigner l'ensemble des représentations et des pratiques des structures et des institutions qui ont à voir avec la préservation ou la restauration de la santé : le guérisseur comme l'infirmier, le malade comme le marabouté, le comité de santé comme le projet de soins de santé primaires. Ensemble plus vaste que celui de la maladie en ce qu'il dépasse la dimension personnelle et événementielle - dont M. AUGÉ (1984 : 39) a montré qu'elle était la caractéristique la plus générale de la maladie - pour toucher à la dimension collective et en quelque sorte intemporelle - correspondant à la troisième catégorie des représentations sociales de la santé étudiées par J. PIERRET (1984 : 249), c'est-à-dire celles qui se rattachent au domaine "socio-politique" ; mais aussi, ensemble plus restreint en ce qu'il laisse de côté l'aspect individuel et privé de l'acte thérapeutique pour privilégier l'aspect social et public. En fait, comme on le verra dans le détail de l'analyse, les deux perspectives sont indissociables, et on ne peut évoquer le pouvoir du guérisseur sans le voir à l'oeuvre dans l'entreprise de divination et de soins, de même qu'on ne peut parler de la différenciation sociale dans l'accès aux soins sans montrer le malade face à son thérapeute.

Par "urbanisation", il s'agit de nommer l'ensemble des processus de changement social observés particulièrement en ville, où l'on ne saurait pourtant les confiner, puisque les campagnes, par l'effet des

migrations et des communications avec le monde urbain, sont elles aussi soumises aux transformations de la société. Plus qu'une constatation géographique qui viserait à relativiser l'opposition rural/urbain, ce déplacement d'intérêt de la ville à l'urbanisation indique que ce sont des phénomènes sociaux socialement, et non spatialement, définis que l'on étudie. Bien sûr, c'est avant tout dans la ville que je les ai observés, mais surtout par commodité dans la mesure où c'est là qu'ils sont le plus présents.

Ce double changement de perspective - de la maladie à la santé, et de la ville à l'urbanisation - est indissociable du **plan** et de la **problématique** adoptés. D'une part, en effet, la façon d'appréhender l'ensemble des phénomènes sociaux en rapport avec la santé explique le choix des deux parties qui opposent les pratiques des thérapeutes et les pratiques des malades - à la manière de PROUST faisant découvrir successivement, comme deux mondes clos, "le côté de chez Swann" et "le côté de Guermantes", pour finir, bien plus tard, par révéler, dans **Le Temps Retrouvé**, qu'ils "n'étaient pas aussi inconciliables" que lui-même l'avait cru ; on verra comment, dans la conclusion, on tentera de "concilier" les deux côtés. D'autre part, les changements sociaux constatés aujourd'hui dans les villes africaines - et qui ne sont guère différents en nature de ceux qu'observait G. BALANDIER en 1955 à Brazzaville - s'inscrivent dans un processus plus global d'urbanisation où la ville n'est que le pôle dominant où les mutations apparaissent comme plus rapides et plus radicales ; autrement dit, **il s'agit de faire passer la problématique urbaine d'un cadre spatial (la ville) à un contexte social (les rapports sociaux qui font l'urbanisation).**

### Le chercheur et l'enquêteur

Laissant provisoirement de côté les problèmes liés à l'étude du milieu urbain, on peut maintenant aborder quelques points méthodologiques généraux. En fait, le parti pris adopté ici est de présenter les discussions de méthode dans le cours de l'exposé, c'est-à-dire de considérer que toute analyse sociologique, toute information anthropologique, tout résultat statistique ne prennent leur sens que par rapport à une interrogation sur les conditions de leur production : on trouvera ainsi discutée dans la suite, chaque fois qu'il sera possible, les circonstances du recueil et les limites de fiabilité des données.

"Tout projet d'anthropologie scientifique se heurte à une difficulté majeure : il est impossible de bien décrire un phénomène culturel, une élection, une messe ou un match de foot-ball, par exemple, sans tenir compte de l'idée que s'en font ceux qui y participent ; or on n'observe pas les idées, on les comprend intuitivement, et on ne les décrit pas, on les interprète. La description des phénomènes culturels pose donc des problèmes épistémologiques sans équivalent dans les sciences naturelles", écrit D. SPERBER qui ajoute "que des interprétations peuvent constituer des données scientifiques mais à une condition : être accompagnées d'un 'commentaire descriptif'" (1982 : 15 et 17). C'est à ce prix que les sciences sociales peuvent prétendre à une forme de connaissance scientifique. Deux questions de méthode retiennent, à ce titre, particulièrement l'attention : la position du chercheur, producteur du discours savant ; la position de l'enquêteur, intermédiaire entre le sociologue et son terrain.

La recherche sociologique réalise une situation artificielle où le sujet enquêté adopte un comportement différent de son comportement habituel - phénomène d'interférence entre l'expérimentateur et son expérience que connaissent bien les physiciens depuis le début du siècle."Les techniques les plus classiques de la sociologie empirique sont condamnées, par leur nature même, à créer des situations d'expérimentations fictives essentiellement différentes de ces expérimentations sociales que produit continûment le déroulement de la vie sociale", remarquent P. BOURDIEU, J.C. CHAMBOREDON et J.C. PASSERON (1968 : 64). Dans le cas de la sociologie africaniste, la situation d'enquête impose d'autant plus son étrangeté à l'enquêté que le chercheur est souvent un étranger : la couleur de la peau manifeste immédiatement la différence entre celui qui pose les questions et celui qui y répond. Au point même que cette extériorité peut faire croire au sociologue à une réelle objectivité de son regard : n'appartenant pas à la société qu'il étudie, n'en est-il pas le meilleur observateur ? Ce qu'il s'agit au contraire de montrer ici, c'est comment, par sa seule présence, le chercheur transforme son domaine d'observation et devient lui-même un objet de curiosité sociale.

Travaillant sur la maladie, il m'est évidemment impossible, d'un strict point de vue méthodologique, de faire abstraction de ma qualité de médecin que connaissaient tous mes interlocuteurs - guérisseurs ou malades, marabouts ou politiciens -, puisque je me présentais ainsi à

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

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

D'autre part, et surtout, mon statut de médecin mettait en jeu des pouvoirs que je maîtrisais plus ou moins bien, mais dont mes interlocuteurs ne manquaient pas d'user. Le pouvoir de guérir, ou tout au moins de soigner, était le plus clairement établi, et j'étais fréquemment sollicité pour examiner un malade, apporter un médicament ou donner une recommandation pour l'hôpital ; cependant, cette dimension thérapeutique n'est pas l'apanage du médecin, puisque nombre d'ethnologues, notamment ceux qui ont travaillé sur la maladie, racontent qu'ils avaient établi dans leur village une consultation, jouant ainsi sur la confusion homme

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

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

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

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

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

pendant près d'une heure, oubliant presque notre enquêté qui ne comprenait pas le français, il me décrivit ce rituel, **kañaalen**, qui devait devenir le thème principal de notre recherche ensemble, et que je n'aurais probablement jamais étudié sans son intervention passionnée et son aide ultérieure.

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

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



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

Le chercheur et les enquêteurs sont ainsi au coeur des enjeux sociaux qu'ils étudient. J'en eus réellement conscience lorsque je me trouvai un jour confronté à une histoire de travail maraboutique et d'action maléfique dont l'un de mes enquêteurs me déclara la victime. Sentant notre relation professionnelle et amicale menacée par une rivalité avec un autre membre de l'équipe, il faisait tout pour la mettre en situation d'échec, manquant nos rendez-vous, se désintéressant de nos enquêtes, manifestant de la méfiance à mon égard, cependant que mes inquiétudes et mes questions le renforçaient dans la conviction qu'on essayait de nous séparer en faisant échouer notre collaboration.

On se préoccupe rarement de savoir ce que deviennent les enquêteurs, lorsque les chercheurs quittent le pays. Parfois, ils perdent leur emploi, parfois, ils changent de chercheurs. Mais quelle trace reste-t-il dans leurs relations sociales ultérieures, de leur collaboration avec des étrangers, des questions qu'on leur a demandé de poser, des démarches qu'on leur a fait faire ?

### Enquêter dans la ville

Traditionnellement, la recherche africaniste, essentiellement ethnologique, a situé ses terrains d'étude au niveau d'unités géographiques restreintes (village) ou d'ensembles culturellement

homogènes (ethnie). La ville, à la fois par sa taille et par son hétérogénéité, semble ne pas autoriser une telle démarche. A Pikine, la question se posait à moi en ces termes : comment appréhender la réalité sociale d'une agglomération de 600.000 habitants originaires d'une quinzaine d'ethnies principales, parlant des langues différentes, vivant dans des conditions socio-économiques variées et ayant des histoires urbaines très dissemblables, en prenant la santé et la maladie comme révélateurs ? Du temps où L. THORE (1964) l'avait étudiée, Pikine ne comptait que 6.000 personnes dans des quartiers d'histoires récentes et de situations sociales assez proches, ce qui permettait encore une approche globale. Dans les travaux ultérieurs, on privilégie le plus souvent des études au niveau d'une zone limitée, comme S. C. MAACK (1978) à Médina Gounasse ou M.C. CASTETS (1985) sur le Front d'urbanisation. La seule recherche qui présente une perspective générale est la monographie d'un géographe, M. VERNIERE (1977), qui constitue encore aujourd'hui le principal document de référence.

Pour le sociologue ou l'anthropologue, le problème est quasiment insoluble : travailler sur un quartier, c'est se priver de ce qui fait la caractéristique principale des relations sociales en ville, leur inscription dans des réseaux où le voisinage n'est que l'un des déterminants ; s'intéresser à une ethnie unique, c'est ne pas s'autoriser, faute de données comparatives, à une généralisation à partir de constatations qui peuvent être spécifiques à un contexte culturel donné ; accorder un crédit d'objectivité à un sondage, c'est ne considérer que des unités, individus ou ménages, au lieu de groupes ou d'interrelations ; choisir un thème, par exemple la santé et la maladie, c'est risquer de l'isoler des autres domaines de la vie publique ou privée, comme le religieux ou le politique. Ces dilemmes, U. HANNERZ (1983 : 31-34) les a bien identifiés et l'histoire de ses propres recherches en est une illustration, en même temps qu'un début de solution.

Son premier travail, dans un quartier noir de Washington D.C., consiste à analyser les "effets de la ségrégation ethnique et du statut économique défavorisé des habitants sur l'apparition de toute une série d'adaptations collectives". La question de savoir quelle population étudier se pose alors : "Je pris conscience de la difficulté à choisir et délimiter une unité d'observation pertinente dans les études urbaines. D'un certain point de vue, mon quartier pouvait passer pour un village urbain, mais ceux qui y vivaient ne le considéraient pas tous au même

titre comme le théâtre de leur existence. Certains ne s'en éloignaient guère, d'autres ne faisaient qu'y dormir". A l'occasion d'une seconde recherche, dans les îles Cayman, il constate l'impossibilité de caractériser de façon unique la ville, puisque Georgetown, la capitale où il travaille, lui apparaît comme "le principal village d'un tout petit pays" et que la société urbaine qu'il étudie lui semble "proche du modèle des structures sociales à échelle réduite". Enfin, un troisième terrain le mène au Nigéria. Cette fois, il prend le parti "de faire l'expérience conceptuelle et méthodologique d'une recherche portant sur une communauté urbaine tout entière", ce qui lui est imposé par la ville même de Kafanchan, "structure où la multiplicité des éléments se renouvelle constamment et modifie la configuration dans son ensemble". Il remarque que "pour comprendre une communauté urbaine de manière globale, il faut pouvoir élargir le champ d'analyse", prendre en compte l'histoire de la ville qui "n'aurait pas vu le jour sans la construction du réseau ferroviaire nigérian", s'intéresser aux "contacts entre la ville et la campagne". Autrement dit, parti d'une étude de quartier dont il voyait bien les limites en termes de pertinence et de généralisation, passant ensuite à une recherche dans une petite agglomération qui pose le problème de la définition et de la délimitation de la ville, il en vient à l'idée d'un "tableau systématique de la société urbaine", d'une "description de l'édifice de fond en comble, des liens les plus globalisants à ceux qui le sont le moins". Itinéraire exemplaire où la ville finit par ne plus être dissociable du contexte économique et politique de la région et du pays, où l'urbain ne peut plus être distingué d'un ensemble plus diffus, le social.

Mon travail à Pikine ne s'est pas déroulé selon une progression linéaire, et la multiplicité des angles d'attaque traduit autant la nécessité de diversifier les points de vue sur la ville que la difficulté à adopter une démarche d'emblée globalisante. J'ai d'abord enquêté dans des "îlots" (pâtés de maisons) qui avaient été choisis comme représentatifs de la diversité pikinoise et avaient fait l'objet d'une étude démographique préalable par l'équipe Urbanisation et Santé, à Golf, Bagdad, Médina-Gounasse, Daroukhane, Fass ; mais le caractère trop formel des relations établies avec les enquêtés dans ces conditions me paraissait peu propice à l'étude de la maladie, de la sorcellerie, de la magie, de la politique, thèmes qui nécessitent un climat de confiance particulier. J'ai donc ensuite tenté d'entrer en contact grâce au réseau de connaissances des trois enquêteurs qui m'aidaient, avec des hommes et des femmes de

conditions sociales variées, malades, thérapeutes, marabouts, politiciens ; en même temps que la meilleure qualité des rapports avec les enquêtés autorisaient des entretiens approfondis et répétés, l'objet de mes questions se diversifiait ; il n'était plus question seulement d'itinéraires de soins et d'histoires de maladie, mais de pouvoirs magiques, d'enjeux politiques, de questions religieuses, de différenciation sociale. Vers cette époque, je pris une chambre à Guedjawaye, près de chez Ablaye Traore, dans la maison d'un Soninké émigré en France, ce qui me fit mieux connaître un quartier précis et facilita évidemment mes relations avec ses habitants ; toutefois, en dehors de cette attache, mes enquêtes ne se caractérisaient ni par un souci d'unité géographique, ni par une préoccupation de représentativité statistique ; j'essayais, à partir de quelques informateurs, de construire des biographies, de dessiner des réseaux, de tracer des filières, m'intéressant à la fois aux soignants et aux soignés. Et c'est parfois au gré d'un entretien, au détour d'une phrase, au coin d'une rue que je découvrais un rituel inconnu, une pratique nouvelle, une situation imprévue qui devait ensuite prendre une place importante dans la recherche : ainsi du rite **kañaalen**, de la vente illicite des médicaments, de cas de sorcellerie, qui m'apparurent alors comme des opportunités intéressantes, firent l'objet de développements non programmés initialement, mais me ramenèrent toujours au coeur de la problématique de l'urbain. Cependant, travailler sur la ville sans connaître la brousse, essayer de caractériser les citadins sans étudier les villageois, risquait de conduire à des interprétations erronées, de montrer des spécificités urbaines là où il n'y en avait pas, de créer des ruptures là où les gens vivaient au contraire une continuité ; à deux reprises, je fis des séjours brefs en zone rurale ; la première fois, je passai une quinzaine de jours dans un village de la Vallée du Fleuve, Barobé-Diakel, pour une étude comparative des représentations et des pratiques concernant la rougeole chez les femmes haalpulaaren, thème que j'avais déjà abordé dans un groupe similaire à Pikine ; la seconde fois, c'est pour analyser le rituel diola **kañaalen** tel qu'il est pratiqué en Casamance que je fis un séjour de deux semaines à Petit-Koulaye, ce qui me permit également de mieux identifier les liens existant entre ce village et ses ressortissants en ville.

Un élément important dans la conduite de ce travail fut la relation établie avec les responsables du projet belgo-sénégalais. Etudier la santé et l'urbain dans les quartiers défavorisés d'une ville du Tiers-Monde et au sein d'un organisme de développement en coopération,

implique une réflexion sur la signification politique et les enjeux sociaux des recherches menées : exercice intellectuel ou action engagée, le travail du sociologue n'est pas neutre. Les rapports amicaux et institutionnels entre l'équipe Urbanisation et Santé et l'équipe du projet de soins de santé primaires rendirent possibles des études qui, sans être des "commandes", se situaient à l'interface des préoccupations des chercheurs et des développeurs. Ainsi, je fis, auprès d'un échantillon représentatif de cinq cents mères, une enquête sur l'accès aux soins qui était l'occasion d'identifier d'une part, les facteurs de différenciation dans les comportements de recours aux services de santé, donnée sociologiquement pertinente, et d'autre part, les groupes à risque de couverture sanitaire insuffisante, information utile à l'orientation des actions de santé publique. De même, l'importance, pour les responsables du projet, des enjeux politiques autour de la participation des populations aux soins de santé primaires m'incita à développer un axe de recherche sur les comités de santé, permettant à la fois de poser des questions générales sur les processus de représentation et de légitimation qui y étaient à l'oeuvre et de répondre à des interrogations précises sur qui s'y trouvait représenté et ce qui s'y faisait concrètement. Enfin, à l'occasion de mon dernier séjour, une enquête épidémiologique sur la prévalence des handicapés dans mille ménages tirés au sort fut l'occasion de travailler sur la signification et les conséquences sociales du handicap, ce qui me conduisit à revoir de manière critique le fonctionnement des réseaux de solidarité que j'avais précédemment étudiés. Dans tous ces cas, le questionnement des praticiens de santé publique permettait d'éclairer des points demeurés obscurs et, plus généralement, de confronter l'expérience intellectuelle de la recherche à l'exercice concret du développement.

La présentation d'un document final construit et articulé rend ainsi mal compte des tâtonnements, des hésitations, des incertitudes qui ont façonné cette recherche. Malgré le caractère dispersé et parfois fragmentaire de données résultant d'approches multiples, il me semble que la démarche adoptée est peut-être celle qui convient le mieux pour saisir la ville dans sa complexité et sa diversité, au risque évidemment de manquer parfois de profondeur anthropologique. Pour décrire la société urbaine, on doit à la fois parler du rituel thérapeutique et du médecin généraliste, de l'herboriste sur son marché et du marabout dans sa villa, du délégué de quartier et du vendeur ambulancier de médicaments ; on doit montrer le malade consultant à l'hôpital et visitant le guérisseur, le

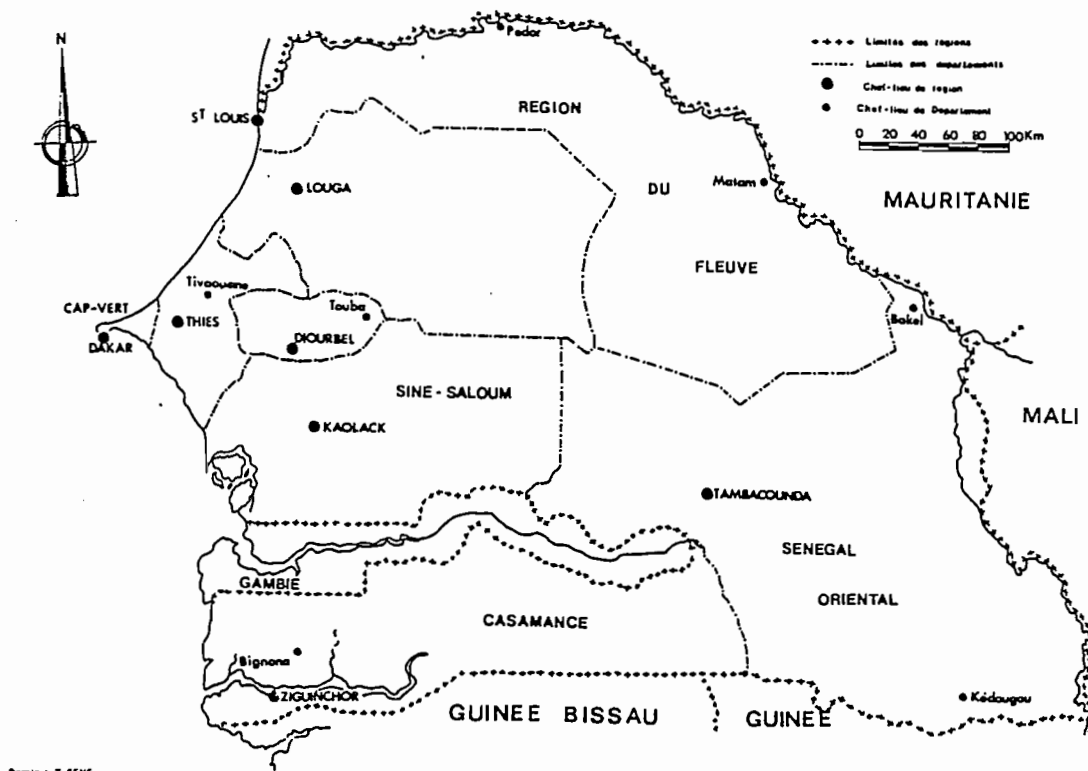
citadin au milieu de ses voisins en ville et parmi ses parents au village, la vie du quartier et le fonctionnement des réseaux. Mais il ne suffit pas ensuite de la présenter de manière impressionniste en une succession de scènes, de lieux ou d'acteurs, comme je l'ai fait pour les deux sous-parties intitulées "soigner à Pikine" et "se soigner à Pikine", dans une tentative de description "à plat". Encore faut-il en montrer les articulations, c'est-à-dire mettre en relation ces pratiques et leur donner du sens, c'est ce que j'ai essayé de réaliser autour de quatre thèmes qui sous-tendent le découpage de ce travail : "savoirs", "pouvoirs", "différenciation", "solidarité". Cependant, avant d'entrer dans le vif du sujet, j'en présenterai le cadre.

### Pikine en devenir

Parodiant le titre de l'ouvrage collectif consacré à Dakar à la fin des années soixante (SANKALE, THOMAS et FOUGEYROLLAS 1968), on pourrait déplacer le devenir du Cap-Vert de la capitale à sa banlieue. En effet, si la progression démographique de Dakar a été spectaculaire depuis le début du siècle jusqu'à une période récente, faisant passer l'agglomération de 40.000 en 1926 à 514.000 habitants en 1970 (VERNIERE 1977 : 18), c'est aujourd'hui Pikine qui absorbe l'essentiel de l'accélération du processus d'urbanisation de la région : la population, qui comptait 8.000 villageois en 1955, atteint 132.000 habitants en 1971 et les estimations actuelles donnent plus de 600.000 personnes, ce qui fait de Pikine la première ville du pays par la taille ; comme le dit M. VERNIERE (1977 : 38), "suivant un schéma désormais classique au Sénégal, la capitale expulse chaque année l'essentiel de son croît d'origine migratoire dans les villes nouvelles du Cap-Vert".

La création de Pikine en 1952 correspond à une décision politique : celle de nettoyer Dakar de ses bidonvilles pour restaurer son image prestigieuse de capitale de l'A.O.F. En effet, la division coloniale de la ville en un Plateau européen et une Médina africaine que l'épidémie de peste de 1914 avait justifiée et renforcée (M'BOKOLO 1985) ne suffit plus, à cette époque, à assurer, pour les autorités, les garanties d'hygiène sanitaire et de paix sociale : l'arrivée de dizaines de milliers de migrants d'origine rurale a conduit à la construction anarchique entre Médina et Grand Dakar de baraquements dont le nombre et la densité s'accroissent régulièrement ; l'administrateur français décide donc

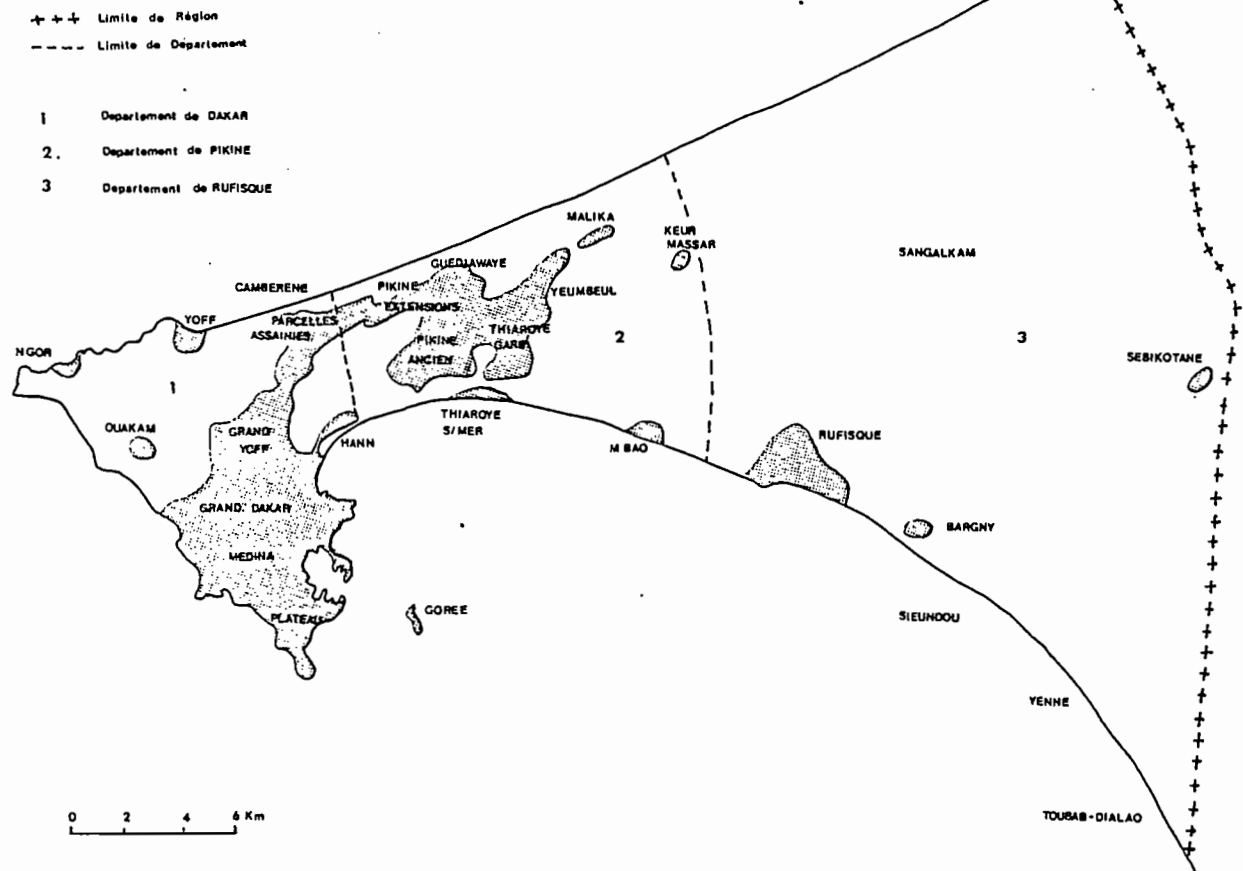
### CARTE 1 : LE SENEGAL



Donnée : T. SENE

### CARTE 2 : LA REGION DU CAP-VERT

(ACTUALISATION POUR 1988 d'après ASSANE SECK 1970 p. 135)



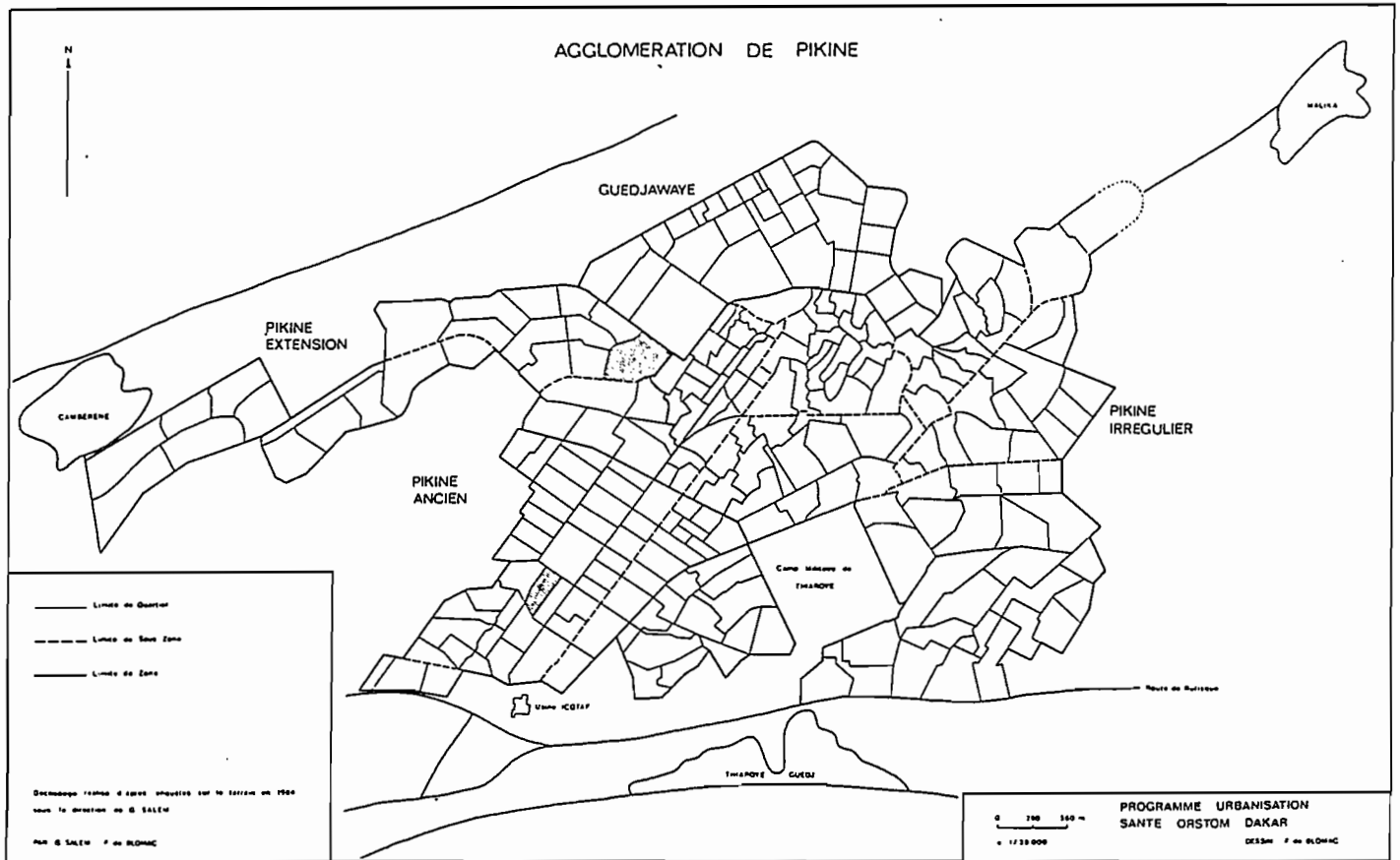
DESSIN : D. FASSIN - T. SENE

d'expulser autoritairement les habitants et de les reloger à une quinzaine de kilomètres à l'est, dans les dunes de Thiaroye (SECK 1970). C'est le début des "déguerpissements", dont les modalités ne seront guère différentes après l'indépendance : après diverses intimations, suivies de réclamations des délégués de quartier tentant de résister, l'armée intervient pour transporter les habitants de force jusqu'à leur nouvelle "résidence", quadrilatère de sable de dix mètres sur quinze où ils déposent leurs planches, tôles, meubles, vêtements, vaisselles ; les bulldozers détruisent le bidonville où bientôt réapparaissent de nouveaux baraquements habités par les derniers arrivants dans la capitale, eux-mêmes délogés à leur tour. Dans les années cinquante, Pikine Ancien se constitue de cette façon ; puis dans les années soixante, c'est Pikine Loti Récent et Pikine Extensions ; enfin, au début des années soixante-dix, Guedjawaye correspond à la dernière grande vague d'expulsions. Cependant, ce mouvement n'est pas terminé puisqu'à lieu actuellement le "déguerpissement" du dernier bidonville important de Dakar : Fass, dont les habitants sont relogés au-delà de Yeumbeul dans des lotissements.

Parallèlement à cette croissance sur le mode volontariste, commence à partir du début des années soixante, et plus précisément de 1964, date de la loi sur le Domaine National, une accession irrégulière à la propriété. "Plus qu'à une nationalisation des terres, cette loi vise à l'élaboration d'un inventaire respectif des terres de l'Etat et des propriétés particulières qui devront être enregistrées. En zone urbaine, le problème se pose en ces termes : quiconque peut présenter à une commission créée pour la circonstance, un 'constat de mise en valeur' d'un terrain quel qu'il soit, recevra un 'récépissé' presque équivalent à la possession d'un titre foncier. C'est une chance inespérée pour les aspirants - propriétaires dakarois, qui se ruent sur les terrains libres, ou plutôt sur les parcelles que les astucieux villageois lebou libèrent pour eux moyennant finances. L'installation d'un tas de parpaings suffit dès lors pour que son auteur aille revendiquer un 'récépissé'. Devant le nombre exorbitant de demandes, la commission est vite débordée : ces 'irréguliers' resteront irréguliers, mais une certaine mauvaise conscience de l'administration à leur égard leur assurera une impunité relative. Dès lors le mauvais pli est pris : les autorités tenteront en vain de rattrapper une urbanisation spontanée qui leur échappe ; les extensions régulières de Pikine n'y suffiront pas" (VERNIERE 1977 : 55). C'est ainsi que se développent les quartiers de Thiaroye et de Yeumbeul autour des noyaux villageois lebou, de Bagdad et Médina-Gounasse entre Pikine Ancien



**CARTE 3 : PIKINE PAR QUARTIERS**



**TABEAU 1 : POPULATION DE PIKINE**

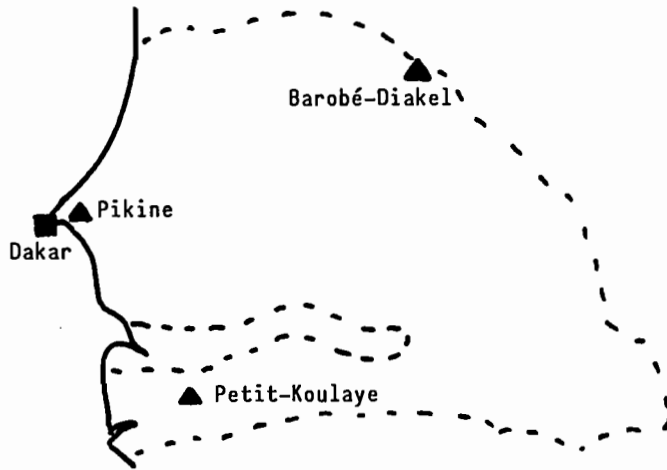
ANNEE	NOMBRE D'HABITANTS ESTIME
1955	8.000
1971	132.000
1986	600.000

et Guedjawaye, de Guinaw Rails et Diamaguene entre la voie ferrée Dakar-Bamako et la route de Rufisque et que se constitue au nord-est un Front d'Urbanisation qui marque la limite extrême de la ville et sa croissance permanente.

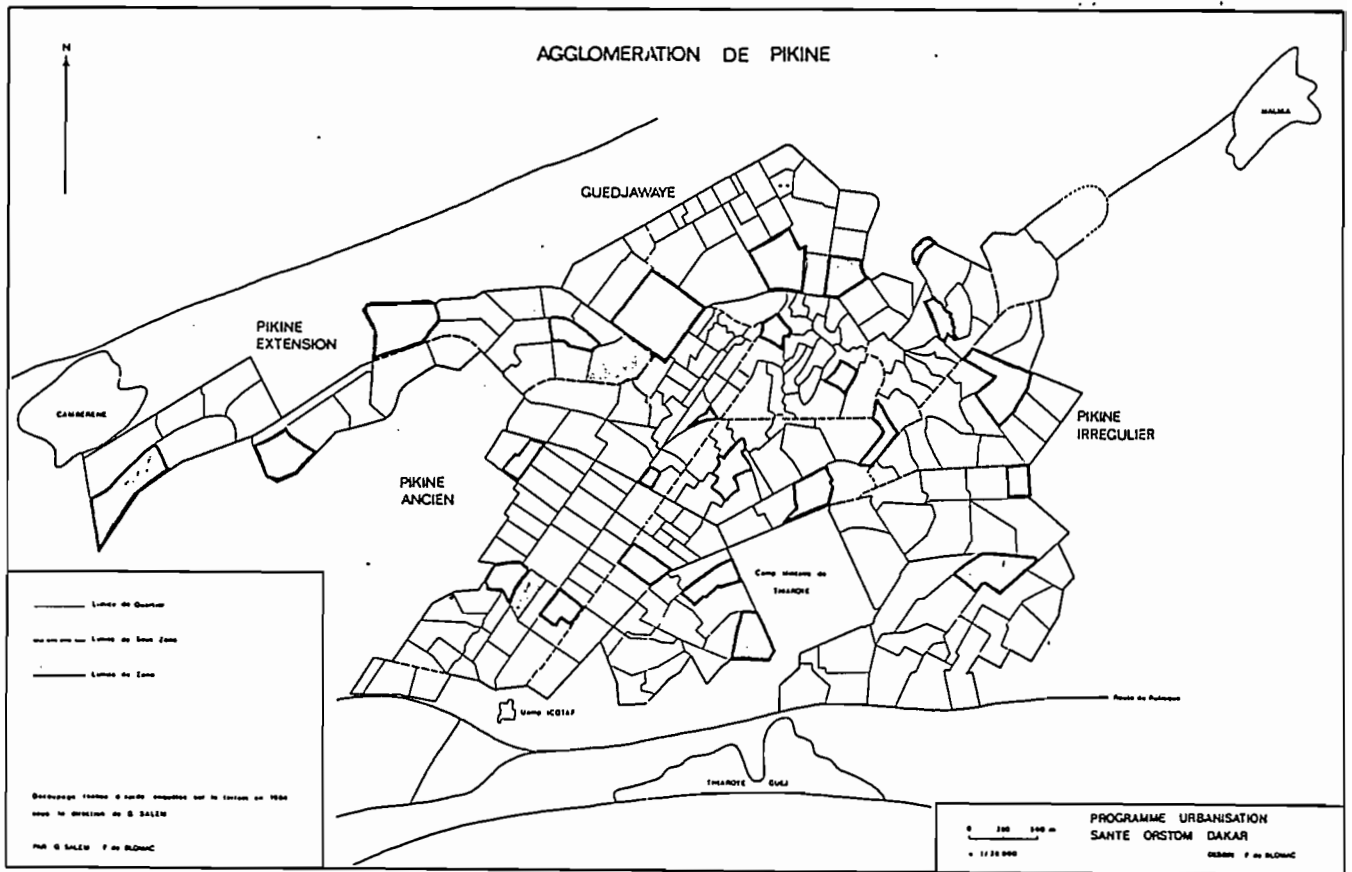
Aujourd'hui, Pikine est ainsi constituée de deux types de tissu urbain. D'une part, une ville régulière résultant de "déguerpissements" et parfois de lotissements, dont les habitants sont légitimes propriétaires de terrains qu'ils n'ont pas payés mais qui leur ont été donnés par l'Etat ; le découpage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

Entre ces deux types d'urbanisation, M. VERNIERE (1977 : 12) choisit clairement le second dans lequel il voit la "conception de la ville" défendue par les "prolétaires qui se réfèrent à une loi 'populaire' et tentent de créer, spontanément, les types urbains qui leur conviennent le mieux" en réalisant "une frange urbaine mieux intégrée à la campagne environnante" ; cependant, la réalité des quartiers irréguliers n'est pas aussi belle et reflète plutôt ce qu'E. JEANNEE et G. SALEM (1986 : 22) nomment une "pseudo-urbanisation", "incontrôlée, sans construction de logements pour les pauvres, sans création d'équipements collectifs". En fait, cette discussion, outre qu'elle traduit parfois plus la conviction personnelle du chercheur que les données objectives de ses observations, est liée pour une bonne part à l'hétérogénéité de la ville, y compris à l'intérieur de chacun des deux tissus urbains : s'il peut y avoir une justification pour le juriste (référence à la loi) ou l'urbaniste (prise en considération des équipements) à distinguer en bloc une ville régulière

**CARTE 4 : LIEUX D'ENQUETE AU SENEGAL**



**CARTE 5 : QUARTIERS TIRES AU SORT POUR L'ENQUETE ACCES AUX SOINS**



ANNEXE

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE "ACCES AUX SOINS"

ORSTOM FICHE INDIVIDUELLE ACCES AUX SOINS A PIKINE Projet Belgo-Sénégalais:  
Urbanisation et Santé Soins de Santé Primaire

- 2 -

Enquêteur :	Date :	Où l'avez-vous amené consulter en premier ? .....	<input type="checkbox"/>	35
Quartier :	Ilot : <input type="checkbox"/> 1-7	Ensuite, l'avez-vous amené consulter ailleurs (pour le même maladie) ? où ? .....	<input type="checkbox"/>	36
Nom du chef de ménage		Pour l'enfant le plus jeune ayant entre 1 et 5 ans :		
Nom de la mère interrogée : .....	N° <input type="checkbox"/> 3-5	Nom : .....	Sexe : .....	<input type="checkbox"/> 37
		Age : .....		<input type="checkbox"/> 38
I Combien avez-vous de co-épouses ? .....	<input type="checkbox"/> 6			
Quel est votre rang d'épouse ? .....	<input type="checkbox"/> 7			
Quel est votre âge (au moins approximatif) ? .....	<input type="checkbox"/> 8			
De quelle ethnie êtes-vous ? .....	<input type="checkbox"/> 9			
Parlez-vous la langue de votre ethnie ? (pour les non wolof) .....	<input type="checkbox"/> 10			
De quelle région êtes-vous ? .....	<input type="checkbox"/> 11			
A quel âge êtes-vous venue à Dakar ? (plus ou moins de 10 ans ?) .....	<input type="checkbox"/> 12			
Combien d'années avez-vous passé à Dakar ? (plus ou moins de 10 ans ?) .....	<input type="checkbox"/> 13			
Quand êtes-vous retournée pour la dernière fois au village (plus ou moins de 5 ans ?) .....	<input type="checkbox"/> 14			
Votre père ou votre mère habite t-il Dakar ? .....	<input type="checkbox"/> 15			
II Vous même, quand avez-vous été malade pour la dernière fois ? .....	<input type="checkbox"/> 16			
Qu'aviez-vous ? (symptômes, durée) .....	<input type="checkbox"/> 17			
Où avez-vous consulté en premier ? .....	<input type="checkbox"/> 18			
Vous a-t-on donné une ordonnance de médicaments ? .....	<input type="checkbox"/> 19			
Combien avez-vous payé pour acheter les médicaments ? .....	<input type="checkbox"/> 20			
Vous a-t-on demandé de faire des examens (prise de sang, radio) ? .....	<input type="checkbox"/> 21			
Combien avez-vous payé pour ces examens ? .....	<input type="checkbox"/> 22			
Ensuite, avez-vous consulté ailleurs (pour cette maladie) ? où ? .....	<input type="checkbox"/> 23			
Quel est le dispensaire le plus proche de chez vous ? .....	<input type="checkbox"/> 24			
Où consultez-vous habituellement lorsque vous êtes malade ? .....	<input type="checkbox"/> 25			
Comment y allez-vous ? (à pied, en car, etc...) .....	<input type="checkbox"/> 26			
III Pendant votre dernière grossesse, avez-vous consulté une sage femme ? .....	<input type="checkbox"/> 27			
Où l'avez-vous consultée ? .....	<input type="checkbox"/> 28			
Pourquoi avez-vous consulté ? (surveillance, problème particulier) ? .....	<input type="checkbox"/> 29			
Où avez-vous fait l'accouchement ? .....	<input type="checkbox"/> 30			
IV Parmi vos enfants de moins de 5 ans, lequel a été malade en dernier ? .....	<input type="checkbox"/> 31			
Est-ce un garçon ou une fille ? .....	<input type="checkbox"/> 32			
Quel âge a-t-il ? (plus ou moins de 1 an) ? .....	<input type="checkbox"/> 33			
Quand cette maladie a-t-elle eu lieu ? .....	<input type="checkbox"/> 34			
De quoi se plaignait l'enfant ? .....	<input type="checkbox"/> 34			

Où l'avez-vous amené consulter en premier ? .....	<input type="checkbox"/>	35
Ensuite, l'avez-vous amené consulter ailleurs (pour le même maladie) ? où ? .....	<input type="checkbox"/>	36
Pour l'enfant le plus jeune ayant entre 1 et 5 ans :		
Nom : .....	Sexe : .....	<input type="checkbox"/> 37
Age : .....		<input type="checkbox"/> 38
	Carnet	Déclaration par la mère
	DTCP I .....	<input type="checkbox"/> 39
	II .....	<input type="checkbox"/> 40
	III .....	<input type="checkbox"/> 41
	BCG .....	<input type="checkbox"/> 42
	Rougeole .....	<input type="checkbox"/> 43
	Fièvre jaune .....	<input type="checkbox"/> 44
	Vaccination complète .....	<input type="checkbox"/> 45
Quelle est l'ethnie du chef de ménage ? .....		<input type="checkbox"/> 46
Quelle est sa profession ? .....		<input type="checkbox"/> 47
Est-ce qu'il travaille actuellement ? .....		<input type="checkbox"/> 48
Est-ce qu'il est salarié (ou fonctionnaire) ? .....		<input type="checkbox"/> 49
Est-ce qu'il a une sécurité sociale (IPH ou imputation ou mutuelle) ? .....		<input type="checkbox"/> 50
Vous même, est-ce que vous travaillez ? .....		<input type="checkbox"/> 51
Que faites-vous ? .....		<input type="checkbox"/> 52
Etes-vous allée à l'école ? combien d'années ? .....		<input type="checkbox"/> 53
Lisez-vous le français ? .....		<input type="checkbox"/> 54
Parlez-vous le wolof ? (pour les wolof : parlez-vous français) ? .....		<input type="checkbox"/> 55
Faites-vous partie d'une association du quartier (ou d'une tontine) ? .....		<input type="checkbox"/> 56
Faites-vous partie d'une association politique ou confrérique ? .....		<input type="checkbox"/> 57
Faites-vous partie d'une association de ressortissants de votre village ? .....		<input type="checkbox"/> 58
Connaissez-vous le nom du chef de quartier ? qui est-ce ? .....		<input type="checkbox"/> 59
Etes-vous propriétaire de votre maison ? .....		<input type="checkbox"/> 60
Possédez-vous un réfrigérateur ? .....	Un salon ? .....	<input type="checkbox"/> 61
Combien gagne votre mari ? .....		<input type="checkbox"/> 62
Lorsqu'une ordonnance coûte trop cher, qui vous aide à la payer ? .....		<input type="checkbox"/> 63
Niveau économique apprécié par l'enquêteur : la famille est-elle pauvre ? .....		<input type="checkbox"/> 64
Indicateurs synthétiques (ne pas remplir par l'enquêteur) :		
Niveau socioéconomique : 49 + 60 + 61 .....		<input type="checkbox"/> 65
Niveau d'instruction : 53 + 54 .....		<input type="checkbox"/> 66
Ancienneté à la ville : 12 + 13 + 15 .....		<input type="checkbox"/> 67
Intégration à la société urbaine : 55 + 56 + 59 .....		<input type="checkbox"/> 68
Attachement à la société villageoise : 10 + 11 + 58 .....		<input type="checkbox"/> 69

REMARQUES :

et une ville irrégulière, comment le sociologue peut-il mettre ensemble un quartier à larges concessions abritant de riches propriétaires lebou à Thiaroye et un quartier à parcelles minuscules logeant des familles haalpulaaren sans ressources à Médina-Gounasse, seulement parce qu'ils se situent du même côté du droit à la propriété, comment peut-il rapprocher une cité où vivent des fonctionnaires comme à Golf Nord et une zone où sont relogés les bidonvilles comme à Guedjawaye, simplement parce qu'ils ressortissent à une même attitude volontariste de l'Etat ? Quelle qu'importante qu'elle soit pour comprendre certains enjeux politiques locaux, l'opposition régulier/irrégulier n'est que l'une des multiples facettes de la ville.

Cette diversité de Pikine, le chercheur la perçoit dès sa première visite sur le terrain, et pour peu qu'il garde une capacité à s'étonner, il en percevra indéfiniment de nouveaux aspects. Ainsi, m'attendant à voir une cité misérable et surpeuplée, je fus d'abord surpris de ne pas y trouver la pauvreté et la densité que j'avais pu rencontrer ailleurs. Puis, travaillant sur la différenciation sociale dans l'accès aux soins, je pris conscience, sur les tableaux statistiques comme dans la vie quotidienne, de l'hétérogénéité et des écarts. Ensuite, comme je m'intéressai aux réseaux d'entraide, le principe de la redistribution des biens me parut un moyen de réduire les inégalités de revenus précédemment mises en évidence. Enfin, étudiant le handicap et confronté à des situations d'extrême pauvreté, je vis à l'oeuvre les solidarités dont le fonctionnement ne me sembla pas aussi efficace que je l'avais cru. Successivement, les Pikinois m'offraient ainsi leurs différents visages et m'apprenaient à penser le social dans la complexité.

#### **Deux ultimes remarques avant d'aborder le corps de la recherche :**

La première, éthique, concerne le secret de l'information. Il m'a semblé que les entretiens avec les malades, leurs familles, et plus généralement avec les individus rencontrés dans leur vie privée, appartenaient au registre du secret professionnel, d'autant plus que dans bien des cas les histoires de maladie se confondaient avec des histoires de vie ou avec des histoires de famille : tous les noms ont donc été changés, et dans les rares cas où il y avait des circonstances trop

précises qui risquaient de rendre possible une identification par déduction (titre ou fonction, événement ou date), je les ai également modifiées sans altérer pour autant le sens de l'anecdote. A l'inverse, en ce qui concerne les personnages interrogés ou vus dans l'exercice de leur activité publique, guérisseur racontant ses exploits, marabout faisant étalage de ses richesses, politicien évoquant une élection, il m'est apparu que les noms n'avaient pas à être dissimulés, puisque les discours et les faits recueillis étaient du domaine public.

La seconde remarque, linguistique, a pour objet le système de transcription des langues africaines. Dans la multiplicité des solutions adoptée par les chercheurs (ainsi n le mouillé est écrit alternativement n ou ny, et le chef confrérique s'appelle selon les auteurs Khalife, Khalif ou xalif), j'ai choisi le système retenu par le Centre de Linguistique appliqué de Dakar et imposé par le décret 71-566 du 21 mai 1971 publié au Journal Officiel. Outre les lettres dont la prononciation est commune avec le français, on peut décrire : c = ti (comme dans tien), j = di (comme dans dieu), ñ = gn (comme dans pagne), x = correspond au j espagnol (comme dans jota), q = correspond au qaf arabe (comme dans qoran), w = correspond au w anglais (comme dans water), n = ng (comme dans parking), e = ê (comme dans tête), ë = eu (comme dans peu), u = ou (comme dans pou), o = o ouvert (comme dans pomme), ó = o fermé (comme dans chose). De plus, en pulaar, certaines consonnes sont claquées, et seront indiquées en majuscules : B, D, G, J. Le principe général de ce système est que toutes les lettres se prononcent. Malgré les précautions prises, certains mots, n'ayant pas été repris avec un linguiste, peuvent être mal transcrits par moi ; néanmoins, les différences régionales de prononciation rendent également compte de certaines divergences. En ce qui concerne les noms d'ethnies et les noms propres, je me suis conformé à l'écriture d'usage.

PREMIERE PARTIE : DU COTE DES THERAPEUTES.

SAVOIRS ET POUVOIRS

I. SOIGNER A PIKINE.

Chapitre I : Dispensaires et cliniques

Chapitre II : Marabouts et guérisseurs

Chapitre III : Pharmaciens et colporteurs

II. PRODUCTION ET REPRODUCTION DES SAVOIRS.

Chapitre IV : La constitution des savoirs

Chapitre V : La transmission des savoirs

Chapitre VI : Les mutations des savoirs

Chapitre VII : Les nouvelles formes de légitimation

III. JEUX ET ENJEUX LES POUVOIRS.

Chapitre VIII : Les pouvoirs politiques

Chapitre IX : Les pouvoirs religieux

Chapitre X : Les pouvoirs économiques

Chapitre XI : Les pouvoirs thérapeutiques

CONCLUSION : Quand savoir c'est pouvoir.

## SOIGNER A PIKINE

Dans l'expérience intime comme dans l'évènement social que constituent la maladie et la recherche de soins, il y a - irréductiblement -, d'un côté, le malade, et de l'autre, le thérapeute. Certes, les jeux ne sont pas faits une fois pour toutes, et une personne guérie d'une attaque de sorcellerie peut devenir à son tour contre-sorcier, tout comme un guérisseur sera probablement un jour malade lui aussi. Mais l'acte thérapeutique contient un rapport de forces tel, que même le ministre le plus puissant, s'il est victime d'une affection ou d'un ensorcellement, est entre les mains de son médecin ou de son marabout. C'est cette division qui est adoptée dans la présentation : il est d'abord question des thérapeutes, avec leurs logiques de savoir et de pouvoir, puis des malades, dans leur quête de guérison et de sens.

Pour étudier les pratiques thérapeutiques, l'approche systémique (medical systems) a été largement développée par les auteurs anglo-saxons, notamment américains, qui la justifient par deux arguments: d'une part, un souci de théorisation, chez A. KLEINMAN (1978), en particulier, qui y voit un modèle au service d'une analyse comparative ; d'autre part, une volonté de pragmatisme, par exemple chez B.D PAUL (1955) pour qui elle présente un intérêt dans une perspective appliquée aux problèmes de développement. Cette approche est caractérisée par une double préoccupation : typologique (il faut définir) et taxonomique (il faut classer).

La première apparaît clairement chez des anthropologues comme D. LANDY (1977) qui distingue la médecine conçue comme un ensemble de "pratiques culturelles, de méthodes, de techniques et de substances reposant sur une matrice de valeurs, traditions, croyances et schémas d'adaptation écologique, fournissant les moyens de préserver la santé et



de prévenir ou d'améliorer la maladie", et le système médical défini comme "l'organisation globale des structures sociales, des technologies et des individus qui rendent possible la pratique de la médecine ", ce qui renvoie à l'opposition classique, pour les auteurs anglo-saxons, entre le culturel et le social. L'anthropologie médicale s'intéressant au premier aspect et la sociologie médicale au second, comme l'affirme G.M. FOSTER (1974).

La deuxième préoccupation consiste à décrire et à ordonner les systèmes médicaux ainsi définis. Pour A.H. ACKERKNECHT (1971), il n'y a que deux classes : "primitive medicine" et "Western medicine", ce en quoi il suit W.H.R. RIVERS (1924) ; le modèle ultérieur de C.C.HUGHES (1968) ne modifie guère cette perspective dualiste en opposant "ethnomedicine" et "biomedicine". D'autres taxonomies ont tenté de renouveler l'approche en la rendant moins ethnocentrique : C. LESLIE (1977) introduit l'opposition entre "médecines de grande tradition" (great-tradition) comprenant les systèmes arabe, indien et chinois, et "médecines de petite tradition" (little-tradition) issues des sociétés agraires sans écriture ; F.L. DUNN (1977) propose le critère de la distribution géographique en parlant "des systèmes médicaux locaux, catégorie qui regroupe la plupart des systèmes de médecine "primitive" ou "populaire" ; des systèmes médicaux régionaux, comme les médecines Ayurvédique, Unani, ou chinoise, et "du système médical cosmopolite" qui correspond essentiellement à la médecine moderne ; N.J. CHRISMAN (1977), tenant compte des savoirs et des croyances de la paysannerie, distingue les connaissances et pratiques "profanes" et "scientifiques" (lay and scientific) ; A. KLEINMAN (1978) apporte un modèle plus riche qui permet de différencier, à l'intérieur de chaque système, "trois domaines (social arenas) : populaire, qui comprend principalement le contexte familial de maladie et de soins, mais aussi le réseau social ; folk, qui consiste en spécialistes non professionnels ; et professionnel, qui comprend la médecine scientifique ("occidentale" ou "cosmopolite") et les traditions de soins indigènes professionnalisées (chinoise, Ayurvédique Unani, chiropraxie)". On pourrait encore y ajouter les classifications basées sur les théories explicatives : H. FABREGA (1974) avec l'opposition personnel/impersonnel ; G.M. FOSTER (1976) avec la dichotomie personnaliste/naturaliste ; W.J. JONES (1977) avec ses deux paradigmes Naturwissenschaft/ Geistes wissenschaft.

A quoi bon toutes ces classifications qui occupent une si grande place dans la littérature anglo-saxonne ? D'une part, elles témoignent du constant effort des anthropologues pour "introduire un début d'ordre dans l'univers, le classement, quel qu'il soit, possédant une vertu propre par rapport à l'absence de classement", ce en quoi ils rejoignent le souci des sociétés qu'ils étudient (LEVI-STRAUSS 1962 : 16). D'autre part, elles montrent l'emprise de la vision qu'on pourrait dire "autonomiste" - par référence à "holiste" - de l'anthropologie médicale qui consiste à faire comme si la maladie et la médecine pouvaient être isolées de "leurs prolongements sociaux" dans les autres domaines d'activité (AUGE : 1986). A ces taxonomies, on peut faire dans critiques principales. Premièrement, elles traduisent toujours la perspective de l'anthropologue et ne livrent jamais le regard des populations : lorsqu'on oppose médecines moderne et traditionnelles, par exemple, est-on sûr que la différence, telle qu'elle est ressentie par le malade, est plus grande entre le dispensaire du quartier et le guérisseur de son voisinage qu'entre le même dispensaire et l'hôpital qui peut lui apparaître comme une structure inaccessible et étrangère, ou entre l'infirmier et l'herboriste tous deux de son ethnie, qu'entre ce même infirmier et un médecin qui ne parle pas sa langue ? Et deuxièmement, elles fournissent des modèles établis le plus souvent sur des critères culturels, tels que les conceptions de la maladie, et font abstraction des dimensions politiques, économiques, et sociales, à commencer par l'effet de domination que certaines institutions et idéologies exercent sur les autres.

La description qui va suivre se situe en marge des modèles énumérés précédemment. Elle donne une vision "banale" des pratiques thérapeutiques à Pikine, telles qu'elles apparaissent au premier regard, avec d'un côté le système officiel, public et privé, de la médecine moderne, et de l'autre, l'ensemble des personnes qui exercent selon des modalités traditionnelles une activité de soins. Ce n'est qu'au terme de cette "mise à plat" que l'on développera, à travers l'étude des savoirs et des pouvoirs, une analyse sociologique des pratiques thérapeutiques, qui essaie de mettre ensemble les secteurs dits "moderne" et "traditionnel".

## Chapitre I : DISPENSAIRES ET CLINIQUES

### Les Soins de Santé Primaires à Pikine

Ville nouvelle en croissance rapide, Pikine a été le laboratoire du système de santé sénégalais. L'expérience réalisée dans le cadre de la Coopération avec la Belgique non seulement a servi de test pour le développement des services de santé au Sénégal, mais également a contribué à la définition de la politique des Soins de Santé Primaires par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Ata en 1978, le modèle pikinois étant l'un de ceux retenus, à côté d'exemples chinois, indiens ou tunisiens. Mais pour comprendre le système actuel, il faut en resituer l'histoire dans le contexte du développement de la ville.

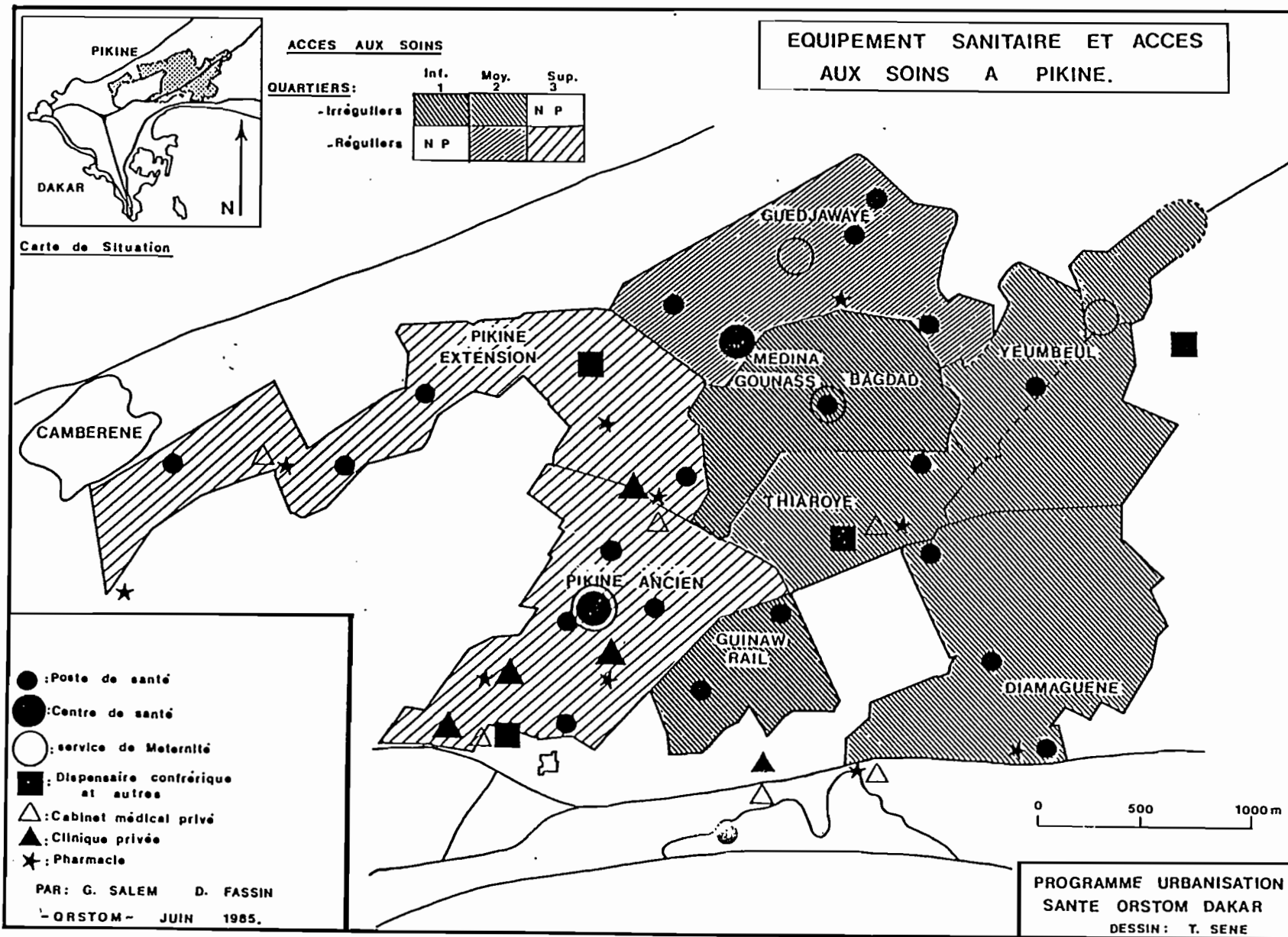
La politique coloniale de déplacement, vers le nord-est du Cap-Vert, des populations vivant dans les quartiers taudifiés du centre de Dakar apparaît dès 1946 dans le Plan Directeur préparé à la Mission d'Urbanisme du Cap-Vert (VERNIERE 1977 : 33), mais le volume de la migration semble avoir été sous-estimé et les mesures en matière d'équipement sont restées insuffisantes jusqu'au début des années soixante-dix. Passant de 8.300 habitants vivant pour la plupart dans des paillottes en 1955 à 132.000 habitants résidant dans des maisons souvent construites en dur en 1970, Pikine s'est doté d'une infrastructure sanitaire selon deux procédures distinctes : d'une part, la mise en place, par la municipalité, de dispensaires et de maternités ; d'autre part, la construction, résultant d'initiatives privées, de dispensaires tenus par des missions religieuses, de cliniques d'accouchement et de pharmacies privées. Dans son rapport sur les équipements médicaux à Pikine, A.P. RASENBERG (1973) dénombre, dans le secteur public : un centre médical (c'est-à-dire ayant un médecin à sa tête), quatre dispensaires, deux maternités, deux centres de protection maternelle et infantile (dont un appartenant à la Faculté de Médecine de Dakar) ; et dans le secteur privé, deux dispensaires de missions catholiques, deux cliniques d'accouchement et deux pharmacies ; la population est alors estimée à plus de 150.000 habitants. On constate à cette époque un relatif sur-équipement de Pikine Ancien et un sous-équipement absolu des quartiers nouveaux de Guedjawaye

où seul un dispensaire catholique est ouvert et draine une population considérable. La mission d'évaluation effectuée par A.P RASENBERG avait été demandée en vue de réaliser un projet de soins de santé de base qui se concrétise en 1975 par la signature d'un accord entre les gouvernements belge et sénégalais.

A partir de 1975, la totalité des postes de santé (nouveau nom des dispensaires publics) passent sous le contrôle du projet, c'est-à-dire sous la double tutelle de la Coopération Belge et du Ministère de la Santé sénégalais ; bien que situées en dehors du projet, les religieuses des dispensaires de mission participent à certaines activités du secteur public comme la formation permanente et la collecte d'information sur les consultations. En 1985, Pikine compte deux centres de santé (Dominique et Roi Baudouin), vingt-quatre postes de santé et sept maternités dans le cadre du projet belgo-sénégalais. Le secteur non lucratif bénéficie également de la contribution de quatre dispensaires catholiques et d'un institut de pédiatrie sociale de la Faculté de Médecine. Pour une population évaluée à un peu plus de 600.000 habitants, c'est donc une structure de soins de santé primaires pour 20.000 habitants ; il n'est peut être pas inutile de rappeler que le Sénégal comptait, en 1983, 450 postes de santé dont 91 privés, soit un pour 12.000 habitants. Pour que le tableau du système public soit complet, il faut y ajouter les programmes de protection nutritionnelle et infantile orientés vers la surveillance et le traitement des malnutritions pour les enfants de moins de cinq ans et les services des grandes endémies qui assurent en général, de façon itinérante et plus récemment de manière intégrée aux autres activités, des vaccinations.

La principale innovation des soins de santé primaires à Pikine est la participation des populations conçue à la fois comme contribution financière (la consultation est payante) et comme contrôle de la gestion (par les comités de santé). Proposée par A.P RASENBERG (1973 : 53), la solution du ticket de consultation donnant droit aux médicaments a été essayée à Pikine, puis généralisée à l'ensemble du Sénégal ; "l'autofinancement" est devenu, pour le projet, un enjeu primordial (JANCLOES 1982), d'autant plus que l'Organisation Mondiale de la Santé

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



CARTE 6 : EQUIPEMENT SANITAIRE ET ACCES AUX SOINS A PIKINE\*

avait discuté à la fin des années soixante-dix la possibilité d'une gratuité des soins primaires, dont le responsable actuel du projet montre les inconvénients dans un texte récent intitulé : "Soins gratuits, maladie pour tous" (JEANNEE 1986). L'analyse est la suivante : la plupart des dispensaires en Afrique sont désertés car ils ne disposent pas de médicaments ; si chaque malade paie une somme modeste, le poste de santé peut fournir la totalité du traitement quotidien, sous réserve que les finances soient sagement gérées et que la prescription tienne compte des contraintes économiques. L'autofinancement est donc associé à deux mesures complémentaires : la constitution de comités de santé choisis par la population et chargés d'assurer le contrôle financier du dispensaire ; et la réalisation de schémas thérapeutiques simples pour soigner au moindre coût ; la première mesure est appliquée depuis plusieurs années, la seconde se met en place actuellement. En 1987, la consultation est de 75 F\* pour un enfant et 150 F pour un adulte ; la somme totale reçue chaque mois sous forme de participation financière des consultants sert pour la moitié à acheter des médicaments, et pour moitié à assurer la gestion du dispensaire (Projet Pikine 1985b). La quantité de produits pharmaceutiques disponibles dans les postes de santé passe ainsi de 3 millions (dotation de l'Etat) à 40 millions de F (autofinancement). Normalement, grâce à ce mode de fonctionnement, les malades devraient recevoir tout leur traitement pour une journée. Qu'en est-il en réalité ?

L'enquête "Accès aux soins" montre que, pour leur dernière maladie, 39 % des femmes ont consulté dans les dispensaires publics et que 79 % d'entre elles ont reçu une ordonnance ; 53 femmes se souviennent de la somme payée pour l'achat des médicaments, qui varie entre 500 et 15.000F, avec une valeur moyenne de 5.200 F (tableaux 2 et 3). Il est certes probable que celles qui ont gardé un souvenir du montant de l'ordonnance ont plus de chances d'être celles qui ont payé les sommes les plus élevées et que, par conséquent, le coût moyen réel soit un peu inférieur. Il n'en reste pas moins que des ordonnances atteignant le tiers ou la moitié du salaire minimum garanti (dont disposent moins de la moitié des ménages) sont régulièrement délivrées, fait que nous avons également relevé au cours des récits de malades. Cette constatation n'a évidemment pas pour but de discréditer l'autofinancement, mais elle amène une question : pourquoi la contribution financière des patients ne permet-elle

---

\* Toutes les valeurs données sont en francs CFA (sauf précision contraire): 50 F CFA = 1FF.

pas d'assurer le traitement quotidien ? Si l'on écarte les cas où la gestion des finances du dispensaire n'est pas saine (des accusations de détournement sont souvent faites, parfois prouvées), deux ordres de raisons apparaissent au cours des entretiens avec les chefs de poste et à travers l'analyse des commandes faites à la pharmacie centrale du projet. D'une part, l'administration inconsidérée de produits peu ou pas efficaces, comme les vitamines données dans de nombreuses affections, déplace le fragile équilibre budgétaire et ne permet pas l'achat par le dispensaire de médicaments actifs, comme les antipaludéens ou les antibiotiques, qui doivent alors être achetés par les malades à la pharmacie. D'autre part, la valorisation de la fonction de prescripteur conduit souvent l'infirmier à délivrer une ordonnance qui peut même parfois porter son nom et ses titres en en-tête. Aussi triviales que puissent paraître ces contraintes financières (pour acheter les médicaments prescrits il faut pouvoir les payer), elles méritent autant l'intérêt des chercheurs que les aspects culturels, plus facilement évoqués pour expliquer les comportements des malades.

Chaque année, on compte environ 750.000 consultations dans les postes de santé (soit 1,25 par habitant), dont 38 % pour des enfants de moins de 5 ans, 46 % pour des jeunes entre 5 et 24 ans, 16 % seulement pour des adultes de plus de 25 ans (enquête "Analyse de la demande de soins", statistiques de septembre 1983). En fait, ces données reflètent très imparfaitement l'activité effective des dispensaires dont le nombre de consultants varie, aux extrêmes (Taïf et Dominique), dans un rapport de 1 à 50 (Projet Pikine, 1985a). Les motifs des consultations sont constitués essentiellement de maladies infectieuses (85 %) dont 27 % de fièvre et paludisme, 22 % de dermatoses et plaies, 15 % de diarrhées et parasitoses intestinales (qui représentent la première cause avant cinq ans), 9 % d'affections respiratoires (enquête "Analyse des demandes de soins", statistiques de septembre 1983). Telles sont les données globales dont il faut rappeler qu'elles concernent le recours aux soins de santé primaires et non la morbidité dans la population.

### La chronique d'un dispensaire

C'est aux abords du terrain de Golf de Dakar - dont le gazon est entretenu à grands frais en ces années de sécheresse - que les habitants des bidonvilles dakarois Champ de courses et Taïba ont été installés en 1978 à la suite d'un incendie de leur quartier. Installés,

**TABEAU 2 : LE RECOURS AU SYSTEME DE SANTE OFFICIEL A PIKINE**  
(Enquête Accès aux Soins auprès de 500 mères)

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

**TABEAU 3 : LE PRIX DE LA SANTE DANS LE SECTEUR OFFICIEL DE PIKINE**  
(Enquête Accès aux Soins auprès de 500 mères)

	Dispensaires Publics N = 189	Dispensaires privés N = 33	Médecins et Cliniques N = 47
Prix de la consultation*			
. enfant	75 F	125 F	3 000 - 4 500 F
. adulte	150 F	250 F	3 000 - 4 500 F
Fréquence de prescription d'une ordonnance	79 %	30 %	100 %
. Coût moyen de l'ordonnance**	5 200 F	3 200 F	13 400 F
. Coût maximal d'une ordonnance***	15 000 F	4 700 F	35 000 F

\* Prix du kg de riz = 160 F - Salaire minimum garanti = 35 000 F

\*\* Le coût moyen est calculé à partir des ordonnances dont se souviennent ou qu'ont gardé les femmes depuis leur dernière maladie ; la valeur donnée est donc probablement surestimée par le souvenir plus marquant des prescriptions les plus coûteuses.

\*\*\* Le chiffre indiqué ne comprend pas les hospitalisations.



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

Le quartier de Golf Sud, qui appartient aux "Extensions" de Pikine, est caractérisé en 1985 par son hétérogénéité sociale, se manifestant dès l'abord par la diversité du bâti : cité HAMO, vitrine pavillonnaire établie en bordure de la route qui longe le terrain de golf, et offrant l'apparence propre de ses maisons dont la construction rappelle plus les plans européens que l'aménagement spatial des concessions africaines ; maisons à étages appartenant, pour plusieurs d'entre elles, à des travailleurs soninké, émigrés en France, et louées à des ménages récemment installés ; constructions basses en ciment jouxtant des baraques en bois dans une même concession et témoignant d'une volonté des habitants de "durcifier" leur logement ; un peu plus loin, les premières HLM (HLM Las Palmas) profilent leurs étages. Le quartier s'étend ainsi, régulier et hétérogène, entre la route qui joint le nord de Dakar et le centre de Pikine, et la Grande Niaye, cuvette verdoyante en contrebas où la faible profondeur de la nappe phréatique permet la culture de légumes et de riz.

Si les infrastructures (eau, électricité) ont été assez rapidement mises en place et si l'école primaire a été ouverte dès la première année, en revanche il a fallu attendre 1982 pour que le dispensaire, construit par le Projet de soins de santé primaires, soit ouvert au public, c'est-à-dire qu'un infirmier lui soit affecté. Un an plus tard, le président de l'Association pour la Promotion de la Santé réunissait les notables et les habitants pour leur demander de constituer un comité de santé assurant la gestion du dispensaire. Le contrôle du comité devenait alors un enjeu local puisque la présidence d'honneur était disputée entre les deux notables qui se déclaraient l'un et l'autre

délégué du quartier et faisaient flotter, sur le toit de leurs maisons situées de part et d'autre d'une ruelle, le drapeau affirmant symboliquement leur prééminence. En fait, en deux ans, le Bureau du Comité s'est réuni cinq fois, l'Assemblée Générale n'a jamais été convoquée, et l'activité principale s'est résumée aux comptes hebdomadaires établis par Fatou Mbacke la trésorière, Oggo Diop le président, et Bosse Diop le chef de poste.

Au bout de trois années, le dispensaire n'a toujours pas convaincu la population. Les bancs de consultations ne sont même pas remplis le matin. Sur les vingt mères interrogées dans le quartier (deux groupes de dix, tirées au sort), dix huit déclarent que le dispensaire de Golf Sud est le plus proche de chez elles, mais seulement sept disent y avoir recours habituellement et quatre y ont effectivement consulté à l'occasion de leur dernière maladie (enquête "Accès aux Soins"). La plupart du temps, elles préfèrent aller dans un autre dispensaire (au moins à trois kilomètres), ou se rendre à Dakar (à l'hôpital ou chez le médecin), alors qu'elles n'habitent qu'à une centaine de mètres du dispensaire. On pourrait penser que le meilleur niveau de vie dans ce quartier incite les femmes à consulter plus facilement dans le secteur privé. En fait, il n'en est rien dans cet échantillon puisque, parmi les neuf femmes dont les maris sont salariés, sept ne vont pas au dispensaire de Golf Sud, contre neuf parmi les onze dont les maris travaillent dans le secteur dit informel (commerce, artisanat...). c'est donc le dispensaire qui joue comme un repoussoir plutôt que la médecine libérale qui interviendrait comme un pôle d'attraction.

Le personnel du poste de santé comprend deux infirmiers d'Etat - ce qui est exceptionnel puisque, pour vingt-quatre dispensaires en 1983, on ne comptait que neuf infirmiers (Projet Pikine, 1983) -, trois "bénévoles" et un vendeur de tickets. Les infirmiers sont fonctionnaires ; les bénévoles sont rémunérés sur la base théorique de 15 % des recettes, ce qui leur donne un salaire mensuel de 5.000 F pour chacune des deux jeunes filles et 10.000 F pour Mamadou Niang qui est père de trois enfants ; le vendeur de tickets reçoit 10 % des recettes, soit environ 10.000 F par mois.

Le chef de poste, Bosse Diop, est venu à Pikine au terme de trente-six années de pratique comme agent sanitaire, puis infirmier, enfin aujourd'hui technicien supérieur avec spécialisation en odontologie. Il habite une maison située dans l'enceinte du dispensaire où il vit avec sa femme et ses enfants. Il perçoit de l'Etat un salaire de 120.000 F à quoi s'ajoutent les indemnités de circoncision (3000 F l'acte) et les dons des malades.

Il ne consulte que lorsqu'il s'agit de soins dentaires ; pour les autres problèmes de santé, il se contente de superviser le bénévole ou l'infirmière qui assurent la consultation, leur dictant à l'occasion une ordonnance. Il est vêtu à l'occidentale le plus souvent et ne porte jamais la blouse blanche à laquelle il préfère le costume gris ; lorsque, dans les cas difficiles, on se réfère à lui, on l'appelle docteur. Il occupe la fonction de secrétaire général chargé des revendications au Syndicat des Travailleurs de la Santé, affilié à la CNTS (Confédération Nationale des Travailleurs Sénégalais, proche du Parti Socialiste) ; il est par conséquent souvent absent du dispensaire à cause de réunions syndicales. Ainsi, malgré une présence effective peu importante, il exerce un contrôle à tous les niveaux de l'activité du poste de santé : consultations, décisions, gestion.

Les soins ont longtemps été assurés pour une bonne partie par un bénévole, Mamadou Niang. Originaire de la Région du Fleuve, c'est un Peul d'une trentaine d'années. Il est allé à l'école jusqu'au cours moyen première année, puis a travaillé comme berger pendant trois ans, avant de venir aider l'infirmier du dispensaire de son village qui lui a prêté des livres ; c'est auprès de son successeur, un agent d'assainissement affecté au dispensaire, qu'il a appris "les piqûres et les pansements, un peu d'anatomie et à tenir les comptes". Progressivement, explique-t-il, "j'ai commencé à consulter seul ; il y avait entre dix et quarante malades par jour ; je n'étais pas payé mais les gens donnaient quelque chose, cinquante francs, ou cinq cents francs, ou une poule". En 1981, il est venu à Dakar chercher du travail et n'a trouvé un emploi qu'au bout de six mois au dispensaire de Golf Sud qui venait d'ouvrir ; il a pu ainsi faire venir sa femme et sa fille alors âgée d'un an. Ce qu'il reçoit actuellement pour son travail représente le tiers du salaire minimum garanti au Sénégal : "je touche dix mille francs, parfois moins ; quand on se déplace, ou bien en consultant ici, parfois les gens donnent un petit quelque chose ; je ne demande rien, si tu me donnes c'est bon". Pour cette rémunération, il a une présence quotidienne quasi-permanente, au cours de laquelle il assurait presque toutes les consultations jusqu'à l'arrivée de l'infirmière en 1984 ; depuis, il continue à donner des soins (consultations, pansements), dont la qualité est généralement reconnue par les patients qui l'appellent parfois "docteur Niang". Mais son salaire ne lui a pas permis d'installer véritablement sa famille : il vit chez un oncle paternel à Pikine Ancien et a dû, en 1985, faire rentrer au village sa femme et ses trois enfants aux besoins desquels il ne pouvait plus

subvenir. Il s'est inscrit pour le concours de l'Ecole d'Agents Sanitaires de Dakar et passe ses soirées à étudier dans de vieux manuels de français et d'algèbre. Ainsi, sans aucune formation théorique scientifique, sans sécurité d'emploi, comme l'a montré la grève des professionnels de la santé de 1985 au cours de laquelle ils ont été menacés de perdre leur poste, mais aspirant à une reconnaissance de leurs compétences, les bénévoles accomplissent, dans les postes de santé, des tâches qui vont de la réalisation des injections et des pansements à l'activité diagnostique et thérapeutique de consultation, et pour lesquelles ils ne reçoivent qu'une maigre rémunération et un peu de prestige.

A quoi ressemble une journée au dispensaire de Golf Sud ? Elle commence vers 8 heures pour les malades qui viennent acheter leur ticket et vers 9 heures pour le personnel soignant. Le matin, l'infirmière d'origine guinéenne et Mamadou Niang assurent souvent la consultation ensemble : ce sont donc deux malades qui se présentent simultanément, chacun avec son accompagnateur, pour être examinés dans la petite salle où ils sont interrogés debout, les deux soignants étant assis en face d'eux. L'examen clinique comprend un interrogatoire sommaire faisant préciser le symptôme, mais rarement les antécédents ou l'histoire ; parfois une prise de pouls ou de tension ; quant à la recherche de signes par la palpation ou l'auscultation, elle n'est réalisée que lorsqu'il s'agit d'un problème gynécologique ; dans les autres cas, le malade ne se déshabille, ni ne s'allonge pour être examiné. La consultation se termine le plus souvent par la rédaction d'une ordonnance, à laquelle on associe, pour commencer le traitement, des comprimés ou une injection qui sont donnés sur place. De l'entrée du malade à sa sortie de la salle de consultation, il s'écoule moins de cinq minutes : les études chronométriques réalisées au poste de santé de Las Palmas par B. FRANCOIS (1984) et au dispensaire Municipal II par G. DALLEMAGNE (1984) montrent respectivement une durée de deux minutes et demie et trois minutes pour les nouveaux malades, une minute et demie et trente secondes pour les anciens patients ; les soins (injection, pansement) prennent en moyenne trois minutes ; ainsi, avec une attente moyenne avant la consultation qui s'échelonne entre cinq et quarante-cinq minutes, le malade passe au total moins d'une heure au dispensaire. Quelques remarques sont ici nécessaires.

Assister en observateur à la consultation d'un dispensaire, lorsqu'on est étranger, et de surcroît médecin, pose un double problème, méthodologique et éthique. En effet, d'une part il est évident que la présence de l'observateur peut modifier considérablement l'observation, l'infirmier cherchant notamment à "bien faire" son travail, comme s'il était placé devant un inspecteur, et à obtenir l'avis diagnostique et thérapeutique du médecin. Pour diminuer cette interférence observateur observé, ou tout au moins retirer à mes visites leur caractère de contrôle, je suis venu de nombreuses fois au dispensaire sans assister à la consultation, m'entretenant simplement avec les différents agents du personnel. Ce n'est qu'au bout de trois mois, après une demi-douzaine de visites informelles que j'ai commencé à assister aux consultations, à l'écart - et sans, pour autant, prétendre faire oublier ma présence. Mais d'autre part, il ne pouvait pas être question de rester neutre ou passif, notamment de ne pas intervenir pour donner un conseil ou rectifier un traitement, lorsque j'étais sollicité devant un cas difficile ou grave. Comment ne pas suggérer un autre choix thérapeutique, par exemple, lorsqu'une jeune femme se plaignant de malaises fréquents et tenant à peine sur ses jambes, reçoit un antihypertenseur qui risque d'aggraver son état, alors qu'elle est exsangue à la suite d'hémorragies abondantes secondaires à un accouchement, et qu'elle a au contraire besoin de restaurer son volume sanguin ? D'ailleurs, dans ces situations délicates, les soignants se sont toujours montrés reconnaissants de l'aide apportée. Quoi qu'il en soit, sous ces deux aspects - méthodologique et éthique -, l'observation participante dans une consultation de dispensaire est particulière par la position de l'observateur - considéré comme celui qui sait et qui sanctionne -, de l'observé - qui veut paraître ce qu'il croit être bien -, et de l'observation - où l'enjeu est la santé, parfois la vie, d'un malade. Ces remarques sur la méthode étant précisées, deux constatations peuvent être faites sur le déroulement de la consultation.

En premier lieu, la démarche du soignant face au malade va le plus souvent du symptôme au traitement, sans passer par un diagnostic de maladie ou d'étiologie ; à la différence du médecin et du guérisseur qui vont du signe à sa cause présumée, pour agir - idéalement - sur celle-ci, le soignant au dispensaire néglige, dans la majorité des cas, cette étape intermédiaire et donne par conséquent un traitement symptomatique. Cette démarche rappelle d'ailleurs les modèles largement diffusés dans le Tiers-Monde par l'Organisation Mondiale de la Santé - "conduite standardisée", "algorithme de décision". Néanmoins, dans ces modèles, la

cause probable du symptôme est prise en compte dans la construction de l'algorithme de décision : ainsi, dans une région donnée, on sait que le paludisme est une cause fréquente de fièvres aiguës, donc on décide que tout malade se plaignant d'avoir "le corps chaud" sera traité par des antipaludéens, sans procédure diagnostique ; au contraire, dans la pratique des soignants de dispensaire, il y a souvent ellision de la recherche étiologique (si, pour "le corps chaud", on donne une injection d'un cocktail vitaminique ou d'un antibiotique, c'est souvent sans notion précise de la cause de la fièvre, en l'absence d'examen clinique ou de conduite standardisée). La fréquence de la suppression de l'étape diagnostique dans la pratique d'un soignant varie à l'inverse de la durée de sa formation académique : elle est grande chez le bénévole qui a le plus souvent appris à soigner en regardant faire un autre, elle est faible chez l'infirmier qui a reçu un enseignement théorique. Cette variation tient certes à la compétence technique du soignant qui lui permet d'établir des diagnostics, mais peut-être plus encore à sa volonté d'affirmer cette compétence à travers son diagnostic ; comme le disait Bosse Diop à une réunion des chefs de poste, "écrire des symptômes, c'est bon pour celui qui n'est pas diplômé, mais l'infirmier d'Etat, lui, sait bien reconnaître les maladies".

En second lieu, la relation soignant-soigné à la consultation du poste de santé présente des caractéristiques qui la différencie de la relation habituelle du thérapeute - médecin ou guérisseur - avec le malade: le contact qui s'établit au dispensaire est à la fois bref, impersonnel et purement verbal. La brièveté a déjà été signalée, elle est particulièrement nette pour un patient vu pour la seconde ou la troisième fois. L'impersonnalité se traduit par la suppression de formules de salutations, l'interrogatoire simultané de deux malades ou accompagnateurs par les deux soignants, l'absence de références aux antécédents personnels ou familiaux ; elle est d'autant plus manifeste que les rares consultations personnalisées ont souvent lieu en dehors des horaires habituels (en fin de matinée ou en début d'après-midi), lorsqu'une personne amène un parent malade, en demandant à voir le chef de poste qu'il connaît à titre personnel. Enfin, l'expression même de la relation soignant-soigné se fait sur le mode presque exclusivement verbal ; le contact physique de la main qui examine est généralement absent, sauf parfois la prise de pouls ou de tension et l'examen de la conjonctive de l'oeil pour y rechercher un signe d'anémie ; la distance est encore augmentée par la position des protagonistes, le malade souvent debout, le

soignant toujours assis derrière son bureau, occupé à remplir le cahier de consultation et à rédiger l'ordonnance. On pourrait penser que ce mode de relation est la conséquence de la surcharge des consultations : cette hypothèse serait peut être vérifiée dans certains dispensaires où se pressent chaque matin une centaine de malades pour un seul consultant (à Nimzatt, Deggo, Municipal II, par exemple), encore que G. DALLEMAGNE note pour ce dernier dispensaire que, quel que soit le nombre de consultants, la durée de chaque consultation y demeure invariable (1984) ; de toute façon, elle ne peut être soutenue à Golf Sud où l'on compte une trentaine de malades chaque jour pour trois soignants potentiels.

En raison des difficultés propres à l'observation de la vie d'un dispensaire qui ont déjà été soulignées, et en particulier du temps nécessaire pour établir une relation de confiance et diminuer le poids de la présence de l'observateur, il n'a pas été possible d'avoir dans d'autres dispensaires des contacts de la même qualité qu'à Golf Sud. Néanmoins, à partir d'une dizaine de passages (observation et entretiens) dans les dispensaires de Deggo et de Daroukhane, situés, pour le premier, au coeur des quartiers irréguliers de Medina-Gounasse, et pour le second, dans les quartiers réguliers de Guedjawaye, on peut relever des similitudes et des différences. En ce qui concerne la démarche diagnostique et thérapeutique d'une part, et la qualité de la relation soignant-soigné d'autre part, les constatations sont les mêmes, aux différences de personnalité ou de compétence près, et compte tenu du nombre beaucoup plus élevé de consultants. En revanche, en ce qui concerne la place occupée par chacun des soignants, les différences sont notables, les deux chefs de poste de ces dispensaires ayant une activité de consultation effective et leurs assistants "bénévoles" ne faisant que les remplacer en cas d'absence ; de plus, dans le cadre de leur formation, tous deux ont effectué un stage de quatre mois en médecine communautaire à l'Ecole de Santé Publique d'Anvers grâce à un financement du Projet de soins de santé primaires de Pikine.

Dans ce tableau de l'activité des dispensaires, une absence peut paraître remarquable : celle des médecins. Les postes de santé fonctionnent en effet sans leur participation aux activités curatives, en dehors d'une supervision. Les six médecins du projet consultent dans les deux centres de santé (carte 6) - l'un à Pikine Ancien (Dominique), l'autre à Guedjawaye (Roi Baudouin). Il s'agit de deux généralistes sénégalais - dont l'actuel médecin-chef du département de Pikine -, et de

quatre médecins belges (un généraliste chef du projet, un pédiatre, une gynécologue et un psychiatre). Chacun consulte deux matinées par semaine ; de plus, ils assurent la supervision des dispensaires, la formation permanente du personnel, les activités de recherche, et la gestion du projet ; sur ce dernier aspect, ils bénéficient de l'assistance d'un ingénieur et d'un économiste belge. En principe, conformément à la stratégie de soins de santé primaires, les médecins publics de Pikine ne constituent qu'un deuxième niveau de recours pour les cas graves ou difficiles vus d'abord au dispensaire.

### Le "secteur" aux deux visages

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

L'histoire des dispensaires privés du département de Pikine est une histoire de pionniers. En 1958, alors que le village commence à se transformer en une petite ville de 12.000 habitants, l'évêque de Dakar, Mgr LEFEBVRE, sur la demande de la communauté chrétienne, fait appel à des congrégations religieuses en Europe pour assurer le financement du dispensaire Notre-Dame du Cap-Vert qui s'installe à Khouroumar - le quartier des Maures -, à l'entrée de la ville ; à cette époque, deux dispensaires publics fonctionnent. En 1970, l'agglomération compte 130.000 habitants et s'étend vers le nord-est jusque dans les sables de Guedjawaye; les dispensaires municipaux sont tous situés à Pikine Ancien ; pour les milliers d'habitants qui s'installent au nord de la route des Niayes, il est nécessaire de faire plusieurs kilomètres pour trouver un poste de santé ; une religieuse mariste de Khouroumar loue une maison à Guedjawaye et ouvre une consultation, assistée de deux pikinois qui font les injections et les pansements, et d'une jeune femme qui assure la partie diététique ; en 1973, grâce à des dons, en particulier du Lyon's Club Baobab de Dakar, un dispensaire est construit. En 1978, sur le Front d'Urbanisation à l'est, entre les quartiers de Yeumbeul et le village de Malika dont les habitations les plus périphériques se rapprochent et vont bientôt former une même agglomération, les soeurs franciscaines de Yeumbeul ouvrent le dispensaire Léopold grâce à un financement italien ; à l'époque, il est entouré par un camp militaire français, un verger et des



étendues de sable avec quelques maisons ; aujourd'hui, c'est un quartier où chaque parcelle est construite. Dans les trois cas (pour le dispensaire de Thiaroye situé aux confins du noyau lebou, je ne dispose pas de son histoire), le poste de santé est construit en réponse à un besoin sanitaire nouveau et en anticipation à la croissance démographique et spatiale de la ville. Le caractère pionnier de l'entreprise missionnaire pourrait d'ailleurs également être recherché dans les expériences de centres de réhydratation de nourrissons et d'éducation nutritionnelle dans les quartiers, qui ont été reprises dans le secteur public à partir de 1975.

La différence la plus spectaculaire entre un dispensaire public et un dispensaire privé est dans le volume de la consultation : quand les postes de santé ont entre 30 et 80 malades (en comptant "nouveaux" et "anciens") chaque jour, jusqu'à 150 pour les plus actifs, les dispensaires des missions de Pikine et de Guedjawaye en comptent chacun 100 à 150 pour les adultes et 150 à 200 pour les enfants soit deux fois l'activité des plus gros postes publics (rapports mensuels 1984-1985). Dès sept heures du matin, plusieurs centaines de femmes et d'enfants attendent dans la cour du dispensaire. La consultation commence à sept heures et demie et se termine vers treize heures. Chaque malade est vu par l'une des deux "soeurs" - selon qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte. L'interrogatoire et l'examen sont encore plus sommaires qu'au dispensaire, d'autant que, sur le temps de consultation - une à deux minutes -, il faut prendre le temps de la traduction, lorsque des explications délicates sont nécessaires (les cinq religieuses comprennent assez bien le wolof). La somme payée est de 125 F pour un enfant, 250 F pour un adulte, et comprend le traitement pour la journée ; dans 30 % seulement des cas une ordonnance est délivrée ; le coût moyen des médicaments prescrits est de 3200 F (tableau 3). A côté de la consultation, le centre de récupération nutritionnelle permet de garder, nourrir et surveiller les enfants malnutris (une cinquantaine) avec lesquels leur mère passe la journée ; des plats sont préparés en commun et des conseils diététiques sont donnés, le centre est gratuit et les femmes doivent revenir chaque jour jusqu'à ce que l'enfant ait retrouvé son poids.

De quoi provient la confiance des pikinois dans les dispensaires privés ? En effet, alors que ceux-ci ne représentent que quatre des trente structures de soins de santé primaires, ils attirent 7 %

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

La médecine libérale est l'autre visage du secteur privé. Elle est récente à Pikine : le premier médecin s'y est installé en 1970, suivi par un gynécologue en 1974 ; trois médecins ont ouvert un cabinet entre 1977 et 1979 ; le dernier en date, en 1983, est l'ancien médecin-chef du département de Pikine. Leur répartition géographique est déséquilibrée puisque quatre sont installés à Pikine-Ancien, un à Thiaroye, un à Pikine-Extensions ; la zone régulière de Guedjawaye et tous les quartiers irréguliers sauf Thiaroye sont dépourvus de praticiens du secteur privé ; l'enquête "Accès aux soins" révèle que les trois zones d'élection sont les trois (sur huit) où le niveau socio-économique est le plus élevé (tableau 4). Leur origine est diverse : l'un est béninois mais a fait ses études à Dakar où il a été chef de service de gynécologie à l'hôpital Le Dantec de 1936 à 1952 ; un second est haïtien, généraliste, venu chercher du travail au Sénégal en 1979 et installé à Pikine directement ; les quatre autres sont sénégalais, deux Wolof, un Toucouleur et un Malinké. Tous exercent comme généraliste, mais trois ont de plus une spécialité en gynécologie-obstétrique. Tous ont un cabinet médical, mais deux ont également une clinique où ils hospitalisent des malades, et dont il est difficile de connaître le nombre actuel de lits (38 en 1983, mais la plupart ont semble-t-il été supprimés, à la suite d'interdictions judiciaires). A cet exercice privé par des médecins, il faut ajouter deux cliniques d'accouchement, dirigées par des sage-femmes, où des

consultations de gynécologues et de pédiatres dakarois ont lieu ; elles sont toutes deux à Pikine Ancien, dont elles viennent encore renforcer la situation prééminente en matière de structures privées ; l'une d'elles date des premières années de Pikine (1959), la seconde est d'installation récente (1983). Ainsi en 1985, la totalité des lits d'hospitalisation (médecine, chirurgie et maternité) de Pikine étaient privés, toutes les structures publiques se trouvant à Dakar ; l'ouverture d'un service de médecine disposant d'un petit nombre de lits au centre du Roi Baudouin à la fin de 1985 devait permettre de commencer un petit secteur hospitalier public sur place, à Pikine.

**TABLEAU 4 : LA MEDECINE LIBERALE A PIKINE**

		Origine	Installation	Spécialité	Situation *	Motivation	Résidence
Médecins	1	Béninois	1970	Gynécologue	Retraité	Financière	Dakar
	2	Toucouleur	1974	Gynécologue	Retraité	Financière	Dakar
	3	Malinke	1977	Généraliste	Démisionnaire	Financière	Dakar
	4	Wolof	1979	Généraliste	Démisionnaire	Financière	Pikine
	5	Haïtien	1979	Généraliste	Coopérant	Humanitaire	Dakar
	6	Wolof	1983	Généraliste	Retraité	Financière	Pikine
Cliniques	1	Métis (Franco-sénégalaise)	1959	Sage-Femme	Soins	Humanitaire	Cambérène
	2	Wolof	1983	Sage-femme	Gestion	Financière	Dakar

\* La "situation" décrit : pour les médecins, leur rapport avec le secteur public ("retraité" ou "démisionnaire" sous-entend donc "de la Fonction Publique pour s'installer dans le secteur privé") ; et, pour les sage-femmes, leur activité, qui est soit de soins et accouchement, ou bien de pure gestion et administration.

Les motivations déclarées pour l'installation dans ces quartiers pourtant globalement défavorisés, donc a priori peu propices à un exercice libéral, sont de deux ordres (pour les six médecins et les deux sage-femmes) : d'une part, une vocation humanitaire retrouvée chez deux d'entre eux ("pour travailler dans les quartiers populaires, tout en restant près de Dakar", "parce que j'y suis plus utile qu'à Dakar") ;

d'autre part, un intérêt financier, plus ou moins nettement affirmé par les six autres ("ici j'ai moins de travail qu'à l'hôpital, je suis moins fatigué et je gagne beaucoup mieux ma vie", "mes revenus sont quatre fois plus élevés que dans le secteur public, je regrette de n'y être pas venu plus tôt"). D'ailleurs, le degré d'investissement personnel à Pikine, tel qu'on peut le mesurer à travers le lieu d'habitation, est très faible : deux seulement y résident (et ce ne sont pas les mêmes que ceux qui déclarent oeuvrer dans un but humanitaire) ; les six autres ont leur maison à Dakar. Quant à leurs itinéraires professionnels, trois des six médecins sont des retraités de la Fonction Publique, et deux ont donné leur démission.

Le prix de la consultation est de 3.000 F pour ceux qui bénéficient d'une protection sociale (Instituts de Prévoyance Maladie, qui ont un tarif fixe de remboursement) et 4.500 F pour ceux qui n'ont pas de prise en charge ; le dimanche, il est respectivement de 7.500 F et 4.800 F ; la nuit, il s'élève à 11.500 F et 7.200 F. Le tarif de journée d'hospitalisation varie de 4.800 F en troisième catégorie à 12.500 F en première. Le montant d'un accouchement est compris entre 28.000 et 43.000 F selon les endroits ; il faut y ajouter 5 jours d'hospitalisation et dans certains cas les médicaments, soit un coût total allant de 55.000 à 100.000 F. Dans ces conditions, les 10 % de femmes qui ont consulté dans le secteur privé, à Pikine ou à Dakar, pour leur dernière maladie, et les 8 % qui y ont accouché appartiennent aux classes les plus aisées (enquête "Accès aux soins"), soit salariées et bénéficiant d'une protection sociale, soit commerçantes le plus souvent et ayant des revenus relativement élevés ; un cas particulier est celui des fonctionnaires et des militaires, théoriquement pris en charge par leur système d'Imputation Budgétaire, mais refusés par la totalité des médecins de Pikine qui déclarent n'être jamais remboursés par la Caisse de leurs patients. Actuellement, soit conséquence d'une dégradation du pouvoir d'achat des Pikinois, soit effet d'une modification de l'offre de soins avec l'ouverture de nouveaux cabinets privés et dispensaires publics, tous les praticiens du secteur libéral déclarent constater une diminution nette des effectifs de leur clientèle : dans l'un des cabinets, on est passé de 300 à 150 consultants par mois, dans un autre de 30 à 10 patients par jour, dans l'une des cliniques de 150 à 80 accouchements par mois, et ce en

quelques années. De plus, en 1986, l'un des médecins a dû quitter Pikine et l'une des deux cliniques a fermé ses portes, dans les deux cas pour défaut de rentabilité. Malgré cette relative désaffection, le secteur privé à but lucratif représente environ le dixième de l'activité de soins et de maternités à Pikine (enquête "Accès aux Soins"). Pourtant, il n'apparaît jamais dans les évaluations officielles.

### Le voyage à Dakar

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

Lorsque le père de Ndeye Mati D. s'est rendu compte que sa fille ne contrôlait toujours pas ses urines à près de quinze ans, et que les châtiments infligés par la mère restaient sans effet, il s'est mis à chercher des recours possibles. Etant retraité des chemins de fer de l'époque coloniale et portant une grande confiance à la médecine moderne, mais estimant que ce type de problème dépassait les compétences de l'infirmier du dispensaire, il s'est résolu à commencer par l'hôpital ; et comme il possède, grâce à sa retraite, une protection sociale, il a choisi l'Hôpital Principal, payant mais pris en charge, et de meilleure

réputation que les hôpitaux publics gratuits. Le premier jour, il est allé à Dakar seul chercher une "imputation budgétaire" auprès de la Caisse de Sécurité Sociale, afin de pouvoir accéder à l'hôpital. Le second jour, il est allé avec sa fille aux urgences où elle a été examinée et où des examens complémentaires ont été prescrits. Le troisième jour, il est retourné chercher une "imputation budgétaire" pour ces examens. Le quatrième jour, il est revenu avec Ndeye Mati pour la prise de sang et un rendez-vous lui a été donné pour la radiographie. La semaine suivante, la jeune fille accompagnée par son père a pu faire cet examen. Quelques jours plus tard, le père est passé chercher les résultats des diverses investigations, puis est allé se munir d'une nouvelle "imputation budgétaire" pour une seconde consultation. Lorsqu'il s'est présenté aux urgences le lendemain, avec Ndeye Mati, il a été reçu par un médecin différent qui, considérant ce premier bilan négatif, a demandé de nouvelles investigations biologiques. Un second circuit, identique au premier, a mené le père de sa Caisse de Sécurité Sociale au laboratoire de l'hôpital pour y pratiquer les examens, puis y récupérer les résultats, avant de se présenter pour une troisième consultation aux urgences : cette fois, le médecin - différent des deux premiers - va demander l'avis du Professeur d'Urologie qui examine le dossier et l'enfant, et demande une urographie, avant d'entrer au bloc opératoire.

Lorsque j'ai vu le père de Ndeye Mati, l'histoire en était là, car le coût de cet examen (55.000 F, c'est-à-dire un peu plus du double de sa retraite mensuelle, qui lui sert à nourrir treize personnes) ne lui permettait pas de le réaliser. Entre temps, il s'était d'ailleurs laissé convaincre par sa femme d'aller voir un marabout. L'épisode hospitalier a donc duré trois semaines, dont onze journées passées à Dakar. Comme il habite dans le centre de Pikine et à une certaine distance d'un terminus routier, le transport de chez lui à l'hôpital (ou à sa Caisse) est d'environ deux heures dans chaque sens (une heure d'attente et une heure de trajet) ; à ces quatre heures, il faut ajouter l'attente à la consultation (ou à l'administration) qui n'est jamais inférieure à deux ou trois heures, d'autant plus qu'à cause de la durée des voyages, il n'arrive jamais à Dakar avant 9 ou 10 heures ; il faut donc compter six à huit heures pour chacun des onze déplacements. Quant aux dépenses occasionnées, la prise en charge ne couvrant que 80 % des frais, elle est déjà de 20.000 F (sans compter les transports), soit presque sa retraite mensuelle de 26.000 F. Au terme de ce coûteux périple, il ignore tout de la maladie de sa fille (on ne lui a rien dit et il n'a rien osé demander)

et il n'y a eu aucun commencement de traitement ; pourtant, il garde confiance en la médecine hospitalière, essayant de réunir la somme nécessaire pour l'urographie.

Les deux autres exemples concernent des situations plus aiguës et plus dramatiques. Khardiata T. a perdu son premier enfant au village alors qu'il était âgé d'une semaine ; au troisième trimestre de sa seconde grossesse - elle a à ce moment 18 ans et vit dans le quartier de Medina-Gounasse -, une hémorragie abondante se produit dans la nuit ; au matin, elle part à la maternité de Pikine, distante de trois kilomètres ; devant l'importance du saignement, son transfert à Dakar est décidé ; pour payer l'ambulance et l'admission à l'hôpital, il faut 2000 F qu'elle n'a pas ; la soeur de son mari, qui l'accompagne, retourne à leur domicile et se fait prêter la somme par des voisins ; lorsqu'elle revient deux heures plus tard, l'ambulance est partie conduire une autre malade et les deux femmes doivent prendre un taxi ; à l'hôpital Le Dantec, Khardiata T. accouche quelques heures plus tard d'un mort-né de sept mois ; sans discuter les conséquences médicales du retard à l'hospitalisation, ce sont plutôt le retentissement psychologique et la signification générale qui doivent être envisagés, tout comme à propos du dernier exemple. Fatou N. était la cousine d'un enquêteur de notre équipe ; elle avait 16 ans ; une fièvre brutale accompagnée de violents maux de tête avaient conduit ses parents aux urgences de l'hôpital Fann ; trois jours consécutivement, elle s'était présentée dans un état qui s'aggravait progressivement, mais n'avait pu être admise faute de places disponibles ; le quatrième matin, le caractère alarmant de la symptomatologie entraînait son hospitalisation et dans l'après-midi, elle mourait de ce qui a été identifié ensuite comme une fièvre typhoïde, c'est-à-dire une maladie infectieuse presque toujours curable. Ici encore, ce n'est pas l'aspect médical, bien évidemment dramatique, qu'il s'agit de mettre en évidence, mais plutôt le fonctionnement du système hospitalier, mieux compréhensible à bien des égards à travers ces quelques cas qu'à travers les analyses purement formelles qu'on peut en faire.

Le premier exemple illustre, à propos d'une maladie chronique avec un retentissement social majeur - l'énurésie devient un problème grave au moment où l'on songe au mariage -, les difficultés d'accès aux soins dans les structures hospitalières : coût financier et humain de ces journées perdues ; dépersonnalisation des rapports avec des praticiens chaque fois différents ; absence de communication entre médecin et malade ;

à quoi il faut ajouter, car il s'agit d'un service payant, la lourdeur bureaucratique de la prise en charge. Les deux autres récits mettent en évidence, à l'occasion de problèmes médicaux urgents et graves, l'inadéquation des structures d'accès aux soins hospitaliers publics : dans le premier cas, faute d'argent immédiatement disponible, pas de transport et pas d'admission ; dans le second cas, faute de place, pas d'hospitalisation. C'est pour cette difficile accessibilité à l'hôpital que l'on peut dire que se soigner dans le service public à Dakar correspond à une démarche différente de se soigner dans son quartier et que, malgré la distance qui est seulement d'une vingtaine de kilomètres, on peut déjà parler de "voyage".

Des 3523 lits d'hospitalisation que comptaient les onze hôpitaux du Sénégal en 1979, 2124 se trouvaient dans cinq hôpitaux du Cap-Vert, et en l'occurrence de Dakar, et sur les 413 médecins exerçant au Sénégal, 306 pratiquaient dans la région du Cap-Vert, essentiellement à Dakar, et pour la plupart dans le secteur hospitalier (WONE 1984). Ce déséquilibre explique que la capitale attire les malades, aussi bien de la banlieue que des régions les plus lointaines. Dans les hôpitaux publics non payants (Fann, Le Dantec, Abass Ndao), la famille n'a que les frais d'admission et les repas à payer ; mais il est très difficile d'y obtenir une place et il y manque beaucoup de médicaments. Dans les structures payantes, publiques (Hôpital Principal) ou privées (cliniques), les frais de consultation et d'hospitalisation - sur la base théorique de 5.000 à 12.000 F par jour selon la catégorie choisie par le patient - sont pris en charge à 80 % par l'Institut de Prévoyance Maladie de leur entreprise s'ils sont salariés ou par l'Imputation Budgétaire de l'Etat s'ils sont fonctionnaires, en totalité par eux-mêmes s'ils sont travailleurs indépendants (tableau 6).

Mais il est des cas où le voyage à Dakar peut être une entreprise moins pénible et moins coûteuse. D'une part, quand il s'agit de consulter au dispensaire de l'entreprise dont les prestations (soins et médicaments) bénéficient aux salariés et à leur famille (femmes et enfants) ; ce recours représente 3 % des consultations des femmes et 2 % des consultations des enfants (enquête "Accès aux soins") ; pour les hommes, la proportion doit être bien supérieure ; la situation de salarié offre, outre la relative sécurité financière, une réelle assurance maladie sous la forme de soins gratuits ou de frais remboursés. D'autre part,



TABLEAU 6 : TARIFICATION DES SOINS AU SENEGAL (TARIFS SYNDICAUX 1985 EN F CFA)

MEDECINE AMBULATOIRE	REGIME NORMAL	REGIME I.P.M.
Consultation Médecine Générale	4.500	3.000
Visite Médecine Générale	7.500	4.800
Consultation Spécialité	8.500	6.000
Visite spécialité	10.500	7.800
Consultation Médecine Générale Dimanche	7.500	4.800
Visite Médecine Générale Dimanche	11.500	7.200
Consultation Spécialité Dimanche	11.500	7.200
Visite Spécialité Dimanche	15.000	9.600
Consultation Médecine Générale Nuit	11.500	7.200
Visite Médecine Générale Nuit	12.500	8.400
Consultation Spécialité Nuit	14.000	8.400
Visite Spécialité Nuit	15.000	9.600
Consultation Neuropsychiatrie	13.000	8.400
Visite Neuropsychiatrie	15.000	9.600
Acte infirmier courant	1.250	840
MEDECINE HOSPITALIERE		
Journée d'hospitalisation 1ère catégorie		12.000
2ème catégorie		7.000
3ème catégorie		5.000
Forfait 4 jours + accouchement		
1ère catégorie		80.000
2ème catégorie		60.000
3ème catégorie		50.000

Note : On rappelle : 1kg de riz = 160 F et salaire minimum garanti = 35.000 F/mois. L'I.P.M. (Institut de Prévoyance Maladie) est une convention qui permet à l'employé de ne payer que le cinquième de ses frais médicaux, directement soustrait de son salaire mensuel, les quatre autres cinquièmes étant à la charge de son employeur : n'en bénéficient donc que les salariés. Pour les fonctionnaires, il existe un système très proche, appelé Imputation Budgétaire, mais l'employeur étant l'Etat et l'Etat ne payant plus les producteurs de soins, on aboutit, en ce qui concerne le secteur hospitalier public, à une aggravation des déséquilibres financiers, et en ce qui concerne le secteur libéral, à un refus de soigner les fonctionnaires. Pour les autres, c'est-à-dire pour la majorité non salariée, les frais médicaux sont entièrement à leur charge. Quant aux trois catégories indiquées pour l'hospitalisation, elles correspondent à des différences de qualité hôtelière (confort, propreté, alimentation) est probablement médicale.

beaucoup de femmes consultent dans des grands dispensaires dakarois notamment dans le quartier de la Medina, à la fois parce que beaucoup en ont pris l'habitude lorsqu'elles résidaient dans les bidonvilles de la capitale et parce qu'elles déclarent y être mieux soignées, peut-être à cause de la présence de médecins aux consultations ce qui n'est pas le cas à Pikine.

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

En ouvrant la présentation des pratiques de soins à Pikine par une description de son réseau de dispensaires, de cliniques et d'hôpitaux, il s'agit de rompre avec certaines représentations "exotisantes" qui font de la médecine en Afrique un assemblage de pratiques magiques, de rituels thérapeutiques et de pharmacopées traditionnelles, et de montrer qu'en ville en tout cas, le système officiel - soins de santé primaires autant que médecins libéraux - fait autant partie des pratiques de la population que les thérapeutes traditionnels.

## Chapitre II: MARABOUTS ET GUERISSEURS

### Les hommes de savoir

Pour désigner celui qu'il consulte en cas de maladie ou de malheur, les Wolof utilisent un terme générique : *borom xamxam*, l'homme de savoir. Cette notion, qui englobe un champ très vaste de connaissances et de pouvoirs, on la retrouve chez les Peul et les Toucouleur qui parlent de *gando* (avec comme corollaire *gandal*, le savoir) ou chez les Soninké qui utilisent le mot *tuwana* (tiré de *tuwaxu*, le savoir). La connaissance médicale - la possibilité de reconnaître, d'expliquer et de traiter une maladie - n'est que l'un des aspects d'une connaissance générale de la vie et du monde, tout comme les pouvoirs divinatoires et thérapeutiques ne sont que l'une des manifestations de pouvoirs qui s'étendent sur la totalité du social. Certes, l'idée d'un territoire particulier - celui de la maladie - existe, et l'on parle souvent de "soignant" : *fajkat* en wolof, *caaforowo* en pulaar et *jaaranda* en soninké. Mais elle n'exprime que l'une des activités de l'homme de savoir. Partir de la notion de "guérisseur" au sens strict serait établir une artificielle solution de continuité dans les pouvoirs, en les limitant aux pouvoirs sur la maladie, comme me l'indiquaient implicitement les enquêteurs en traduisant par *borom xamxam* le mot guérisseur que j'utilisais dans mes questions lors de mes premiers entretiens, et que je m'étonnais de ne pas retrouver sous la forme *fajkat*. Pourtant, l'idée d'un savoir qui déborde et transcende la connaissance médicale n'exclue pas la spécialisation extrême - une guérisseuse qui ne soigne que les infections des yeux par léchage ou un thérapeute qui ne traite que les os fracturés ou déplacés -, mais même dans ces cas, il est rare que cette connaissance ne soit pas inscrite dans un savoir plus vaste utilisé à des fins autres que thérapeutiques. Et à l'inverse, il est des hommes de savoir qui ne se servent de leurs connaissances sur la maladie que pour un usage privé et domestique ou qui ne soignent que par leur intercession divine, et qu'on ne désigne habituellement comme guérisseurs, bien qu'on y recoure comme tels.

La distinction essentielle qu'établissent les Sénégalais dans le savoir oppose un savoir positif et un savoir négatif, et recoupe une

seconde distinction entre savoir islamique et savoir traditionnel (ce mot se réfère aux représentations et pratiques pré-islamiques) : *gandal ndanewal* (savoir blanc) et *gandal balewal* (savoir noir) chez les Peul et Toucouleur; *al qorane nkillé* (le chemin du Coran) et *imma mbinne nkillé* (le chemin des têtes noires) chez les Soninké. Certes, tout savoir traditionnel n'est pas un savoir négatif et n'implique pas son utilisation dans le dessein de nuire ; mais dès qu'il est question du savoir pré-islamique, il s'y associe la notion de forces maléfiques redoutées puisqu'on dit par exemple que, contre le *korté* d'un Bambara (pouvoir de faire le mal à distance), même le marabout ne peut rien. De même, bien que nombre de marabouts déclarent utiliser les versets coraniques pour attaquer un rival ou se venger d'un ennemi, on associe toujours savoir islamique et action positive puisque le Coran interdit l'usage des pouvoirs à des fins maléfiques. Tout guérisseur à Pikine se définit lui-même et est reconnu par les autres selon cette description manichéenne où sous l'opposition du bien/blanc/islamique et du mal/noir/traditionnel, se dessinent des rapports de forces qui font triompher les pouvoirs du mal sur les pouvoirs du bien. Mais la détermination d'un individu par rapport à cette opposition n'est jamais statique : aussi bien dans une perspective diachronique, qui fait apparaître dans de nombreuses histoires de vie, au fur et à mesure des années de pratique, la mise à distance des pouvoirs maléfiques et la quête de la sagesse musulmane, que dans une perspective synchronique qui met en évidence, dans de nombreuses situations, la combinaison de pratiques positives et négatives, protectrices pour la victime et maléfiques pour l'agresseur.

Cette dichotomie se manifeste nettement dans les noms donnés aux hommes de savoir. Comme l'a montré E.K. TALL (1985), le système médical des Peul et des Toucouleur repose sur cette opposition du *ceerno*, marabout représentant le savoir islamique, et du *bileejo*, guérisseur voire contre-sorcier représentant le savoir traditionnel ; la distinction a ici un sens très fort, étant sanctionnée par la respectabilité et la légitimité d'un côté, par la clandestinité et la crainte de l'autre. Chez les Soninké et les Bambara, la polarisation est aussi très forte dans les pratiques, avec d'un côté les marabouts (*moodi* en soninké et *mori* en bambara), de l'autre, les guérisseurs utilisent les plantes et la magie noire, désignés moins spécifiquement comme soignants (*jaaranda* en soninké et *donikela* en bambara), avec éventuellement la mention de "têtes noires". Certes chez les Wolof, il existe des *jaaykat* u *garab*, vendeurs de plantes, mais qui correspondent à un savoir mineur, et des *ndëpkat*, célébrants du

rituel lebou **ndëp**, qui sont de recours assez exceptionnels ; quant aux contre-sorciers, ce sont les **biloji** Peul ou Toucouleur (déformation du mot pulaar **bileejo**), par conséquent extérieurs à la société wolof (ZEMPLENI 1968) ; si la distinction entre savoir islamique et savoir traditionnel est présente chez les Wolof, elle est moins manifeste par le déséquilibre entre des pratiques maraboutiques officielles prééminentes et des pratiques soit dévalorisées (les herboristes ne connaissent que les plantes et vendent sur les marchés), soit minoritaires (les **ndëpkat** sont des femmes et deviennent de plus en plus rares), soit extérieures (les **biloji** sont des Haalpulaaren). Très significativement, chez les Diola, la frontière entre les deux savoirs correspond à une circonstance historique, la "mandinguisation" de la Casamance au début du XXème siècle (TRINCAZ 1980) : les guérisseurs utilisant un savoir pré-islamique sont appelés **alaapaw**, terme diola, ceux recourant au savoir coranique sont désignés comme **amuurew**, terme manding ; de plus en plus, dans le langage courant, on tend à n'utiliser que le second mot même lorsqu'il s'agit d'un guérisseur resté fidèle à la seule tradition des autres Diola.

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

Ce sont tous ces éléments dont il faut tenir compte en abordant les pratiques des thérapeutes à Pikine dans leur extrême diversité: continuité du savoir médical avec les autres connaissances sur

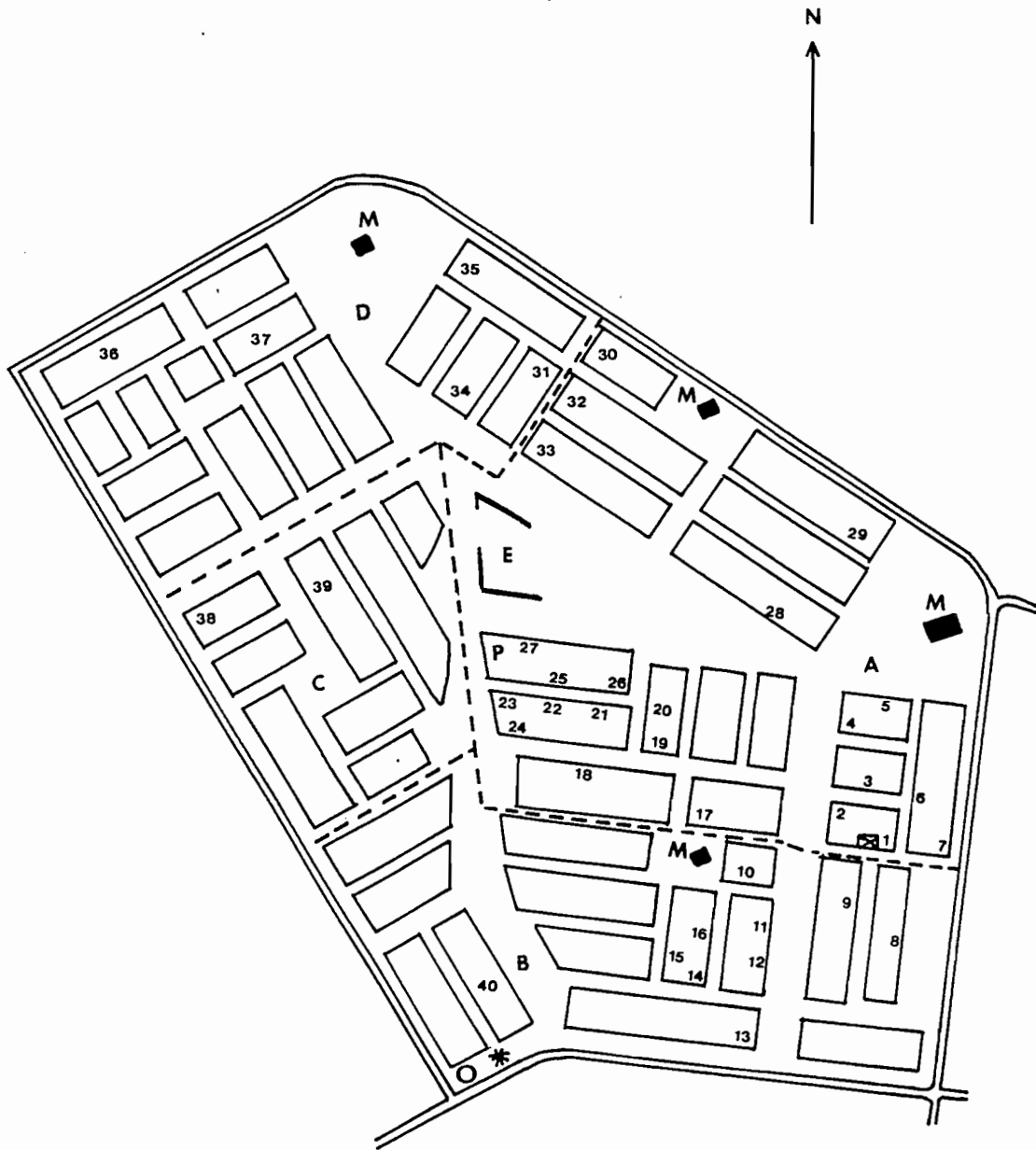
le monde ; opposition entre savoirs islamique et pré-islamique au-delà des catégories ethniques ; relativité et subjectivité du savoir comme fait social. C'est en cela que la connaissance des pratiques thérapeutiques traditionnelles ne peut être que fragmentaire et partielle : chaque retour sur le terrain fait découvrir de nouveaux aspects et de nouveaux acteurs qu'on côtoyait depuis des mois sans les voir.

### Le côté de chez Ablaye

Au bout d'un an occupé à enquêter auprès des guérisseurs et des marabouts de Pikine, et plus particulièrement du quartier de Daroukhane II où j'avais passé une grande partie de mon temps - je disposais d'une chambre en location et de la maison amicale d'un enquêteur, Ablaye Traore -, je me suis demandé s'il était possible de recenser, dans cette petite zone qui nous était familière, les hommes et les femmes de savoir. Sillonnant les ruelles, nous avons donc établi, grâce à la connaissance qu'Ablaye possède de ces quatre quartiers, une "carte du savoir" et un "catalogue des pratiques" (carte 7 et légende). Bien qu'un tel recensement ne prétende pas à une exhaustivité absolue, il donne la description complète des hommes et femmes de savoir pour un individu donné, sachant que, dans le cas d'Ablaye, il s'agit d'un informateur très privilégié qui réside dans le quartier depuis sa création, il y a une douzaine d'années, qui en connaît nombre d'habitants depuis beaucoup plus longtemps puisqu'ils ont vécu dans le même bidonville dakarois jusqu'à son déguerpissement, et qui, enfin, a manifesté curiosité et intérêt à l'égard des savoirs et de ceux qui les possèdent bien avant nos enquêtes communes. Pour chaque personne identifiée, on précise son type de pratique dominant (marabout/ guérisseur), sa confrérie (lorsqu'il s'agit d'un marabout), son ethnie (en distinguant pour les Peul ceux du Fouta Tooro, dans la Vallée du Fleuve, et ceux du Fouta Djallon, vers le Sénégal Oriental), éventuellement des précisions supplémentaires sur ses activités (imam de mosquée, chef de quartier, etc.).

Le phénomène le plus remarquable est la concentration décroissante de gens de savoir au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la maison d'Ablaye à l'exception de la zone 18 à 27 où habite le meilleur ami d'Ablaye et que celui-ci connaît par conséquent très bien) : dans un rayon de 100 mètres autour de chez lui, on compte un homme de savoir pour 11 concessions ; entre 100 et 200 mètres, un pour 16 ; entre 200 et 300

**CARTE 7 : HOMMES DE SAVOIR DE QUATRE QUARTIERS DE GÜEDJAWAYE**



- ==== : Voie goudronnée
- : Limite de quartier
- A : Daroukhane II
- B : Baye-Laye
- C : KIPP Km 15
- D : Daroukhane I
- [ ] : Ilot de 20 concessions
- ☒ : Maison d'Ablaye TRAORE
- 1, 2... : Hommes et Femmes de savoir
- M : Mosquée
- P : Poste de soins
- E : Ecole primaire
- : Point de vente illicite des médicaments
- \* : Lieu de réunion des notables

DESSIN : D. FASSIN - T, SENE



CARTE 7 : HOMMES DE SAVOIR DE QUATRE QUARTIERS DE GUEDJAWAYE (légende)

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

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

mètres, un pour 33 ; au-delà de 300 mètres, un pour 47. On peut donc proposer, comme interprétation de cet "effet-distance", que plus Ablaye est près de chez lui, mieux il connaît le quartier et moins il en ignore les gens de savoir qui, à quelques exceptions près, ne se signalent pas au premier venu. En admettant donc que c'est dans la zone la plus proche de chez lui que sa fiabilité est la meilleure, on obtient, dans un rayon de 100 mètres, dix-sept guérisseurs et marabouts pour 186 parcelles, dont 14 non construites, soit un thérapeute pour dix concessions et environ cent personnes. Si ce quartier était représentatif de la population pikinoise - hypothèse qu'on n'a évidemment pas les moyens de soutenir - on pourrait estimer aux alentours de six mille le nombre de guérisseurs et marabouts vivant à Pikine.

Dans son recensement, Ablaye ne cite pas son ami Vieux Dia dont il reconnaît pourtant les connaissances étendues, tant dans le domaine des plantes que dans l'érudition du Coran, et dont on dit qu'il est le guérisseur des Maures depuis qu'il a sauvé la vie de l'un d'eux. S'il ne le déclare pas comme homme de savoir, c'est seulement parce qu'il l'héberge et le considère presque comme un membre de la famille ; son savoir devient donc domestique et ne le fait pas apparaître comme un thérapeute. D'ailleurs, Ablaye lui-même a des connaissances coraniques, magiques et botaniques qu'il utilise dans un but thérapeutique lorsque ses épouses ou ses enfants sont malades. Pour autant, ses voisins, amis ou parents ne le consultent pas et donc ne le considèrent pas comme guérisseur. En donnant ces deux exemples de pratiques thérapeutiques à domicile, il s'agit de montrer concrètement combien le savoir est partagé, diffus, omniprésent. On pourrait même dire que tout sujet adulte possède un savoir, en généralisant ainsi la formule d'un guérisseur originaire de la Vallée du Fleuve : "chez les Peul, une famille où il n'y a pas de savoir, ça n'existe pas ; il arrive seulement qu'on ne cherche pas à la connaître". La question qu'on doit se poser à propos d'une personne n'est donc pas : possède-t-il un savoir ? mais plutôt : quel degré, c'est-à-dire quelle étendue, quelle profondeur, quelle spécialisation et quelle reconnaissance a-t-il dans le savoir ? Interrogation qui relativise considérablement l'estimation du nombre de thérapeutes proposée : à partir du recensement en prenant une définition plus large du savoir, c'est-à-dire en intégrant toutes les connaissances médicales et leur usage privé, on trouverait probablement que presque chaque concession a "son" guérisseur ou "sa" guérisseuse.

L'enquête à Daroukhane révèle, parmi ceux qu'Ablaye - qui est soninké - désigne comme gens de savoir, une distribution ethnique particulière : treize Wolof, dix Peul, cinq Toucouleur, trois Serer, deux Lebou, deux Manding, deux Soninké, deux Bambara, un Malinké. Le nombre élevé de Wolof correspond simplement à leur importance démographique puisqu'ils représentent 58 % des chefs de ménage à Guedjawaye dont Daroukhane est un quartier (enquête "Accès aux Soins"). De même pour les Toucouleur avec 12 % et les Serer avec 15 %. En revanche, il n'y a aucun ménage peul parmi les 60 de notre tirage au sort dans ce quartier et moins de 6 % de Peul dans l'enquête de l'OMS en 1969 (cité par MAACK 1978 : 132-148) ; la sur-représentation des guérisseurs peul est donc manifeste (en particulier, ceux du Fouta Djallon) et répond bien à la réputation des Peul d'être de redoutables praticiens du savoir noir, ainsi qu'à l'affirmation précédemment citée sur l'universalité du savoir dans les familles peul. A l'inverse, l'absence de guérisseurs manjak, alors qu'il existe plusieurs familles de cette ethnie dans le quartier illustre un autre point : catholiques et "animistes", buveurs de vin et éleveurs de porcs, les Manjak forment une minorité très à part du monde musulman où ils sont à la fois redoutés pour leurs pouvoirs magiques et méprisés pour leurs pratiques "païennes" ; travaillant avec des enquêteurs musulmans, il m'a d'ailleurs été très difficile d'établir des contacts avec leurs guérisseurs ; remarque qui permet de rappeler, s'il en était besoin, la dépendance des données - donc de la recherche - à l'égard des enquêteurs, et la nécessité d'analyser toute information à la lumière de sa procédure de recueil. Enfin, la répartition ethnique met en évidence une structure binaire qui oppose guérisseurs et marabouts selon leur appartenance ethnique : guérisseurs serer et marabouts wolof, guérisseurs peul et marabouts toucouleur, guérisseurs bambara et marabouts soninké, comme si, pour chaque région - en l'occurrence le Centre, la Région du Fleuve et le Sénégal Oriental, respectivement (on pourrait ajouter guérisseurs diola et marabouts manding, pour la Casamance) -, le partage du savoir noir et du savoir blanc, de la tradition de l'islam, se faisait d'un seul bloc.

### Les marabouts

Aucun terme désignant une catégorie d'hommes de savoir n'est entouré d'une confusion de sens comparable au mot marabout. Comme le remarquent M.C. et E. ORTIGUES (1984 : 217), "le terme marabout a au Sénégal une grande extension. Il désigne les vrais marabouts, hommes

savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement ; les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finances... ; enfin les marabouts, très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédictions". En fait, cette opposition des "vrais marabouts" aux autres, outre qu'elle correspond à une image idéalisée et subjectivée à l'extrême, ne donne qu'une image très imparfaite de la réalité où les pouvoirs religieux sont indissociables des pouvoirs politiques et économiques.

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

Le marabout est **seriñ** chez les Wolof, **ceerno** chez les Toucouleur et les Peul, **moodi** chez les soninké, **mori** chez les Bambara, **karamoko** chez les Mandé, **amuurew** chez les Diola, etc. En fait, comme le remarquait l'abbé BOILAT en 1853, "on entend, en général, par marabout un prêtre mahométan, mais il faut comprendre dans cette catégorie tout homme recommandable par ses bonnes moeurs et pratiquant toutes les observances de la loi" (1984 : 301). Cette acceptation très large rend bien compte de la respectabilité que confère le nom de **seriñ**. Plus que la caractérisation habituelle en termes de sincérité ou d'intégrité qui revient toujours à opposer les vrais et les faux marabouts, les saints et les charlatans, c'est la recherche de légitimité et de pouvoirs auxquels tout homme de

savoir aspire qui semble déterminante dans l'extension actuelle du phénomène maraboutique. S'il est vrai que le terme marabout est employé de manière si peu discriminatoire, ce n'est pas qu'il perde de sa force en désignant à la fois des ascètes musulmans et des vendeurs d'amulettes, c'est qu'il gagne du sens en qualifiant de moins en moins une activité professionnelle et en signifiant de plus en plus un prestige social. Trois exemples illustreront la diversité des pratiques maraboutiques à Pikine.

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

Cheikh Khari Dia est un marabout mouride sexagénaire du quartier Badgdad II. Wolof originaire de la région de Louga, il est venu à Dakar en 1960 pour y chercher du travail. Il a d'abord été employé à la mairie, puis dans les services de voirie ; il est retraité depuis 1984 et reçoit chaque trimestre 35.000 F qui lui servent à faire vivre ses deux épouses et les dix enfants qui sont encore à sa charge ; lorsque sa fille a été soignée pour une tuberculose que ses versets coraniques n'avaient pu guérir, il n'a pas eu l'argent pour acheter les médicaments. Il est imam de la mosquée de son quartier, fonction qu'il occupe depuis son arrivée en ville ; lorsqu'il travaillait encore, il dirigeait la prière du matin et les trois du soir ; actuellement c'est sa principale activité. Il est

également thérapeute : il soigne aussi bien avec des écrits coraniques qu'il tient enfermés dans une valise qu'avec des racines qu'il place dans un cartable d'écolier sous son lit. Il détient un savoir familial qu'il dit trouver ses origines en Ethiopie, fait remonter sa généalogie jusqu'à son treizième ancêtre paternel, et se déclare un lien de parenté avec le fondateur du mouridisme Cheikh Amadou Bamba à la huitième génération. Homme pauvre et respecté, il assure sa charge d'imam avec dignité, reçoit de rares malades auxquels il donne un traitement contre de petites sommes d'argent, et possède finalement un statut social bien inférieur à celui auquel il prétend.

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

Trois marabouts choisis parmi une vingtaine d'autres avec lesquels des séries d'entretiens ont également été réalisés, trois cas illustrant la diversité des conditions et des pratiques des marabouts. La référence au village est constante, mais pour Cherife Abba qui y passe la plus grande partie de son temps, c'est le village chérifien où sa famille est honorée depuis des siècles ; pour Cheikh Dia, c'est la ville sainte du mouridisme, Touba, où il n'est que l'un des nombreux disciples de la famille Mbacke ; pour Mamadou Drame, c'est le village de ses pères où il

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

Dans une perspective sociologique, plutôt que l'opposition entre les vrais et les faux marabouts (ORTIGUES 1984 : 218) déjà présent chez l'abbé BOILAT en 1853 qui parle des "bons conseils" des uns et des "supercherries" des autres (1984 : 304), la distinction selon le type de pouvoir paraît pertinente pour décrire les pratiques sociales, dans le but non pas d'établir des catégories rigides, mais de disposer les marabouts sur un continuum allant de l'influence locale au niveau du village ou du quartier à l'audience nationale, voire internationale, de quelques grands chefs religieux. Plusieurs raisons peuvent justifier cette préférence. Tout d'abord, sauf dans des cas extrêmes - et rares - de charlatanisme indiscutable (multiplicateurs de billets) ou de sainteté reconnue (ascètes), il est souvent hasardeux d'établir un jugement de valeur et de décider de l'honnêteté d'un marabout : pour les trois exemples présentés, il n'y a aucune raison de mettre en doute la fidélité à l'Islam de chacun d'eux, même s'il est par ailleurs évident que l'usage social qu'en fait Cherife Abba lui assure des avantages matériels bien supérieurs à ceux que procurent à Cheikh Dia et à Mamadou Drame leurs fonctions d'imam. De plus, si la distinction des marabouts selon leur intégrité ne fait qu'introduire une subjectivité qui ne facilite aucunement la lecture sociale du phénomène - nombre de Pikinois déclarant se méfier des marabouts en

général, mais les consultant en particulier chaque fois qu'ils ont "un besoin" -, en revanche, leur pouvoir donne la mesure de leur importance sociale et du rapport qu'ils établissent avec les autres membres du groupe - qu'il s'agisse de leurs disciples, de leurs égaux ou de leurs rivaux. Enfin, à ces différences de pratiques sociales correspondent des différences de pratiques thérapeutiques : plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (prières) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance (plantes) ; les mots de Cherife Abba se suffisent à eux-mêmes, ceux de Cheikh Dia ont besoin d'un support matériel qu'il s'agisse de grigris contenant ses écrits ou des racines sur lesquelles il prononce des versets.

Comme soignant, le marabout intervient aux différents temps de la cure - reconnaissance, explication, traitement -, et c'est la divination qui assure l'unité de cette triple action. La principale distinction entre les techniques vient de leur caractère diurne ou nocturne, c'est-à-dire de la force qu'ils exigent de la part du devin. La divination la plus courante, la moins exigeante et la moins coûteuse se déroule au cours de la consultation : c'est le **gisaané**, terme générique désignant l'ensemble des techniques de voyance, quel qu'en soit le support. Il peut s'agir de figures réalisées par des cauris jetés sur le sol ou des morceaux de bois flottant sur l'eau, également de dessins sur le sable ou sur une feuille de papier ; la seule technique pouvant se réclamer de l'islam est celle qui consiste à écrire, sous forme numérique et tabulée, les noms de Dieu ou des prophètes, associés aux caractéristiques du demandeur (nom, âge, nom des parents), et à "calculer" l'interprétation de la maladie ; cette technique, **xaatim** est voisine de la géomancie décrite par C. MONTEIL au Mali (1931) et diffère du kindani des Moundang du Tchad tel qu'il est rapporté par A. ADLER et A. ZEMPLINI (1972). Des études de cas viendront ultérieurement expliciter ces techniques, mais la séquence générale en est la suivante : le malade se présente, déclare seulement qu'il a "un besoin", souffle celui-ci sur l'objet qui servira de support à la divination ; le marabout reprend l'objet et interprète à partir d'une figure (cauris sur le sol ou morceaux de bois sur l'eau) ou d'un algorithme (calcul sur le sable ou sur un tableau). L'autre divination, qui nécessite un investissement spirituel plus fort du marabout et financier plus grand du demandeur, est le **listikar** (il existe plusieurs écritures de ce mot qui vient de l'arabe) :



c'est un rêve nocturne, nécessitant une double préparation - purification du corps par un bain et de l'âme par une récitation d'un verset - la solution du problème apparaît sous forme symbolique (l'eau vue en rêve fait espérer la guérison par exemple) ; le lendemain, le malade revient voir le marabout qui lui indique trois réponses - la maladie, les chances de guérison, les thérapeutiques à utiliser. Quelle que soit la méthode, c'est de la divination que découle le traitement. Le seul cas où n'interviennent pas ces techniques est la sollicitation d'un grand marabout - Cherife Abba par exemple -, auquel on demande non pas une consultation, mais seulement une bénédiction qui assure une protection générale plutôt qu'une cure particulière.

### Les guérisseurs

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

Archétype du guérisseur, le **bileejo** est l'homme du savoir noir (**gandal baleewal**) chez les Peul et les Toucouleur. Devin, magicien, herboriste, il peut être aussi chasseur de sorciers, **bileejo sukuñaaBé**. Pour E.K. TALL (1984), il s'oppose au **ceerno** (marabout) comme le savoir païen au savoir islamique, comme le caché au reconnu ; au Fouta-Toro, il a sa maison à la périphérie du village quand les marabouts ont la leur près de la mosquée ; on le consulte en secret alors qu'on se montre chez le **ceerno**. A la ville, il est redouté mais sans prestige, et le respect qu'il inspire est dû seulement à la crainte de ses pouvoirs magiques. Demba Sall est le contre-sorcier le plus réputé de Nimzatt, à Guedjawaye. Bien qu'il puisse soigner, par les plantes et les incantations, de nombreuses

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

A côté de ce savoir pré-islamique exclusif du bileejo. on trouve très souvent chez les guérisseurs un mélange de connaissances animistes et d'emprunts coraniques. Ainsi. Diakaria Diara est un Bambara du Sénégal Oriental venu à Pikine passer quelques mois en période de "soudure" pendant laquelle il n'y a plus d'activité agricole au village et dont il profite pour tirer quelques profits de son activité de soignant. Il a appris auprès de son père. puis de quatre grands maîtres de savoir au Mali ; de sa mère soninké. il a reçu des dons de voyance. Son savoir est essentiellement traditionnel. de même que ses pratiques thérapeutiques qui reposent sur la pharmacopée villageoise et la confection d'amulettes, mais il utilise des techniques de divination musulmanes : calculs à partir des noms des prophètes (xaatim) et visions nocturnes (listikar) dont la préparation mentale et corporelle est conforme aux prescriptions islamiques, mais dans laquelle l'intermédiaire est un génie familial (bisira). La compétence de Diakaria s'étend à toutes les maladies : il soigne aussi bien les maladies des jinné (islamiques) que des sorciers

(animistes) ; il guérit la lèpre, l'impuissance et les maladies des hommes, la stérilité et les maladies des femmes. Ses traitements comprennent toujours des plantes (à boire en décoction ou infusion, à utiliser pour se laver le corps, à inhaler sous forme de fumigations) et des incantations (à réciter en touchant la partie malade).

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

Si beaucoup de guérisseurs ont une pratique générale, déclarant soigner la plupart des maladies, mais également apporter la réussite ou le succès, certains ont au contraire une spécialisation. Lamine Sarr est un chiropracteur qui soigne les os fracturés ou déplacés ; originaire de Haute-Gambie c'est un Manding dont le savoir est transmis dans le patrilignage ; mais, depuis l'introduction de l'islam, on joint à la manipulation la récitation de versets du Coran ; il est retraité et il soigne chez lui ; il voit une dizaine de cas par semaine (il s'agit d'entorses, de fractures et de luxations) ; il demande 500 F à chaque fois. Serigne Diagne est un guérisseur wolof installé sur le marché Kermel de Pikine ; il est spécialisé dans deux maladies de l'enfant : saatu

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

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

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

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

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

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

### Chapitre III: PHARMACIENS ET COLPORTEURS

#### L'accès aux médicaments

L'un des aspects essentiels du recours aux soins, à la fois par ses implications socio-économiques et par ses applications à la santé publique, est l'accès au médicament. Pour la plupart des Pikinois en effet, la difficulté matérielle à se soigner ne tient pas à une absence de consultation, mais plutôt à une impossibilité d'acheter les médicaments prescrits : le coût moyen d'une ordonnance - 3.200 F à 13.400 F selon le prescripteur (tableau 3) - donne la mesure de l'impact des médicaments sur le budget du ménage. Pourtant, tout est mis en oeuvre afin de réunir les sommes nécessaires à l'achat de médicaments : quel que soit son coût, l'ordonnance est le prix à payer pour obtenir la guérison.

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

Mais parallèlement, cette importance symbolique du médicament est efficacement entretenu à la fois par les pratiques des médecins et par les politiques des laboratoires pharmaceutiques. D'une part, pour les médecins exerçant à Pikine, la prescription consacre le savoir : l'ordonnance non seulement doit être longue, mais elle doit aussi être coûteuse. D'après les nombreuses ordonnances présentées lors des enquêtes,

on constate que la longueur et le coût augmentent avec la qualification (médecin/infirmier) et varient selon le mode d'exercice (privé/public). L'option pour la quantité, indépendamment de la qualité, est manifeste dans la prescription fréquente de plusieurs produits ayant la même indication, voire la même composition mais vendus sous des noms différents ; de même, la préférence pour les prix élevés, sans justification médicale, apparaît dans le choix des médicaments les plus chers parmi les équivalents chimiques. D'autre part, pour l'industrie pharmaceutique, la publicité permet de modifier à son gré l'image du médicament. Ainsi, une affiche, sur le mur de la salle de consultation d'un dispensaire de Pikine, propose un produit vendu par un laboratoire français contre "anxiété-trac-jalousie-troubles sexuels" (énumération qui évoque le texte des cartes de marabouts parisiens) ; une autre montre un taureau, symbole de puissance, pour vanter une association vitaminique contre la fatigue physique, psychique et sexuelle (un produit concurrent utilise une photographie d'étalon).

C'est dans ce contexte - où le médicament est beaucoup plus qu'un produit délivré en officine - que fonctionnent les circuits de distribution des médicaments à Pikine. Pour y accéder, la population a trois possibilités : les dispensaires où les médicaments disponibles sont donnés le plus souvent, parfois achetés (60 F pour 10 comprimés de nivaquine), mais où une ordonnance vient souvent compléter le traitement ; les officines de pharmacie où les produits sont vendus selon un barème national ; enfin, les vendeurs illicites, ambulants ou fixes, circulant dans les rues ou installés sur les marchés. Les médecins privés donnent exceptionnellement des médicaments (trois parmi les six signalent qu'ils distribuent des échantillons gratuits à des malades nécessiteux) ; mais paradoxalement, ils se disent choqués par l'absence de médicaments dans le secteur public ("au dispensaire, les gens paient cent ou deux cent francs mais avec cela ils n'ont qu'une ordonnance qu'il faut acheter", déclare l'un d'eux dont la consultation est fixée à 3.000 et 4.500 F et...ne comprend pas le traitement).

Les médicaments vendus au Sénégal proviennent soit de l'importation de produits pharmaceutiques par les grandes firmes européennes ou américaines, soit de la production sur place, sous licence de ces firmes, par la Société Industrielle Pharmaceutique Ouest Africaine (SIPOA). Le secteur public (hôpitaux et dispensaires) peut bénéficier des prix préférentiels de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et



de la SIPOA. Le secteur privé et les particuliers ne peuvent pas accéder à ces structures nationales, mais seulement aux officines - seul cadre légal-, et aux colporteurs - pratique illicite.

### Les officines privées

Six pharmacies sont implantées à Pikine en 1985 (une septième se trouve à Thiaroye-sur-mer un peu en dehors de la zone étudiée). Leur répartition est pratiquement superposable à celle des médecins et cliniques, c'est-à-dire exclusivement dans les quartiers les plus favorisés. La situation exemplaire de deux des six pharmaciens illustre les deux aspects de la profession : le commerce et le conseil.

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

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

Ces deux aspects ne sont pas toujours aussi harmonieusement liés, comme le révèlent les entretiens avec les pharmaciens. Assez semblables en cela aux cliniques privées, les officines sont conçues par leurs propriétaires, soit comme un lieu de commerce - ce dont témoignent l'absence de personnel qualifié pour vendre, la fonction exclusivement gestionnaire du pharmacien, et le développement du marché des produits parapharmaceutiques (cosmétiques, notamment) -, soit comme un lieu d'exercice professionnel - où la fonction de conseil, voire de consultation, est le corollaire de l'activité marchande. Néanmoins, dans les deux cas de figures, la fonction technique du pharmacien - pour laquelle il a reçu une longue formation universitaire - a totalement disparu : aucune officine pikinoise (et très peu à Dakar) ne réalise les préparations, même, simples, qui ont longtemps constitué l'activité noble du pharmacien en Europe. Phénomène d'ailleurs également observé en France, où "la longueur des études pharmaceutiques et leurs difficultés ne semblent trouver leur justification que très partiellement dans la compétence technique exigée par l'activité professionnelle" (AIACH 1974).

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

La fonction soignante comporte plusieurs aspects : l'explicitation de l'ordonnance pour les modalités d'administration des médicaments, la sélection des produits considérés comme les plus importants à l'intérieur d'une prescription trop coûteuse pour le client, l'application de certaines mesures prescrites, en particulier les injections, voire la consultation c'est-à-dire les conseils de traitement

à partir des symptômes déclarés par le malade. Dans le code de l'exercice de la profession de pharmacien, seul le premier, et à la limite le second aspect, sont clairement autorisés ; cependant, les deux derniers aspects font partie à la fois des services rendus à la population et des moyens d'entretenir une clientèle.

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

### La vente illicite

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

L'étude d'une pratique illégale, aussi connue soit-elle de tous, pose des problèmes méthodologiques particuliers, liés à la méfiance des enquêtés pour qui tout regard sur leurs pratiques constitue une dangereuse inquisition. Sur la vente illicite des médicaments, plusieurs articles de la presse quotidienne sénégalaise dénommant le phénomène et incitant à la répression ayant été publiés au cours des dernières années (notamment A. JEAN-BART, J. DIOP, Le Soleil, 27-28 Août 1983, pages 6 et 7), l'enquêteur est immédiatement perçu comme de connivence avec le pouvoir. Cependant, ici, l'extrême différence entre l'observé et l'observateur - d'emblée manifeste par la couleur de peau -, et la qualité d'étranger - doublement : étranger au pays et étranger aux pratiques illicites - introduisent ici une situation inédite pour l'enquêté qui comprend que son interlocuteur est "hors-jeu" dans la société sénégalaise

et ne peut lui nuire directement. A l'inverse, cette "étrangeté" du chercheur par rapport au milieu qu'il étudie l'empêche d'accéder à un certain type d'informations que seule la familiarité autorise, en particulier concernant les aspects les plus répréhensibles des trafics où la défiance est la règle.

Pour cette enquête, nous avons essentiellement travaillé à trois et séparément, afin de tenter d'allier les bénéfices de nos positions respectives de familier et d'étranger à la société pikinoise. L'un des enquêteurs, jouant à la fois sur le lien confrérique (il est mouride) et sur les rapports de voisinage (il habite Guedjawaye), a pu obtenir une grande confiance et une information très riche. L'autre enquêteur, qu'une préalable collaboration à des recherches sur le secteur informel et sur certaines pratiques clandestines, avait préparé à ce contexte particulier d'enquête, a été très précieux pour la connaissance des réseaux de formation des vendeurs et d'approvisionnement des médicaments, grâce en particulier à l'ambiguïté de sa propre position (cherchait-il à s'intégrer dans ces filières ?). D'une manière différente - en me donnant comme potentiel acheteur ou comme étranger curieux - je maintenaïs également, par rapport à ces pratiques, une ambiguïté (que la découverte d'un magnétophone au fond de mon sac par l'un des vendeurs faillit bien lever définitivement). Par ailleurs, des rencontres fortuites, au cours des enquêtes dans les quartiers, avec des colporteurs et surtout la mise en relation, par des informateurs, avec des vendeurs connus en dehors de leurs lieux de pratiques nous ont permis, dans quelques cas, d'établir des relations de confiance et d'améliorer la qualité de l'information.

Le travail a été mené dans deux directions complémentaires, tentant de répondre à deux questions d'ordre différent : pourquoi la société tolère-t-elle, et même produit-elle, des pratiques qu'elle condamne par ailleurs ? et quelles sont les conséquences de la vente illicite sur la santé des populations ? Ce deuxième point concerne évidemment le médecin plus que le sociologue, mais il est certain que l'analyse sociologique ne peut tenir complètement à l'écart la question de la nocivité, généralement surévaluée pour des raisons qui tiennent plus de l'idéologie que de la science (FASSIN 1986b). Seul le premier point est développé ici : il a été étudié au travers d'entretiens avec sept vendeurs illicites parmi les cent un qui ont été recensés sur les treize grands marchés de Pikine ; il s'agit de vendeurs

exerçant sur des marchés différents, n'entretenant a priori aucune relation particulière entre eux. et d'ailleurs rencontrés dans des situations différentes, certains sur les lieux mêmes de leurs pratiques, d'autres au cours de visites de concessions.

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

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

En dehors des points fixes (presque tous situés sur les marchés), la vente se fait soit sur des étals semi-fixes, (déposés au coin de rues ou près des arrêts de car), non soumis à la réglementation des marchés et facilement déplacés, soit sur des plateaux transportés dans les quartiers par des marchands ambulants qui ont une double clientèle : régulière, d'habitues auxquels ils rendent visite, et irrégulière, de

personnes qui les appellent sur leur passage. En général, il n'y a pas échange de rôle : fixes, semi-fixes, et ambulants le restent. Toutefois certains vendeurs vendent sur le marché le matin et circulent dans les quartiers l'après-midi.

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

La dizaine de vendeurs pour lesquels on dispose de données biographiques complètes sont tous wolof et mourides. Ils sont originaires du Baol (région autour de Touba, ville sainte du mouridisme). Il semble que cette spécificité ethno-géographique ait de rares exceptions à Pikine où l'on trouve quelques Serer et Toucouleur, de même que des originaires du Cayor et du Ndiambour ; en revanche, les non mourides sont rares (deux seulement) parmi les trente-deux cas pour lesquels on dispose de données concernant la confrérie.

La biographie des vendeurs révèle de grandes similitudes dans les trajectoires sociales. D'origine rurale, ils ont d'abord suivi la migration saisonnière qui conduit chaque année vers les villes des jeunes paysans en quête de travail, entre la fin de la récolte et le début de la saison. Mourides, ils sont allés à Touba où leur marabout réside et où ils avaient déjà eu l'occasion de se rendre lors du *maagal* (fête annuelle qui rassemble des centaines de milliers de pèlerins). Des contacts avec un parent ou un ressortissant du même village déjà inséré dans une filière de formation se sont établis, et ils ont commencé leur apprentissage, d'abord en observant et se faisant expliquer, puis en pratiquant eux-mêmes. Pendant les premières années, ils sont rentrés au moment de l'hivernage pour les travaux des champs, puis ils ont définitivement quitté leur village, à la fois attirés par l'image de la ville et chassés par les mauvaises récoltes dues à la sécheresse des années soixante-dix. Quelques

uns sont restés à Touba, la plupart sont venus à Dakar et à Pikine, dans l'espoir de s'y enrichir, ou simplement d'y survivre. Ils y ont trouvé un frère ou un cousin qui les a hébergés et leur a indiqué comment s'approvisionner et où installer leur commerce ; en général, ils ont commencé par vendre dans les rues avant d'obtenir une place sur un marché où les revenus sont meilleurs. Dans certains cas, il peut s'agir de citoyens formés en ville, sans "stage à Touba", par un parent vendeur : apprenti à ses côtés, ils le quittent ensuite pour devenir marchand à leur compte, sur un autre territoire, car en général le maître et l'apprenti ne partagent pas la même clientèle. S'installer est d'ailleurs toujours difficile, car le marché paraît limité et la concurrence est dure.

L'approvisionnement des vendeurs suit plusieurs filières (figure 1). La plus importante prend sa source en Gambie où les médicaments sont en vente libre et à un prix faible ; le système de distribution des médicaments dans les anciennes colonies britanniques, différent de celui issu de la colonisation française, de même que le caractère non convertible des monnaies des pays rattachés autrefois à l'Angleterre alors que le franc CFA s'échange facilement, semblent jouer un rôle décisif comme en témoigne la situation similaire du Burkina Faso et du Bénin (où les produits vendus dans les rues proviennent respectivement du Ghana et du Nigéria). Depuis la Gambie, les médicaments sont acheminés dans des camions chargés de paille ou de foin jusqu'à Kaolack et Touba (carte 1) ; ces deux villes constituent les principaux points d'approvisionnement au Sénégal, la première grâce à sa proximité avec la frontière qui en fait une escale commode, la seconde grâce à son statut de ville franche (SALEM 1981) où l'Etat sénégalais ne peut pénétrer. Les vendeurs s'approvisionnent soit directement à Touba ou Kaolack où la marchandise est à son prix le plus bas - mais le coût du voyage limite à une ou deux expéditions annuelles -, soit auprès des grossistes du Cap-Vert, au marché de Thiaroye-gare, à Pikine, ou à la maison des mourides, à Dakar, où ils paient plus cher - mais l'accès facile leur permet de s'approvisionner chaque semaine environ. Parallèlement à cette filière gambienne, et toujours à l'intérieur des réseaux mourides, certains marabouts viennent acheter directement à la Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain (SIPOA) et à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), dont les produits sont normalement destinés à la vente à tarif préférentiel pour le secteur public (hôpitaux et dispensaires) et, dans le cas de la SIPOA, aux pharmacies. L'importance en volume de ces commandes peut être suggérée par

deux données : la quantité d'aspirine vendue par la PNA est passée de 13 et 14 tonnes en 1979 et 1980 à 21 tonnes en 1981, augmentation en grande partie liée du développement du marché clandestin ; par ailleurs, une commande de 600.000 comprimés d'aspirine a été faite à la PNA au début de 1985 par des marabouts de Touba.

En dehors de cette filière principale, il existe d'autres sources d'approvisionnement qui semblent échapper au circuit de Touba. Le port de Dakar est souvent visité par des voleurs et des chargements de médicaments sont pillés ; une partie de la revente se fait d'ailleurs aux abords immédiats du port. Les hôpitaux et dispensaires subissent parfois des détournements dont le volume n'est pas considérable, mais qui participent de la faillite des services publics et de la pénurie de médicaments que les malades sont souvent contraints d'acheter ; ce sont, d'après les responsables de santé interrogés et d'après les vendeurs eux-mêmes, des agents travaillant dans les hôpitaux et les dispensaires qui effectuent ces vols. Les officines sont également l'objet de soustractions de médicaments nommées "coulages" : des employés dérobent des produits qu'ils revendent à des vendeurs ambulants ; la même situation est rencontrée, dans les usines de la SIPOA où, à côté de l'important marché parallèle déjà signalé, des vols portant sur de petites quantités se produisent en permanence. Tous ces détournements alimentent la vente illicite et, bien qu'ils n'appartiennent pas aux circuits mourides, en utilisent les réseaux et les intermédiaires au niveau le plus périphérique : il n'y a pas de passage obligé par Touba, le marché de Thiaroye-gare ou la maison des mourides de Dakar, mais la redistribution aux vendeurs fixes, semi-fixes et ambulants suit les mêmes filières.

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



murs), étrangers (par leurs produits comme par leur conception architecturale) et fonctionnels (pour le seul commerce), les lieux de la vente illicite appartiennent à l'espace ouvert, familial et socialisé de la rue, des places et des marchés.

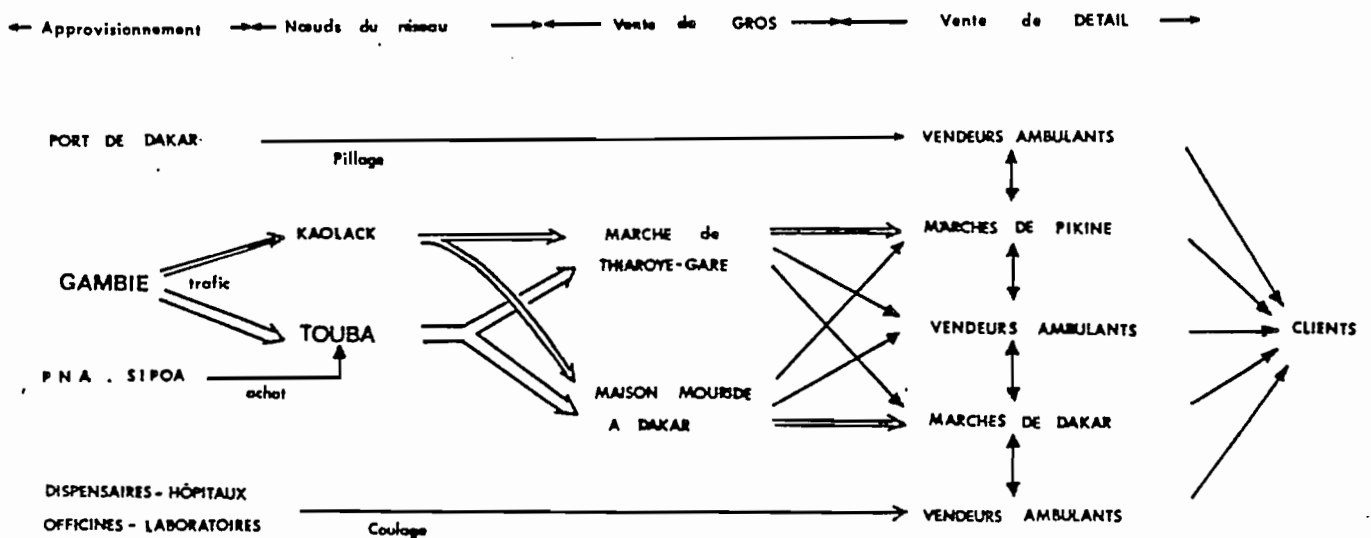
Il existe d'ailleurs une différenciation des lieux de vente en fonction de leur proximité au domicile. Ainsi, une enquête auprès de 10 vendeurs et parmi 144 acheteurs à Pikine montre que, d'une part, les clients sont déclarés réguliers dans aucun cas sur 63 pour le grand marché de Thiaroye, dans 7 cas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

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

Ces développements empiriques sur la vente illicite ont pu paraître longs pour un phénomène qu'on considère généralement comme marginal et limité, dans le discours officiel autant que dans la presse quotidienne. Ils ont néanmoins paru nécessaires pour deux raisons. D'une part, ces pratiques ne sont pas marginales, comme en témoigne leur insertion dans la vie économique, politique et sociale sénégalaise, tant au niveau des individus que des groupes, comme on aura l'occasion de la voir ultérieurement en détail. D'autre part, elles ne sont sûrement limitées, puisqu'une estimation de la quantité vendue seulement sur les treize principaux marchés de Pikine (101 bana bana ayant des revenus quotidiens - et non des bénéfiques - de 860 F en moyenne d'après l'enquête

auprès des 10 vendeurs) donne 32 millions de FCFA par an ; si l'on ajoute la vente des petits marchés, des coins de rue, des arrêts de bus et des ambulants, il est probable que, pour le seul département de Pikine, cette somme est au moins doublée ; pour la même période, la dotation du Ministère pour les médicaments à Pikine est de 3 millions, et les achats de produits pharmaceutiques pour la totalité des postes et centres publics de santé atteint 40 millions grâce à l'auto-financement ; le marché dit parallèle est donc plus important en volume que la distribution par le secteur public. Plus que toute autre pratique de santé, la vente illicite est un lieu de pouvoirs, dont le silence et le bruit, qui alternativement l'entourent, sont une expression.

**FIGURE 1 : RESEAUX DE LA VENTE ILLICITE DES MEDICAMENTS AU CAP-VERT (SENEGAL)**



Au terme de cette description des innombrables pratiques des thérapeutes de Pikine, plusieurs remarques paraissent nécessaires.

Les découpages adoptés - médecines modernes/ médecines traditionnelles, public/privé, marabouts/guérisseurs, commerce officiel/vente illicite, etc. - ne servent qu'à faciliter l'exposé descriptif et non à proposer des classifications ; les nombreuses tentatives taxonomiques n'aboutissent souvent qu'au figeage de la réalité et se révèlent incapables de rendre compte des changements. La suite de l'étude s'attachera à montrer à la fois la complexité et le dynamisme des pratiques en jeu autour de la maladie et du malheur.

La mise entre parenthèses des autres pratiques sociales dans le cours de la description du système de santé pourrait laisser accroire l'idée d'un ensemble structuré, cohérent et distinct du reste de la vie sociale. Il faut donc rappeler qu'il s'agit là d'une illusion d'optique: comme pour ces compositions géométriques complexes à l'intérieur desquelles plusieurs figures s'interpénètrent, l'oeil doit isoler artificiellement les diverses structures avant de recomposer l'ensemble ; le système de santé de Pikine n'est pas donné à priori, il est une construction. Les développements sur les savoirs et les pouvoirs tenteront de resituer les pratiques thérapeutiques dans leurs relations avec les autres pratiques sociales.

Ces réserves étant formulées, on peut constater que les thérapeutes pikinois -dont tous les aspects n'ont d'ailleurs pas été présentés - constituent un ensemble hétérogène et ouvert. Hétérogène, tant au niveau du contenu du savoir que des modes d'exercice et des degrés de reconnaissance sociale. Ouvert, car non limité dans le champ social (guérisseur ou infirmier, celui qui soigne ne reste jamais dans le seul domaine thérapeutique, mais intervient simultanément dans le politique, le religieux, l'économique, le juridique) et non limité à l'espace urbain (plus qu'ailleurs, la relation ville-village est une dimension essentielle dans les biographies du thérapeute et du malade). Les pratiques thérapeutiques apparaissent donc, non pas comme un ensemble fixe de structures finies, mais comme une série d'axes qui représenteraient le pouvoir, la légitimité, la spécialisation, la compétence, et probablement l'efficacité. L'intérêt que l'on décide de porter à l'un ou l'autre de ces aspects détermine le choix d'un éclairage et le renoncement à l'exhaustivité.

## PRODUCTION ET REPRODUCTION DES SAVOIRS

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

La principale critique des idées de L. LEVY-BRUHL sur les structures mentales pré-logiques et logiques a été faite par C. LEVI-STRAUSS (1962) qui réhabilite "la pensée sauvage" en la montrant aussi pourvue de logique, mais d'une logique différente, que la "pensée scientifique" : "elle répond à des exigences intellectuelles, avant, ou au lieu, de satisfaire à des besoins" (1962 : 17), elle "n'est pas un début, un commencement, une ébauche, la partie d'un tout non encore réalisé ; elle forme un système bien articulé" (1962 : 21). Cependant, d'une part, cette critique reste prisonnière d'un modèle dualiste eux/nous ; d'autre part, en refusant l'évolutionnisme, elle fait du même coup disparaître l'histoire.

Tout en demeurant dichotomique, l'analyse de R. HORTON (1967) se pose d'abord comme "une exploration exhaustive des traits communs aux pensées moderne occidentale et traditionnelle africaine avant toute énumération de leurs différences" ; dualisme toujours, mais dans une démarche comparative qui rapproche autant qu'elle oppose les deux systèmes de pensée. En effet, l'auteur relève, de manière très pertinente, les deux obstacles qui ont empêché les anthropologues de penser de façon moderne la pensée traditionnelle : leur méconnaissance "de la pensée théorique de leur propre culture" qui ne leur permet pas de saisir les similitudes dans les deux logiques - occidentale et africaine ; leur "aveuglement par une différence d'idiome" qui leur fait tenir pour dissemblables des modèles et des interprétations pourtant très proches. En insistant ainsi sur les

similitudes, du moins dans la première partie de l'article, R. HORTON met en avant, comme C. LEVI-STRAUSS - et DURKHEIM avant eux -, l'intellectualité de la pensée religieuse traditionnelle, sa profondeur théorique, sa distinction du simple sens commun ; surtout, il lève les deux blocages épistémologiques à la connaissance scientifique de la pensée africaine. Mais là encore, on semble évoluer dans un univers statique, anhistorique ; de plus, les obstacles proprement méthodologiques paraissent négligés.

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

Peut-être est-il possible d'aller encore un peu plus loin dans la démarche critique en intégrant l'observateur dans sa relation à l'observation, ou pour parler comme P. BOURDIEU (1980 : 7), "la connaissance des conditions de la connaissance". Or, dans le domaine du savoir plus encore que dans tout autre, la position du chercheur doit faire partie de la recherche : pour le guérisseur ou pour l'infirmier, il ne peut pas être indifférent que l'interlocuteur soit blanc, français et de surcroît médecin - ce qui a déjà été relevé à plusieurs reprises ; mais à l'inverse, le mode de pensée du sociologue, l'adoption des catégories **a priori**, le recours à des schémas occidentaux, le rapprochement avec la connaissance médicale moderne, l'utilisation du crayon et du magnétophone ne sont pas sans effets capitaux sur la production d'un savoir sur le

savoir. C'est ce que j'essaierai de montrer en ouverture à chacun des quatre chapitres concernant la constitution, la transmission, les mutations et les nouvelles formes de légitimation des savoirs à Pikine.

#### Chapitre IV : LA CONSTITUTION DES SAVOIRS

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

Comme le fait remarquer J. GOODY (1977 : 11), "il est certainement plus facile de percevoir des contradictions dans le texte écrit que dans le discours parlé en partie parce qu'on peut formaliser l'énoncé de manière syllogistique et en partie parce que l'écriture arrête le flux de la conversation orale si bien qu'on peut comparer terme à terme des paroles prononcées à différents moments et différents endroits". Il s'agit bien en effet de deux mécanismes distincts par lesquels le chercheur peut déceler des incohérences dans les propos de ses interlocuteurs : celui qui consiste à suivre méthodiquement la logique du discours au fil du monologue jusqu'à ce qu'apparaisse une dissonance (comme dans l'exemple de Diawly Ndiaye) ; celui qui rapproche, grâce au texte enregistré - par le crayon ou le magnétophone -, deux énoncés distants de plusieurs jours ou plusieurs mois (comme dans le cas de Modou Diouf, guérisseur serer, qui affirmait au cours de deux entretiens successifs : "ma connaissance me vient de mon père et ma mère, c'est la seule vraie connaissance, celle de la filiation", et : "tout le savoir que j'ai c'est dans les rêves que je l'ai eu, je n'ai rien appris de mes parents").

Particulièrement intéressante à ce titre est la transformation de l'énumération orale des ancêtres (dans la tradition des griots et des laudateurs) en un arbre généalogique écrit (correspondant au désir du chercheur non seulement de systématiser, mais aussi de reconstruire une vérité historique). Pour Cheikh Dia, marabout mouride, le passage de la

parole à l'écriture met en jeu les deux mécanismes d'identification des incohérences : en notant la liste de ses ascendants, j'y relevais des contradictions (une femme ayant un époux à deux générations de distance) ; mais en comparant trois versions successives, j'en notais également toutes les différences, puisque seuls les trois premiers ancêtres correspondent (figure 2). Lui-même en était d'ailleurs troublé, beaucoup de ses affirmations sur sa lignée étant restées jusque-là aussi imprécises que non contredites par son entourage.

En signalant ce problème réel rencontré par tous les ethnologues dans leurs enquêtes, il ne s'agit pas de montrer comment on "épingle" un homme de savoir en mettant en évidence des inexactitudes dans son discours, mais bien de rappeler que la connaissance est produite à travers les catégories et les instruments du chercheur. D'ailleurs, il est clair que c'est dans ces contradictions - ou plus exactement dans le décalage entre la logique de celui qui parle et la logique de celui qui écoute - que se révèlent des enjeux que l'anthropologue ne doit pas ignorer. Ainsi, concernant Cheikh Dia et sa généalogie, l'examen des différences entre les divers arbres proposés, montre qu'elles ne se situent pas, à quelques interversions près, dans la lignée paternelle directe, mais dans les rameaux collatéraux qui cherchent à le faire apparaître comme un parent à la fois du fondateur du mouridisme et du dernier prophète du tidjanisme - fait révélateur pour un marabout sans pouvoir, sans richesse, sans autre honneur que celui de dire la prière à la mosquée d'un petit quartier de Pikine.

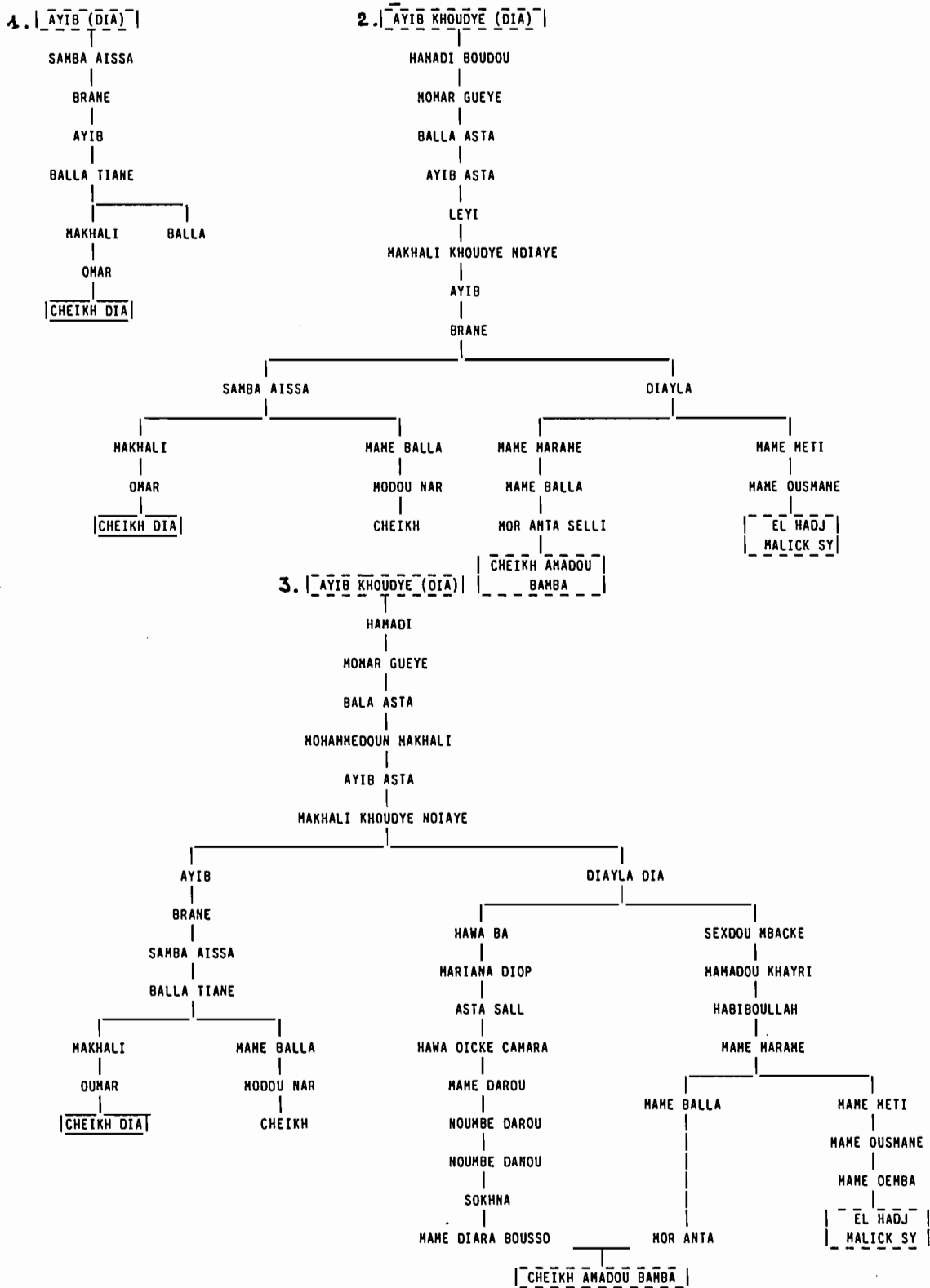
Le découpage en trois types de savoirs, obéit à la fois à la volonté de respecter les oppositions que font les Sénégalais entre les traditions africaines, musulmanes et occidentales (ce qui évite le schéma classique tradition/modernité), et aussi à la nécessité d'une présentation facilitant la lecture. Il va sans dire que la réalité est plus complexe et que de nombreux exemples essaieront de montrer les limites de cette classification.

### Savoirs traditionnels

Les descriptions ethnographiques qui se sont attachées à rendre compte des classifications de la maladie ou des indications de la pharmacopée ont peut-être conduit à sous-estimer l'élément d'imprécision et de transformation que rend inéluctable la transmission du savoir par la



FIGURE 2 : GENEALOGIE DE CHEIKH DIA (trois versions successives)



parole. Plutôt, elles ont souvent omis de rappeler qu'elles étaient à la fois des interprétations que l'ethnologue proposait et soumettait donc possiblement à réfutation (et non une "vérité sociale") et des modèles qui supposaient des variantes et des variations particulièrement révélatrices (et non un schéma fixé définitivement).

La plus classique de ces analyses conduit à opposer les causalités naturelles et surnaturelles, modèle longtemps débattu dans la littérature anthropologique comme le remarque G. FOSU (1981) qui l'adopte à son tour pour décrire la nosologie à Berekuso, village Akwapim du Ghana: en fait, les données recueillies l'obligent à regrouper "62 maladies spécifiques" en 3 catégories "46,6 % de causes naturelles, 39,3 % de causes surnaturelles, 14,1 % de causes à la fois naturelles et surnaturelles"; l'appareil statistique - qui se résume à une comptabilité simple - ne peut donc pas dissimuler la faiblesse du modèle (dichotomique) et de la méthode (questionnaire). Assez proche de ce schéma, quoique plus richement interprété, est celui de S. FAINZANG (1984) pour les Bisa du Burkina Faso : causalité mécanique "où la relation entre agent pathogène et corps malade résulte d'un contact physique" et "s'exerce en vertu des propriétés de l'objet en soi et de son aptitude à les transmettre", et causalité magique "sans nécessaire contact physique", mais "impliquant l'intervention des génies" et mettant "en cause la responsabilité des sujets à travers des comportements sociaux déterminés". Quelle que soit la contribution de ces diverses théories - arbitrairement choisies parmi d'autres- à la compréhension de la société qu'elles concernent, il n'est pas inutile de rappeler qu'elles donnent au lecteur une double illusion.

En premier lieu, elles laissent à penser qu'il existe, sous l'épaisseur du discours des guérisseurs (et, éventuellement, des patients), un modèle théorique structuré dont les sujets ne sont eux-mêmes que partiellement conscients et dont l'ethnologue peut se faire "l'inventeur". Toutes les maladies trouvent ainsi leur place dans une construction savante, comme celle de M. CARRIN-BOUEZ (1980) qui classe toutes les maladies des Santal du nord-est de l'Inde en : fièvres, rhumatismes, plaies, mal, et, à part, les convulsions ; ou celle de P.J. IMPERATO, cité par G. BIBEAU (1981), qui les ordonne "en quatre catégories correspondant aux quatre éléments cosmologiques (l'eau, la terre, l'air et le feu)". Or, ainsi que le font remarquer N. SINDZINGRE et A. ZEMPLINI (1981) à propos des Sénoufo de Côte d'Ivoire, écrire une "taxinomie médicale" serait une "entreprise absurde", car les causalités

formulées **a priori** "forment un ensemble fluctuant,... qui ne constitue en rien un corpus fixe ni un codage définitif".

En second lieu, ces nosologies d'ethnologue font croire que l'énoncé d'une classification est indépendant de celui qui l'énonce. Autrement dit, le modèle théorique est le même pour l'ensemble de la société ; d'ailleurs, l'information est la plus souvent présentée de manière indéfinie (on ne sait pas qui parle pour les Santal) ou généralisée (la guérisseuse Akwapim semble s'exprimer au nom de l'ensemble de la communauté de Berekuso). Cette présentation trompeuse est également relevée par N. SINDZINGRE et A. ZEMPLENI (1981) : "Lorsque l'ethnologue interroge son informateur sur les représentations de sa société, il le situe - et par là-même, il se situe - dans la position objectivante du sujet indéfini. Le Sénoufo, le 'on' qui lui parle au nom de sa catégorie sociale ou de sa culture, est invité à transformer en données **a priori** toute une série d'énoncés étiologiques qu'il a mémorisés au fil de ses expériences singulières". Remarque faite également par J. BAZIN (1985) à propos de croyances religieuses énoncées par un interprète bambara et regardées par un ethnologue peu critique comme représentatives de celles de l'ensemble de la société : "Comment un Bambara, questionné sur la religion, énoncerait-il en effet autre chose que la religion Bambara ?", ironise l'auteur.

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

mes diverses données d'enquête et la découverte des mêmes questions chez d'autres auteurs qui me l'ont rendu la plus probable.

Des difficultés similaires sont en effet relevées par G. BIBEAU (1981) dans son enquête auprès d'un guérisseur Angbandi du Zaïre: "A travers cette méthode qui enregistrait les divers actes réalisés par le patient ou la famille du patient dans leur quête d'un traitement (quest for therapy), je fus amené à la découverte que les noms changeaient souvent au cours du processus : parfois, il y avait un seul nom permanent assigné au cas, pendant toute l'évolution, mais la plupart du temps, j'étais confronté avec de nouveaux noms pour un problème de maladie apparemment semblable" ; ainsi, un même guérisseur paraît modifier son propre appareil théorique au cours du temps. De plus, N. SINDZINGRE et A. ZEMPLINI (1981) notent que "les modalités des connexions" établies "**a priori** entre maladies (ou symptômes) et configurations causales (causes, agent, origine)... forment un ensemble fluctuant, étroitement dépendant du locuteur", et qu'il en résulte au premier abord "un inventaire qui ressemble davantage à un bric-à-brac qu'à une taxinomie" ; évidemment, ce désordre apparent n'exclut pas un certain rangement que l'ethnologue essaie d'objectiver, mais non sous une forme unique, exclusive ou fixée.

Un exemple tiré d'une série d'entretiens avec des guérisseurs et guérisseuses diola, en Casamance et à Pikine, tous originaires du même village illustrera ces difficultés à reconstituer par écrit leur savoir. Ousmane Dieme m'explique : "Toute maladie s'appelle **kasuumutek**", et il en commence la longue énumération : **kasuumutek ati mumelam**, la maladie de l'eau ; **kasuumutek ati elacey**, la maladie de la salive amère ; **kasuumutek ati biegiiteb**, la maladie de l'esprit, etc.". Je lui demande : "Et la rougeole, **esivey** ?" Il me répond : "Non, la rougeole, ce n'est pas **kasuumutek**, c'est **erusey**, le vent". Je lui fais préciser les autres formes de maladies dues au vent ; il me parle des **seetanay**, esprits pouvant donner des crises, et de **ekiimey ati kuñiilak**, la coqueluche. Puis, je lui demande encore : "Et la maladie de la corne, **bariirab** ?" Cette fois, ce n'est ni **kasuumutek**, ni **erusey** : "C'est **kaben**, une protection que l'on fait". En poursuivant questions et explications, en recoupant les données, en reposant sous différentes formes les mêmes questions, j'obtiens une première "classification" : **kasuumutek**, un syndrome désigné par un terme purement descriptif (symptôme, organe) ; **erusey**, une maladie apportée par le vent (épidémie, soudaineté) ; **kaben**, un désordre nécessitant une protection par un objet (corne, amulette) ; **eneetey**, un rituel qui,

lorsqu'il n'est pas accompli, peut "prendre" une personne et lui donner nombre de malheurs (impuissance, stérilité, lèpre).

Babakar Badji, le lendemain, commence de la même façon : "kasuumutek, c'est le mot pour toutes les maladies", mais la sorcellerie, ayaalaw, et la blessure, musonta, n'en font pas partie ; le modèle se complique et devient peu à peu énumératif. Avec Bouramandi Badiane, des contradictions surviennent : la rougeole, c'est le vent, erusey, mais c'est également "la maladie que tu soignes à l'hôpital, kasuumutek" ; la protection du kaben est une plante et non un objet ; le kaben s'il n'est pas efficacement traité devient kasuumutek. Enfin, Aïssatou Badji ajoute les grands rituels eluñey, pour la circoncision des garçons (bukut), la stérilité des femmes (kañaaalen), la chasse (fuliññoraf), les funérailles (kellesulek). De plus en plus, ma nosographie ressemble à l'encyclopédie chinoise de Borges dont les animaux sont regroupés selon le seul principe de la construction arbitraire, comme une dérision de toute tentative classificatoire à venir.

En fait, la difficulté vient de ce que "le système de désignation (naming system) existe seulement à l'intérieur de situations contextuelles et que, pour cette raison, les chercheurs ne peuvent avoir accès au système technique de désignation que s'ils collectent les termes au cours d'épisodes effectifs de maladie" (BIBEAU 1981). Même dans ce type d'observation patiente, la totalité des schémas interprétatifs, pour un guérisseur donné, n'apparaîtra pas, tant les combinaisons possibles sont innombrables. Pour une maladie pourtant assez facile à reconnaître et aussi banale, puisqu'elle n'épargne pratiquement que les rares enfants vaccinés, qu'est la rougeole, on sait la multiplicité des niveaux étiologiques qu'elle fait intervenir chez les Peul et les Toucouleur (FASSIN 1986a) : contamination inter-humaine (on interdit de jouer avec les malades), transmission par le vent (à la fois élément physique et esprit maléfique), responsabilité de la mère (si l'évolution est défavorable), intervention de sorciers (en cas de décès), causalité ultime d'ordre divin (c'est une maladie de Dieu). Pour une même épidémie, les explications, et par conséquent les traitements, différeront selon les caractéristiques et l'évolution de la maladie, le contexte social et familial dans lequel elle survient, le thérapeute consulté et le moment où il est consulté.

En relevant cette complexité des systèmes interprétatifs autochtones, il ne s'agit pas évidemment de discréditer par avance toute tentative d'en rendre compte. Cependant, quels que soient la richesse de la théorie établie par l'ethnologue et le soin avec lequel il aura suivi les consultations de "ses" thérapeutes, le modèle ainsi réalisé ne lui permet pas de **pré-dire** l'interprétation, de choisir par avance et avec certitude la totalité de l'explication qui sera retenue par le guérisseur ; il ne pourra que **dire a posteriori** le pourquoi et le comment. Autrement dit : le nombre et la complexité des énoncés possibles ne sont pas réductibles aux limites d'un schéma dessiné sur une feuille de papier, par le simple fait de la différence des supports de l'énonciation - le discours parlé et le texte écrit. Deux faits apportent un élément de confirmation à cette thèse: d'une part, le devin, non seulement ne peut prédire les règles de sa prédiction (ce qui pourrait n'être qu'une incapacité à les décrire avec les instruments du chercheur), mais encore change fréquemment son explication pour peu que la maladie résiste à une première série de traitements ; d'autre part, pour un même malade, plusieurs guérisseurs du même village, consultés successivement, donneront des interprétations différentes et parfois contradictoires. Comment, dès lors, demander à l'ethnologue de "prévoir" l'explication ?

D'ailleurs, le thérapeute africain qui viendrait "enquêter" sur les modèles interprétatifs des médecins hospitaliers - à Dakar comme à Paris - aurait probablement aussi des difficultés à les systématiser. Et pas uniquement parce que leurs deux logiques - scientifique et traditionnelle pour reprendre les mots de R. HORTON (1967) - ne sont pas congruentes mais surtout parce que, pour nombre de maladies mal classables ("troubles psych<sup>o</sup>matiques", "désordres neuro-végétatifs", "épisodes fébriles inexpliqués", etc.), les explications diffèrent d'un clinicien à l'autre et, pour un même médecin, d'un moment à l'autre - en fonction de son expérience clinique et de sa connaissance de la littérature médicale à un instant donné.

Les rares travaux d'anthropologie de la maladie réalisés au Sénégal, toujours dans un contexte mono-ethnique et le plus souvent villageois, illustrent ces difficultés à constituer un corpus de savoirs traditionnels. Pour A. EPELBOIN (1983 : 18) qui travaille chez les Peul Bandé du Sénégal Oriental, "la tentation est forte de ne retenir, dans les classifications vernaculaires dégagées pas à pas, mot à mot, au fil du discours de mes informateurs, que ce qui est cohérent, de ne garder d'un

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

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

L'interprétation de la stérilité chez les Diola illustrera cette complexité des niveaux de causalité. Le point de départ : la femme qui ne peut pas avoir d'enfants, c'est-à-dire qui ne peut concevoir, qui fait des fausses couches ou qui perd des enfants en bas-âge. Les lieux de

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

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

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

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



tour, la mère fait des convulsions, et on reconnaît là les **seetanay**, diables islamiques, qui sont du ressort des marabouts.

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

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

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

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

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

Cette illustration est certes encore simplificatrice. Elle ne tient pas compte des recours extérieurs (par exemple, au guérisseur bambara du cas II à qui on reconnaît le succès final - grossesse de la femme - et qui devient donc partie constitutive du schéma explicatif). Elle ne considère que quatre histoires brièvement rapportées (qui ne rassemblent bien sûr pas toutes les combinaisons étiologiques possibles).

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

### Savoirs islamiques

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

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

L'écrit, aayé, peut être réalisé sur une feuille de papier (figure 3) que l'on place dans un sachet de cuir, sous forme d'amulette (teéré) destinée à être portée ou accrochée dans une maison ; ou bien sur une planchette de bois qui est ensuite lavée, l'eau ainsi recueillie (saafara) servant à la boisson ou aux ablutions. Les mots sacrés peuvent

FIGURE 3 : ECRIT CORANIQUE DESTINE A LA CONFECTION D'UNE AMULETTE

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ اللّٰهُمَّ صَلِّ عَلٰی سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ  
 وَعَلٰی اٰلِهِ وَصَحْبِهِ وَسَلِّمْ تَسْلِيْمًا بِاَبْوَابِ الْعَقْلِ مَرًا زَادَ اِنْ يَجِيءُ  
 الْعَقْلُ حَتّٰی يَكُوْنُ وِلِيًّا تَكْتَبُ فِي الْوَجْهِ وَيَسْرِبُهُ وَتَدْخُلُ فِي الْاَدْوَانِ  
 وَاحِدًا وَيُقَسِّدُ بِهِ وَجْهَهُ وَبِاَنَّهُ لَا يَسِيْ اِبْدَ اَمَّا يَسْمَعُ  
 اَوْ يَبْرِي وَيَقُوْلُ حَيْفَهُ الْفِيْدَا وَفِيْرَسْ حَفَهُ الْعَدُوْ وَفِيْرَسْ  
 ثُمَّ اِسْمُ اللّٰهِ بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ يَا اللّٰهُ يَا اللّٰهُ

FIGURE 4 : CARRE MAGIQUE UTILISE A DES FINS THERAPEUTIQUES  
(Dessin de Serigne Mbaye Diakhate)

٤	٩	٦
٣	٥	٧
٨	١	٢

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

aussi être prononcés "sur" une plante, une racine, une poudre afin d'en augmenter le pouvoir ; ou bien sans "support" matériel dans une invocation à Dieu, technique prônée par les musulmans les plus orthodoxes. Enfin, il existe diverses méthodes de calcul dont la plus simple consiste à donner une valeur numérique à chaque lettre et à additionner les nombres ainsi constitués ; l'introduction d'un nom de Dieu sous forme chiffrée confère au total finalement obtenu au pouvoir magique. Certaines techniques mélangent l'énonciation de versets et le calcul des nombres sacrés (figure 4).

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



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

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

variantes : il s'agit toujours de "calculer", à partir de noms sacrés - Adama, Ava , Mohammed, etc. -, l'avenir, les chances de guérison, le nombre d'enfants, l'issue d'un voyage.

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

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

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

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

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

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

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



## Savoirs biomédicaux

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

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

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

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

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

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

Est-ce - autre signe distinctif facile à identifier - le recours à des thérapeutiques différentes de celles des guérisseurs (plantes, incantations, rites) et des marabouts (prières, bénédictions, amulettes) et semblables à celles des praticiens occidentaux - le médicament constituerait en quelque sorte le support matériel universel d'une médecine souvent appelée "cosmopolite" ? Mais alors, que dire des colporteurs installés sur les marchés ou déambulant dans les ruelles, qui non seulement vendent ces mêmes médicaments, mais en donnent également les indications et les posologies selon des principes où se mêlent les prescriptions écrites des modes d'emploi, les vagues conseils de camarades

travaillant dans une pharmacie et les intuitions du bon sens - un même produit, le paracétamol, est ainsi donné pour les maux de tête, lorsqu'il sort d'une boîte dont l'emballage montre un homme se tenant le front, et pour les douleurs diffuses, lorsque le conditionnement ne laisse pas apparaître de représentations imagées.

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

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

En fait, le recours à un double registre d'interprétation est banal en médecine - où le généraliste de la région parisienne ne se distingue pas beaucoup du praticien africain lorsqu'il fait appel au sens commun plutôt qu'au raisonnement positiviste pour expliquer à son malade

qu'il a fait une dépression à cause du surmenage, qu'il se sent fatigué à cause des antibiotiques, qu'il va se remettre en forme avec un fortifiant ou qu'il doit traiter son hépatite avec des extraits de foie. Il y a dans ces explications une proximité rassurante avec le discours du malade, un langage de connivence entre le médecin et son patient. Tout comme entre l'infirmier pikinois et son consultant épileptique : tous deux savent bien qu'il ne s'agit pas d'un simple cas médical (même si les médicaments sont prescrits et acceptés), mais bien d'une affaire de rab ou de jiiiné qui nécessite d'autres recours.

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

Dans le confortable salon de sa maison récemment construite à Golf Sud, Aïssa raconte sa "maladie". Elle est mariée depuis trois ans et n'a pas encore d'enfants. Elle a d'abord fait trois fausses couches en début de grossesse qui l'ont amenée à consulter successivement plusieurs médecins et guérisseurs. Ceux-ci lui ont dit, après divination, qu'il s'agissait : pour le premier - un Wolof du Saloum - d'un empoisonnement ; pour le second - un Bambara de Kugel - d'un maléfice ; pour le troisième - un Manding de Gambie - d'une attaque de rab ; chacun a proposé un traitement et a demandé des aumônes. Ceux-là ont prescrit des examens complémentaires et donné des ordonnances ; en fait, lorsqu'elle va voir des médecins (le plus souvent dans le secteur privé), elle leur parle de "douleurs dans le ventre" sans évoquer spontanément son "problème de procréation" ; comme "les médecins n'ont pas le temps et te renvoient très vite", ils ne s'embarrassent pas d'une anamnèse fouillée et, puisque leur patient se plaint de l'abdomen, ils demandent une radiographie de l'estomac (qui est bien sûr normale) et ordonnent des antalgiques (qui ne l'améliorent pas). Au début de 1984, elle est à nouveau enceinte ; cette fois, elle passe le cap fatidique du premier trimestre et se prend à espérer ; au cinquième mois de grossesse, elle ressent des douleurs

abdominales, s'en inquiète et consulte un gynécologue qu'elle ne connaît pas encore. Elle lui explique ses symptômes et lui dit qu'elle a déjà perdu trois grossesses ; elle oublie de signaler qu'elle est actuellement enceinte, croyant que le médecin le voit ; celui-ci ne l'interroge pas plus avant, ne l'examine pas, et prescrit une radiographie de l'utérus. Au cours de l'examen, elle a de violentes contractions, dans la soirée elle commence à saigner, le lendemain, elle avorte ; sur les clichés d'hystérogaphie qu'elle me montre, on voit, en négatif, le fœtus. Après trois ans de mariage, Aïssa, qui vient de perdre sa quatrième grossesse, est toujours sans enfant.

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

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

médicale) n'ont pu fournir une interprétation, et par conséquent un traitement adapté au mal dont elle souffre.

D'une manière plus générale, il s'agit ici de remettre en cause l'idée, implicitement admise par les médecins et leurs patients, que la médecine est simplement "une science biologique appliquée", comme le note A.V. CICOUREL (1985) qui la voit au contraire au centre d'une "interaction sociale" où "les croyances, la connaissance et le raisonnement du médecin et du patient" interviennent simultanément. Cette idée de pratiques "artisanales" rapprocherait ainsi le médecin du bricoleur et de la pensée sauvage plus que de l'ingénieur et de la pensée scientifique pour reprendre l'image de C. LEVI-STRAUSS (1962). Pour pousser un peu plus loin le paradoxe, on pourrait même rechercher systématiquement les usages magiques des attributs modernes de la médecine : le stéthoscope et le tensiomètre qui ont plus pour fonction de manifester le pouvoir du soignant que de lui permettre un diagnostic ("prenez-leur la tension, me disait souvent un enquêteur qui m'accompagnait chez les guérisseurs, de cette façon ils voient que vous êtes vraiment docteur") ; la "radioscopie" dont les quatre médecins (sur six) qui en disposent, disent qu'elle donne aux patients l'impression qu'on "voit la maladie à l'intérieur du corps" ; le "Bionar" de l'un des praticiens de Pikine qui le présente comme une "acupuncture électronique pour traiter les douleurs" et en a étendu les indications aux stérilités ; les injections de vitamine B faites pour n'importe quel symptôme associé à une fatigue, l'effet du mot "vitamine" se conjugant à l'effet du mode d'administration pour un gain d'efficacité symbolique.

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

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

## Chapitre V : LA TRANSMISSION DES SAVOIRS

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### La révélation

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

Pour Mamadou Dara Ba, guérisseur peul et délégué de quartier de Wakkinane III, c'est Yero Niwal l'ancêtre mythique : "Niwal veut dire éléphant. Yero était un grand chasseur. Un jour, il est parti en brousse. Dans la forêt, il a vu un éléphant et l'a suivi. Au moment de tirer sur l'animal, il s'est aperçu qu'il devenait blanc comme de la percale : il a pris peur et s'est mis à tirer sur la terre, tout en récitant des versets. Un peu plus tard, l'éléphant a retrouvé sa couleur noire, et Yero, rassuré, a saisi son fusil et a tiré sur l'animal. Alors, l'éléphant est devenu rouge comme le sang. Tous les deux immobiles, ils sont restés face à face depuis huit heures du matin jusqu'à trois heures du soir. Puis, l'éléphant a prononcé à voix haute : Yero Niwal on te nomme, mais tu n'es pas de ma race ; pourquoi veux-tu me tuer ? Et il a ajouté : Viens, je vais te montrer un secret ; tout ce que tu veux, tu pourras l'obtenir. Mais Yero se méfiait : si je m'approche, tu vas me tuer. Alors l'éléphant lui a répondu : si je devais te tuer, je l'aurais déjà fait. Yero s'est donc approché, l'éléphant a ouvert la bouche. Au fond de sa gorge, il y avait le secret. Yero l'a pris. Mets-le dans l'eau et bois-le, a dit

ensuite l'animal. Et Yero a bu. Puis, l'éléphant a encore parlé : vois ces arbres - chacun d'eux pourra te donner ce que tu veux ; entends ce verset - chaque fois que tu auras besoin de quelque chose, tu pourras t'en servir. C'est de Yero qu'est venu notre savoir. Le savoir des plantes pour soigner les maladies et donner la force et le savoir des animaux pour comprendre le cri du charognard et le beuglement de la vache. Cela, tu peux le demander aux Peul **besinaaBé**".

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

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

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

La tragique impossibilité d'échapper à la sorcellerie autrement qu'en devenant soi-même chasseur de sorciers apparaît encore plus manifestement dans l'histoire de ce couple de guérisseurs toucouleur habitant les quartiers de Medina-Gounasse. Lui est "né avec la chair savoureuse", c'est-à-dire condamné à être la proie préférentielle des sorciers ; dans son enfance, il était sans cesse malade et surtout très agité la nuit ; "c'est pour ne pas mourir que j'ai appris, auprès de mes tantes paternelles, au village". Elle est "née avec une ombre blanche" qui la rend facilement reconnaissable par les sorciers, la nuit, au milieu des ombres des autres humains ; son père, sa mère, et sa grand-mère maternelle ont été tués par les sorciers ; "dans ma famille maternelle, on meurt jeune" ; elle-même a été "prise" très tôt, enfant chétive, puis femme stérile, aujourd'hui insuffisante cardiaque ; mais elle n'a pas voulu apprendre à soigner, "car si tu chasses les sorciers, c'est très dangereux, ils t'étoufferont, ils t'empêchent de procréer ou ils dévorent tes enfants". Victime de la sorcellerie, on reste toute sa vie sous la menace des forces du mal-qu'on affronte délibérément le danger en devenant à son tour chasseur de sorciers, ou qu'on tente d'y échapper en se contentant du traitement des guérisseurs.

Cas limite, la maladie montre exemplairement un trait essentiel de la révélation : son caractère imprévisible, unique et

nécessaire. On ne choisit pas de recevoir la révélation, on est choisi - par son destin, par les esprits, par Dieu, d'où la force de ce mode d'acquisition du savoir : rien n'est discutable ou contestable, car rien n'est prouvable. Il faut croire. Au commencement est la révélation.

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

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

Il semble probable qu'en ville, le fait de pouvoir évoluer dans un milieu où l'on n'est pas connu - à la différence du village où les relations de parenté, d'alliance et de voisinage sont nécessairement très fortes -, favorise l'apparition de savoirs **ex nihilo**, ou plutôt sans la légitimité conférée par l'hérédité ou l'apprentissage. Néanmoins, il ne s'agit en aucune façon d'un phénomène nouveau ou proprement urbain, puisque, d'une part, il est rapporté au début du siècle à propos des

grands chefs religieux (MARTY 1917) et, d'autre part, il existe à l'heure actuelle en zone rurale, les exemples les plus connus étant les prophètes-guérisseurs de Côte d'Ivoire (AUGE 1975). Le discours fréquemment entendu à Pikine sur la multiplication des faux marabouts et le développement du charlatanisme en ville ne peut donc pas être accepté sans réserve.

### L'héritage

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

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

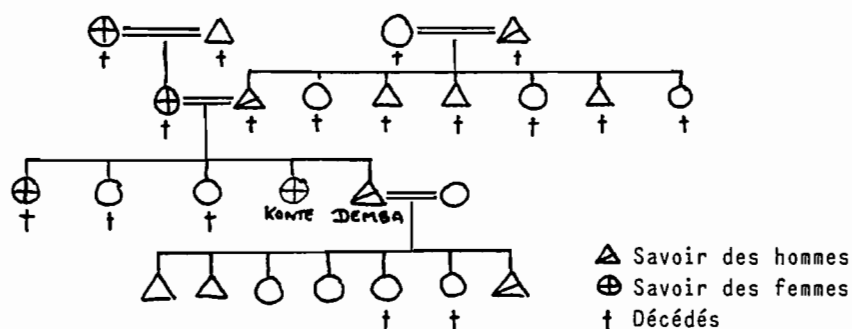
En fait, l'écart entre la théorie et la pratique de la transmission des savoirs est un bon révélateur des enjeux sociaux sous-jacents. Lors d'un entretien avec un guérisseur diola qui avait toujours vécu en Casamance, je l'entendais d'abord m'expliquer en détail que la connaissance passe du père au fils, de l'aîné au cadet. Lui-même était le plus âgé de son patrilignage et son cousin Abdou, fils de son oncle paternel, devait lui succéder à sa mort. Mais il ajouta : il faut aussi donner à celui qui est le plus intéressé dans ce savoir. Malgré le caractère sybillin de cette phrase, je ne poursuivis pas, car nous étions assis devant sa maison, en présence de parents. Un peu plus tard, il me prit à part, m'entraînant dans sa chambre : en fait, c'est à un autre

cousin parallèle patrilatéral plus jeune, Ansoumana, qu'il allait confier ses secrets. Les lois pratiques de la transmission du savoir tiennent donc compte de la situation sociale concrète, et notamment des conflits et rivalités à l'intérieur du groupe lignager entre les cousins candidats à l'héritage - qu'il s'agisse de pouvoirs magiques, politiques ou économiques.

Plus l'enjeu est grand, et plus les tensions sont fortes au moment de la passation. Un exemple célèbre au Sénégal est celui de la succession de Cheikh Amadou Bamba, qui a vu l'affrontement du frère le plus âgé (Cheikh Anta Mbacke) et du fils aîné (Mamadou Moustapha Mbacke) du prophète. Le premier se réclamait de la tradition selon laquelle c'est le plus âgé du patrilignage qui hérite des pouvoirs lignagers ; le second se fondait sur le fait que, son père étant le fondateur du mouridisme, la transmission par le sang commençait avec ses fils ; ce fut Mamadou Moustapha qui finalement succéda à son père (grâce notamment à l'intervention des Français). A sa mort, quelques années plus tard, le même problème se posa à nouveau entre ses frères, ses cousins et ses fils ; cette fois, ce fut Falilou Mbacke, le frère le plus âgé, qui devint Khalife Général, restaurant ainsi la règle de la transmission au plus ancien du lignage, et non à l'aîné des fils (BEHRMAN 1970).

Dans la tradition animiste, le savoir des hommes est souvent séparé du savoir des femmes, et se transmet parallèlement aux garçons et aux filles. Ainsi, dans la famille de Demba Kanoute, guérisseur soninké, le savoir des hommes (**yugu ntuwaxo**) concernent les plantes et la chasse, et le savoir des femmes (**yaxari ntuwaxo**) permet de soigner les maladies des enfants et des femmes enceintes. Le premier est transmis à l'aîné des garçons, le second à l'aînée des filles (figure 5) ; on peut en fait constater une "irrégularité" à la dernière génération - enfants de Demba - puisque c'est son cadet à qui il a choisi de transmettre ses secrets.

**FIGURE 5 : TRANSMISSION DU SAVOIR DANS LA FAMILLE DE DEMBA KANOUTE**

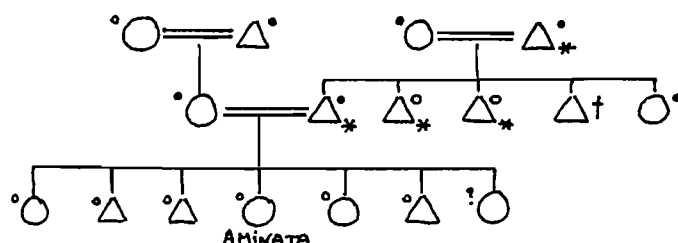


Cette différenciation sexuelle de la connaissance prend en compte le devenir différencié des enfants : les secrets donnés aux garçons restent dans le lignage, ceux confiés aux filles vont passer dans d'autres groupes après leur mariage. L'instabilité lignagère du savoir féminin contribue ainsi à le dévaloriser.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

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

En fait, comme on a déjà pu s'en rendre compte, le savoir est rarement différencié aussi nettement en animiste et coranique, et surtout, dans une même famille, on trouve fréquemment des détenteurs des deux formes de savoir. Comment se fait alors la transmission de la connaissance, si l'on tient compte en même temps de la division sexuelle du travail thérapeutique ? La généalogie d'Aminata Bari, guérisseuse soninké, illustrera les principes qui se dégagent alors de la complexité de la reproduction des savoirs (figure 6) :

**FIGURE 6 : TRANSMISSION DU SAVOIR DANS LA FAMILLE D'AMINATA BARI**



- . : savoir traditionnel pratiqué
- ° : savoir traditionnel non pratiqué
- \* : savoir coranique

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

**A priori**, rien d'hérité dans la médecine moderne : il s'agit d'un apprentissage universitaire, et le choix des élus se fait par une sélection dont les critères sont normalement les aptitudes et les connaissances. Pourtant, il est probable que si l'on interrogeait les actuels étudiants en médecine, on trouverait - comme c'est le cas en France par exemple - un pourcentage significativement plus élevé de parents médecins que dans la population sénégalaise, et de manière plus générale une origine plus fréquente dans les classes aisées (cette étude,



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

### L'apprentissage

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

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

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

Plus tard, devenu plus riche ou plus savant, le guérisseur pourra acheter ou échanger des secrets. Ainsi Matar Mbaye dit avoir payé 500.000 F CFA au Chérife Moulaye, dans le désert du Ferlo, pour obtenir le secret du **gendel**, technique lui permettant de découvrir les voleurs ; et Serigne Lo a donné 30.000 F CFA à Serigne Sall pour avoir la composition du mélange qui avait guéri sa propre maladie et dont il allait généraliser l'usage à une dizaine de maladies. De même, Demba Kanoute, devenu un thérapeute reconnu, part quelques mois chaque année, allant de village en village pour y acquérir de nouvelles connaissances, en échange des siennes.

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

guérisseur confère une légitimité comparable à celle qu'on obtient en sortant d'une Grande Ecole en France ou d'une bonne Université aux Etats-Unis. D'où l'importance pour l'apprenti de situer son apprentissage.

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

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

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

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

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

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

les pratiques réelles est retrouvé dans les trois : les modalités d'acquisition du savoir (la transmission orale joue un rôle variable mais toujours présent) et la confrontation avec l'expérience (la réaction aux échecs et aux réussites de ses traitements fait partie de l'apprentissage) peuvent rendre compte de cet écart. Enfin, même l'enseignement des "trucs du métier" rapproche les trois : le morceau de bois qu'extrait le guérisseur de la zone douloureuse du corps de son malade, le calcul qu'effectue ce marabout sur sa tablette, la mesure de la tension artérielle que prend le médecin pour montrer qu'il examine véritablement son patient.

Pour ne pas que la présentation en trois parties - révélation, héritage, apprentissage - laisse accroire à une incompatibilité des trois modalités, on peut en conclusion se rapporter à l'histoire de la formation de Demba Kanoute, guérisseur soninké.

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

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

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

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

## Chapitre VI : LES MUTATIONS DES SAVOIRS

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

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

Mais par ailleurs, en étudiant les mutations, le chercheur ne peut pas se considérer comme un observateur en position de neutralité. D'une part, il introduit - individuellement ou collectivement - des changements dans les comportements, surtout s'il est médecin travaillant sur les pratiques médicales ; lorsqu'on voit certains guérisseurs se

servir des tensiomètres ou faire des injections, on ne peut guère nier l'influence du modèle biomédical - même si ce n'est pas l'anthropologue médecin qui l'a apporté personnellement. D'autre part, et surtout, il induit un certain type de réponse qui peuvent tendre à majorer (ou à déformer) le changement ; cet effet pervers plus pernicieux que le premier, est à la fois inévitable et inextractible de la matière des entretiens ; il ne doit pas pour autant être oublié dans la rédaction des conclusions ; une étude faite à Pikine montrait ainsi que les femmes interrogées au dispensaire où elles avaient amené leur enfant diarrhéique signalaient moins souvent avoir eu précédemment recours à un praticien traditionnel que celles questionnées chez une guérisseuse ne déclaraient avoir consulté au dispensaire avant ; en donnant ce résultat, on oubliait simplement de relever que, les entretiens étant menés par un médecin français (**doktoor tubaab**), on s'autorisait plus à lui parler de ses visites au dispensaire que chez le guérisseur.

### Spécialistes et généralistes

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

Chez les Toucouleur et les Peul, il existe traditionnellement une grande finesse dans la précision des termes désignant les praticiens (les informations qui suivent ont été fournies par Abdoul Sow et se rapportent particulièrement à la Vallée du Fleuve entre Podor et Matam) : **mocoowo**, celui qui récite et souffle sur la partie malade ; **fiBoowo**, celui qui noue une cordelette ; **cumoowo**, celui qui brûle avec une lame rougie au feu ; **tupoowo**, celui qui perce les abcès avec une aiguille rougie ; **fesoowo**, celui qui scarifie une zone douloureuse ; **ceekoowo**, celui qui incise avec un couteau ; **duunoowo**, celui qui circonscrit ; **kumbitoowo**, celui qui fait des saignées ; **jokoowo**, celui qui redresse les fractures ; **fokoowo**, celui qui remet les luxations ; **fofoowo**, celui qui masse, en



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

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

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

Car les bouleversements démographiques de la Vallée du Fleuve ne sont pas seuls en cause. Le contact avec le mode de vie citadin et

moderne déprécie certaines pratiques jugées archaïques - même si, comme on le verra, le savoir traditionnel fait l'objet d'une revalorisation très forte. L'extension des réseaux de postes de santé et d'équipes mobiles, ainsi que l'amélioration des voies de communication qui rendent plus accessibles les hôpitaux, y compris de Dakar, contribuent à faire disparaître des pratiques trop spécifiques. Le savoir des marabouts, notamment des **joom lasaraar** qui pratiquent la magie, et des guérisseurs animistes non spécialisés, regroupés sous le nom de **wileeBé** résiste mieux car il repose moins sur des gestes techniques et s'appuie beaucoup sur l'élément surnaturel qui donne son sens à la maladie.

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

Ce qui vient d'être exposé pour les Toucouleur et les Peul s'applique également aux autres groupes ethniques. Ainsi, chez les Soninké, qui connaissent un mouvement migratoire encore plus important, notamment vers la France, la spécialisation tend également à s'effacer (les explications qui suivent m'ont été données par Ablaye Traore et concernent avant tout le Sénégal Oriental). Le **buyindaana** qui brûle la partie malade, le **butundaana** qui perce les abcès, le **kutundaana** qui

scarifie, le **salindaana** qui circonçoit, le **tabiibé** qui remet les fractures et les luxations ont souvent une pratique héritée dans le groupe statutaire (ce sont les forgerons qui circonçoisent) ou lignager (à Bakel, les Diakhate soignent les problèmes orthopédiques). Mais là encore, certaines techniques tombent en désuétude, à la fois par la déconsidération dont elles sont l'objet - certaines étant jugées cruelles ou dangereuses comme les cautérisations au fer rouge -, et par l'absence de candidats à la relève. Plus nettement encore, à Pikine, parmi les treize guérisseurs soninké et bambara que j'ai connus (soit rencontrés, soit identifiés), aucun n'avait une spécialisation, tous étaient polyvalents, même si certains avouaient leurs lacunes dans certains domaines.

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

Le cas des Wolof et Lebou est un peu particulier dans la mesure où le Cap-Vert fait partie des possessions coutumières et Dakar est pour beaucoup la terre de naissance. Dans leur monographie sur les pêcheurs lebou, G. BALANDIER et P. MERCIER (1952) avaient relevé la division sexuelle des pratiques magico-religieuses, et donc thérapeutiques, les femmes assurant le maintien de l'animisme et les hommes se faisant les gardiens de l'islam. En ce qui concerne le **ndēp**, rituel de possession à base religieuse traditionnelle et à vocation thérapeutique, ou le **samp**, forme mineure du précédent (ZEMPLENI 1966), les

officiants continuent à être des femmes mais leur nombre diminue (LE COUR GRANDMAISON 1972). Pour celles qui, comme Khady Ndiaye à Fass, ont (ou avaient) leurs autels dans les quartiers de Dakar qui vont être (ou ont été) déplacés, le problème du changement de lieu se pose avec acuité : comment déplacer des lieux sacrés ? Dans le même temps où l'on voit s'accumuler des menaces sur les pratiques spécialisées des **ndëpkat**, on constate au contraire une multiplication des marabouts-guérisseurs wolof dont les pratiques diversifiées et mobiles se prêtent mieux aux changements urbains.

A travers l'étude de ces différents systèmes médicaux, il s'agit de montrer que la dé-spécialisation des thérapeutes traditionnels répond à des transformations matérielles autant qu'idéologiques de la société - villageoise comme urbaine, quoiqu'à un moindre degré. Transformations matérielles que sont les changements écologiques, responsables de l'émigration de ceux qui ne reprendront donc pas l'héritage du savoir parce qu'ils seront devenus ouvriers à Dakar ou à Paris, mais aussi et plus radicalement les changements dans les conditions de production qui font, par exemple, qu'un jeune Toucouleur de la caste des forgerons, promis au travail du métal et aux pratiques de circoncision, va, grâce à ses bons résultats scolaires, étudier à l'Université et devenir ingénieur. Et transformations idéologiques qui rendent inacceptables certaines techniques de soins - percement d'abcès à la pointe rougie ou brûlage d'une entorse au fer -, lorsque des gestes plus anodins peuvent être effectués dans les dispensaires, et qui tendent à dévaloriser ces savoirs purement techniques au profit de la médecine moderne ou, au contraire, de la médecine magique.

### Mimétismes et syncrétismes

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

extérieurs (voisins, envahisseurs, conquis). A l'intérieur d'un même village, voire d'un même lignage, le savoir n'est jamais homogène, et il se transmet en se transformant.

Les guérisseurs vont le plus souvent de village en village, jusqu'au Mali, en Mauritanie, en Gambie ou en Guinée, complétant leurs connaissances, comparant leurs résultats, échangeant leurs secrets. Comme l'explique Diakaria Diara qui a eu trois maîtres Bambara dans le Bélédougou : "Pour une même maladie il arrive que les trois aient donné des remèdes différents, c'est-à-dire des racines différentes à couper des jours différents. Et aussi, pour la même plante, il peut y avoir des indications différentes. Aujourd'hui que je possède leurs trois savoirs, lorsqu'un malade vient me voir, je lui donne d'abord le traitement du premier maître ; si c'est inefficace, j'essaie le second, puis le troisième. Ou bien, je peux mélanger deux traitements si je n'ai pas assez de l'un d'eux". Une telle inventivité - qui n'a rien à voir avec le charlatanisme, mais constitue au contraire la base de l'empirisme des thérapeutes - met le guérisseur à l'abri du sentiment d'impuissance - il a toujours quelque chose à proposer au malade qui revient non guéri -, en même temps qu'il discrédite toute tentative d'établir un dictionnaire des pharmacopées qui présenterait une codification autochtone des indications et des posologies - chaque praticien a son propre schéma thérapeutique et le choix dans cette diversité ne serait que l'arbitraire de l'auteur.

Au contact les unes des autres, les représentations et les pratiques se transforment, l'effet purement linguistique dû à la traduction d'un mot dans un autre dialecte n'étant pas le moindre facteur de changement de sens. Ainsi, rencontrant l'islam et sa démonologie, les représentations autochtones se sont immédiatement modifiées : les **bisira** des Soninké, les **ginay** des Diola, les **pangol** des Serer et les **rab** des Wolof sont devenus des **jiiné** et des **seytaané**, mots arabes déformés. En quête de ces mutations dans l'univers symbolique des guérisseurs, j'ai souvent cherché à établir des différences entre ces divers esprits, tour à tour protecteurs ou malins, pour toujours finir par me heurter à des réponses telles que : "ce que nous, les Soninké, nous nommons **bisira** c'est la même chose pour les **jiiné** pour les Arabes". En fait, s'exprimant en soninké, le guérisseur, parlait de **jiiné**, et c'était, de façon un peu absurde, moi qui lui demandais de me dire le mot exact pour obtenir le terme soninké **bisira**... Ma question ne semblait pas avoir de sens pour mon interlocuteur, puisque ces génies se ressemblaient, parlaient aux devins

pendant la nuit, se vengeaient de leurs rivaux par jalousie et provoquaient les mêmes maladies : leur existence sociale - leur apparence, leur histoire, leur fonction - paraissait indissociable, même si les **bisira** sont des génies du Fleuve alors que les **jiiné** sont des créatures de Dieu tirées d'interprétations du Coran. Cette islamisation (se traduisant, au plan linguistique, par une arabisation) n'est que l'illustration d'un phénomène plus général observé au contact de deux cultures où l'une joue un rôle dominant : ici, prééminence idéologique de l'islam sur les traditions pré-islamiques qui fait remplacer **bisira** par **jiiné** ; là, prééminence linguistique du wolof sur le serer qui conduit à utiliser **rab** pour **pangol**.

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

L'adoption de nouvelles pratiques correspond, en même temps qu'à la reconnaissance de leur efficacité complémentaire sinon supérieure, à un intérêt bien compris du guérisseur qui ne renonce pas totalement à ses anciennes habitudes : il change sans se renier. Moussa Traore, formé auprès de grands guérisseurs bambara dans sa jeunesse, s'est

tourné vers les marabouts du Mali puis de Mauritanie ; il est ainsi devenu le premier musulman de sa lignée. Il déclare avoir abandonné de ses pratiques de soins "tout ce qui est contraire à la religion : les rites, et les offrandes de vin ou de sang" ; mais il a conservé tout ce qui, dans l'enseignement de ses premiers maîtres, n'était pas dénoncé par l'islam, allant même jusqu'à monnayer les secrets coraniques de ses marabouts avec ses propres secrets traditionnels. Aujourd'hui, il mélange techniques divinatoires bambara et musulmanes, interprétations par les sorciers et par les génies, traitements par les racines bues en décoction et versets portés en amulettes, rappelant à ces interlocuteurs - convaincus par avance - que "la maladie que donne le marabout, le Bambara peut la guérir, mais la maladie que donne le Bambara, le marabout ne peut que la soigner".

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

Doudou Dieme, guérisseur diola renommé et fréquenté - c'est l'un des rares thérapeutes traditionnels chez lequel j'ai trouvé, à chacune de mes visites, des patients en attente d'une consultation - réussit un remarquable mélange de connaissances et de pratiques. D'une lignée réputée dans le savoir (de Djagoug, en Casamance), il s'est formé à la fois auprès de son père guérisseur, de son frère aîné marabout et de son instituteur à l'école française du village : il connaît ainsi les plantes et leurs indications, les versets et leurs secrets, l'écriture et le calcul. Ses techniques de divination font appel à des procédés diola - la natte, **kabasaak**, ou la corne, **kasiinak** - et musulmans - le rêve, **lastakar**. Ses diagnostics font appel à des catégories nosologiques variées : pour un cas d'impuissance, il invoque le non respect d'un rituel diola (**eneetey**), ou la possession par les esprits islamiques (**jiiné**) ou encore le **xala** bien connu des Wolof et souvent dû à un travail maraboutique (**ligeey**). Ses

traitements nécessitent des offrandes (il peut s'agir d'une boîte de lait concentré, d'une bougie, d'un billet, etc.) déposées sur ses autels domestiques, des plantes cueillies en Casamance ou des versets du Coran. Mais, héritage de son passé scolaire, il tient un livre de consultation sur lequel il note le nom du patient, le type de maladie, le traitement prescrit et le prix payé, et distribue des tickets numérotés dans sa "salle d'attente", c'est-à-dire la cour de sa concession, pour éviter les contestations. Cette image "moderne" qu'il se donne est encore renforcée par le port d'une blouse blanche - costume peu en usage chez les praticiens traditionnels... Thérapeute sérieux dont nul ne songe à nier la compétence, Doudou Dieme fait ainsi la démonstration des remarquables capacités d'adaptation au marché de la maladie et du malheur dont font preuve la plupart des guérisseurs "qui réussissent".

### Aînés et cadets

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

Un guérisseur manding de Pikine raconte : "Lorsque j'ai commencé à parler avec les génies (**jiiné**), mon fils est tombé malade. J'ai tout essayé pour le soigner, mais rien n'y a fait. Une nuit, un génie est venu, il m'a nommé neuf plantes pour guérir mon fils et il m'a dit de ne plus soigner avant l'âge. J'ai promis, et l'enfant a guéri. Depuis, je soigne avec les plantes, mais je n'utilise plus le savoir magique". Un marabout de Casamance évoque un épisode comparable : "Mon grand-père, Fode Drame, a reçu le savoir de son père, Ibrahima Drame, fondateur de notre



village. Ses trois frères, Kelountang, Sana, et Tidjane ont quitté la maison familiale et sont partis dans un autre village où ils ont commencé à exercer. Mais comme ils avaient ainsi bafoué la tradition, aucun de leurs enfants n'a pu recevoir la connaissance et il n'y a plus aujourd'hui aucun homme de savoir dans leur village". En fait, celui qui parle ainsi, pratique lui-même alors que son frère vit encore, mais explique que c'est celui-ci qui l'a sollicité à sa place.

Beaucoup de guérisseurs rencontrés à Pikine sont en fait des cadets et le danger dont ils sont conscients les conduit à minimiser leur pratique, laissant entendre qu'elle n'engage pas "le" secret fondamental. Ainsi, Moussa Traore se défend d'utiliser la totalité de son savoir : "Je suis le second fils de mon père. Je connais le secret mais je ne m'en servirai pas tant que mon frère est vivant, car je risquerais d'attirer des malheurs sur nos enfants ou de rendre ma femme stérile". De même, Maguet Ka se déclare plus petit dans le savoir que sa soeur Mbouleyrou Ka : "C'est elle qui de nous tous a reçu le plus de connaissances". Et Aminata Bari nie même toute pratique : "Je n'exerce pas car Mamadou est plus âgé que moi ; lorsqu'il mourra, si les génies (**bisira**) le demandent, je pratiquerai".

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

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

de leur famille conjugale), la ville multiplie aussi les occasions de se déclarer guérisseur quand c'eût été impossible dans son propre village.

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

### Pastiches et mélanges

"Médecine traditionnelle

Clinique

Mouhamadou Khaïr dit Diaby

Voyant et tradipraticien

Reçoit tous les jours de 9h à 21 h

Rhumatisme - Massage

Diabète

Troubles sexuels

Hypertension

Troubles gastriques

Ophthalmologie

Gynécologie-Obstétrique

Envoûtement

Consultations pour affaires, sur rendez-vous"

Pour qui passait, en 1985, près du marché Ndiarème de Guedjawaye, l'immense écriteau accroché au deuxième étage de la grande maison dont Mamadou Diaby venait de faire l'acquisition ne pouvait pas manquer d'être aperçu. Lors de ma première visite, en août 1985, je n'avais pu le rencontrer, mais j'avais fait la connaissance de son "major" - terme utilisé dans les hôpitaux sénégalais pour désigner l'infirmier-surveillant - et de son "chef de clinique" - titre également emprunté à la hiérarchie hospitalo-universitaire. Quant au "médecin chef voyant et tradipraticien" ainsi que sa carte de visite le désignait, il

était absent. Le jeune "chef de clinique" expliqua que lui-même avait fait une année d'études médicales en France, puis était parti en Allemagne, "ayant divorcé de la médecine", pour y "épouser une Allemande"; "il déclara qu'il avait travaillé comme technicien de laboratoire en France et qu'il était venu s'installer avec Mamadou Diaby car il voulait "faire de la recherche sur la médecine traditionnelle" et "vérifier scientifiquement son efficacité".

Les moyens dont disposait le "médecin chef" étaient d'ailleurs à la hauteur d'une grande ambition, sinon scientifique, du moins financière. Véritable clinique de médecine traditionnelle, le bâtiment offrait le confort de cinq chambres fraîchement repeintes, soit neuf lits d'hospitalisation (mais la capacité d'accueil était bien supérieure). La vaste salle d'attente s'ouvrait sur le bureau de la secrétaire, la salle de massage et le bureau du "médecin chef". Outre les deux assistants déjà cités, il y avait deux femmes en blouse blanche. Certes, en ce matin d'hivernage, la salle d'attente était curieusement désertée, les employés paraissaient désœuvrés et la secrétaire s'occupait à éplucher des légumes pour le déjeuner, mais l'importance des investissements, la rigueur de l'organisation et certains propos du "chef de clinique" parlant du "gouvernement qui soutient notre projet", donnaient à l'ensemble un caractère nouveau (rien de semblable jusqu'alors dans l'histoire pikinoise) et impressionnant (une sorte d'institutionnalisation de la médecine traditionnelle). Malheureusement, je quittai le Sénégal deux jours plus tard et n'eus pas l'occasion de rencontrer le maître soi-même.

Ce n'est qu'en janvier 1986, de retour à Pikine, que je pus me remettre à chercher Mamadou Diaby. Cette fois encore, il est absent, mais le motif invoqué semble incontournable : il a eu un accident de voiture et se trouve à l'hôpital. J'attends donc sa sortie pour aller lui rendre une "confraternelle visite" à son domicile, en compagnie d'Ablaye Traore. Nous le trouvons sur son lit, enveloppé dans les pansements, gémissant de douleurs provoquées par des fractures de côtes. C'est un petit homme rond d'une quarantaine d'années, agile malgré son poids, l'oeil pétillant et la faconde brillante, quoique son débit soit entrecoupé de soupirs plaintifs. Autour de lui, des tapis orientaux aux couleurs vives, des fourrures synthétiques sur les fauteuils, des vues pittoresques de Paris, plusieurs manuels de sciences naturelles de classe de terminale, une reproduction rehaussée de la Joconde et un énorme poste de radio comme les Noirs new-yorkais en arborent à Central Park. Pour cette première visite, je ne

veux pas le fatiguer, et la conversation se limite à un bref bavardage au cours duquel il me demande un antalgique capable de le soulager, car celui donné à l'hôpital est sans effet et ses douleurs l'empêchent de dormir depuis près d'une semaine. Je lui remets une ordonnance.

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

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

## JEUX ET ENJEUX DES POUVOIRS

La mise en jeu des pouvoirs dans les sociétés africaines - et probablement en est-il de même dans toute société - fait intervenir un champ beaucoup plus vaste que celui qu'on a l'habitude de penser sous le terme de pouvoir (au singulier, et parfois avec une majuscule), c'est-à-dire considéré de manière restrictive dans le champ politique. Comme l'avait déjà noté L.B. GLICK (1967) qui faisait des pouvoirs le principe central et universel de la délimitation d'un système médical, et surtout comme l'a montré M. AUGÉ (1975a : XXII) qui distingue un pouvoir blanc - celui, historique, de la colonisation - et des pouvoirs noirs - ceux où s'exercent "les vertus efficaces attribuées aux différentes instances psychiques de la personne" -, la notion de pouvoir recouvre l'ensemble des représentations et des pratiques par lesquels un individu ou un groupe entre dans un rapport de domination avec d'autres : il peut s'agir de pouvoir politique, religieux, économique, magique, thérapeutique, etc. Le pouvoir fait donc jouer le social dans sa totalité et les structures sociales dans leurs relations d'inégalité : toujours il met en scène celui qui l'exerce et celui qui le subit (et qui peut bien entendu en tirer également un bénéfice). Ainsi, lorsqu'il sera question successivement des pouvoirs politique, religieux et économique, il ne s'agira que d'un artifice de présentation suivant le découpage classique de l'anthropologie en domaines pour des raisons de commodité de l'exposé, et non de catégories supposées réelles. C'est d'ailleurs pour dépasser cette classification qu'une synthèse sera esquissée avec l'analyse plus générale de la domination symbolique dans le champ thérapeutique qui conclura cette partie.

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

l'impossibilité de résoudre autrement qu'arbitrairement cette question ; pour citer encore A. ZEMPLI (1981) : "l'écrasante majorité des démarches médicales proprement africaines ne se prêtent pas à de telles procédures de vérification expérimentales", et "les ressorts de leur efficacité sont à rechercher dans l'interaction des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales que nos connaissances actuelles ne permettent pas d'abstraire du contexte sémantique où elles exercent leurs effets". Et la polémique autour du centre de Keur Massar et de la personne même d'Yvette Parès ne fait que confirmer "l'impossible synthèse entre médecine traditionnelle et occidentale" (BIBEAU 1985), c'est-à-dire l'absence de critères d'évaluation scientifiques et la nécessité de recourir à des choix idéologiques.

conclut : "Et Quesalid poursuit sa carrière, riche de secrets, démasquant les imposteurs et plein de mépris pour la profession : "Une fois seulement ai-je vu un chaman qui traitait les malades par succion ; et je n'ai jamais pu découvrir s'il était un vrai chaman, ou un simulateur. Pour cette raison seulement je crois qu'il était un chaman : il ne permettait pas à ceux qu'il avait guéris de le payer". L'attitude du début s'est donc sensiblement modifiée : le négativisme radical du libre-penseur a fait place à des sentiments plus nuancés. Il y a de vrais chamans. Et lui-même ? Au terme du récit, on ne sait pas ; mais il est clair qu'il exerce son métier avec conscience, qu'il est fier de ses succès et qu'il défend chaleureusement, contre toutes les écoles rivales, la technique du duvet ensanglanté dont il semble avoir complètement perdu de vue la nature fallacieuse, et dont il s'était tant gaussé au début".

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

Y-a-t-il aujourd'hui, en Afrique, prolifération des charlatans comme on le dit partout ? Il n'y a pas de réponse scientifique unique à cette question, mais on peut faire deux remarques. En premier lieu, si l'on appelle "faux marabouts" les guérisseurs qui ne sont pas issus d'un lignage réputé pour son savoir, ou qui ne sont pas en droit d'exercer d'après les règles énoncées par la tradition, ou dont les conditions d'apprentissage n'offrent pas suffisamment de garanties - on pourrait ainsi multiplier les "clauses" -, alors de semblables cas ne sont pas

nouveaux et les témoignages, écrits ou oraux, en attestent l'ancienneté ; néanmoins les éléments de la vie citadine qui peuvent favoriser leur multiplication sont une possibilité accrue d'échapper à son cadre social d'origine et un marché particulièrement propice. En deuxième lieu, et plus fondamentalement, la question du charlatanisme paraît défier l'alternative du vrai et du faux ; le guérisseur intériorise aussi bien les artifices techniques qu'on lui a enseignés que les intérêts objectifs de son activité thérapeutique, notamment les bénéfices économiques et sociaux qu'il en tire ; bien que l'on ait l'intuition qu'il existe de "vrais charlatans", l'approfondissement de chaque cas individuel laisse toujours un doute à l'observateur sur l'authenticité de la conviction de son interlocuteur magicien ; et l'on ne voit pas comment, sauf à renouveler des tribunaux d'Inquisition garantissant une réponse absolue, trancher le problème. En fait, la question du charlatanisme renvoie moins à celle, insoluble, de la vérité psychologique qu'à celle de la légitimité - qui est un enjeu social.



## Chapitre VII : LES NOUVELLES FORMES DE LEGITIMATION

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

De façon encore plus explicite, Al Djouma Seck me réclama un jour "un certificat attestant de ses qualités de guérisseur" - ce qui paraissait d'autant plus incongru qu'il venait précédemment de m'expliquer que tout le monde recourait à ses services. De même, beaucoup utilisent le nom du "Professeur Collomb", qui s'était intéressé aux thérapeutes traditionnels dans le cadre de la Clinique psychiatrique de l'Hôpital Fann, comme faire-valoir : "j'ai visité la Vallée du Fleuve avec Collomb pour lui montrer les plantes et leurs usages", me disait Demba Sall contre-sorcier réputé ; Mamadou Moustapha Toure, celui du "studio Toure" déjà évoqué, allait même plus loin : "Collomb je lui ai donné des secrets, il pouvait même soigner les troubles mentaux". Quant à Matar Mbaye, découvreur de voleurs, il avait adressé le 24 Avril 1985 la lettre suivante aux Ministres de l'Intérieur, des Forces Armées et de la Justice : "Monsieur le Ministre, je viens très respectueusement auprès de votre haute bienveillance solliciter une autorisation d'exercer les fonctions de voyance (guendele) que nous nous transmettons dans ma famille depuis des générations et qui a fait ses preuves. Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande, etc.". Dans la quête de légitimation officielle qui se développe actuellement, le chercheur est donc également un acteur.

### La légitimation comme enjeu social

Pour M. WEBER (1959 : 102), "il existe en principe trois raisons internes qui justifient la domination, et par conséquent il existe trois fondements de la légitimité". Traditionnel : "l'autorité de l'"éternel bien ", c'est-à-dire celle des coutumes sanctifiées par leur validité immémoriale et par l'habitude enracinée en l'homme de les respecter". Charismatique : "l'autorité fondée sur la grâce personnelle et extraordinaire d'un individu", et qui "se caractérise par le dévouement tout personnel des sujets à la cause d'un homme et par leur confiance en sa seule personne en tant qu'elle se singularise par des qualités prodigieuses, par l'héroïsme ou d'autres particularités exemplaires qui font le chef". Légal ou rationnel-légal enfin : "l'autorité qui s'impose en vertu de la croyance en la validité d'un statut légal et d'une "compétence" positive fondée sur des règles établies rationnellement", en particulier " le pouvoir tel que l'exerce le "serviteur de l'Etat "moderne"". En somme, l'autorité du guérisseur est fondée sur la tradition, celle du prophète sur le charisme et celle de l'infirmier sur la légalité. La réalité des rapports sociaux est pourtant un peu plus complexe.

Au Sénégal, la légitimité charismatique a surtout été le fait de grands prophètes de la fin du XIXème siècle et du début du XXème siècle qui ont été des fondateurs ou des implanteurs de confréries : El Hadj Malick Sy pour les tidjanes, Cheikh Amadou Bamba pour les mourides, Cheikh Ibra Fall pour les bay fall, Cheikh Bou Kounta pour les qadr, Seydina Limamou Laye pour les layennes. Même s'il existe actuellement, notamment dans certains villages de la Vallée du Fleuve et à Medina Gounasse en Haute-Casamance, des personnages exerçant leur autorité de par leur seule présence personnelle, il s'agit souvent de deuxième ou troisième génération, donc de légitimité transmise par l'héritage : on ne peut plus parler d'autorité charismatique, car il y a eu, en quelque sorte, "traditionnalisation" ; c'est le cas également des nombreux descendants de prophètes, les Tall, Sy, Mbacke, Kounta, Laye. Par comparaison, la situation de la Côte-d'Ivoire (AUGE 1975a) est toute différente, puisqu'on y assiste depuis le début du siècle à une multiplication des prophètes-guérisseurs, se rattachant d'assez loin au christianisme, Harris, Albert Atcho, et aujourd'hui Kodou Jeannot étant parmi les plus fameux.

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

D'ailleurs mettre sur le même plan les deux formes de légitimité serait négliger également la position dominante de l'autorité légale par rapport à l'autorité traditionnelle. Dans toute l'Afrique on trouve actuellement une juridiction qui réglemente l'exercice de la médecine. D'après les textes sénégalais (loi N°66-69 du 4 Juillet 1966 publiée au Journal Officiel du 16 Juillet 1966, p.861), nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est : 1° titulaire du diplôme de docteur d'Etat, 2° de nationalité sénégalaise ou d'un pays étranger ayant avec le Sénégal une convention, 3° inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (article 1er) ; et "l'exercice illégal de la profession de médecin est puni d'une amende ou de 20.000 à 100.000 francs et d'un emprisonnement de un à six mois, ou de l'une des deux peines seulement" (article 5). Il s'agit d'ailleurs d'une législation reproduisant, à quelques détails de forme près, un décret colonial du 6 mai 1922 publié dans le Code Administratif de l'Afrique Occidentale Française.

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

En fait, l'Etat serait bien en peine de sanctionner les praticiens illicites de la médecine quand tous les grands personnages jusqu'aux ministres sont entourés et protégés par des marabouts aux pouvoirs magiques, et quand le système de soins de santé primaires du pays

fonctionne grâce aux infirmiers et aux auxiliaires. La remise en cause, par certains guérisseurs, des rapports de légitimité ne répond donc pas à une répression, ouverte ou sourde, de leur activité. Elle semble plutôt résulter de la convergence de deux faits : d'une part, la prise de conscience de la position de force qu'occupe l'autorité légale, et par conséquent, des bénéfiques - en termes de pouvoir économique et de prestige social - qu'il y aurait à faire reconnaître officiellement la médecine traditionnelle ; d'autre part, la revendication, par le public, la presse et les gouvernants, d'une médecine qui est à la fois une manifestation de ce qu'on désigne généralement comme "la culture africaine" et une prise en compte de la dimension sociale de la maladie souvent négligée par les praticiens des hôpitaux ou des dispensaires.

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

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

### Une association de guérisseurs

Si dans certains pays, comme le Nigéria (OYEBOLA 1981), il existe une tradition associative chez les thérapeutes autochtones, il ne semble pas qu'un phénomène identique ait été observé au Sénégal. Les associations de guérisseurs paraissent récentes et peu nombreuses : je n'ai connaissance que de deux qui soient actives en 1986, celle de Cheikh Thiam et celle du Dr Eric Gbodossou qui vont être présentées.

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

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

L'évaluation qu'il propose est la suivante. Une vingtaine de guérisseurs qui ont entendu parler de son projet sont entrés en contact avec lui. "La première question que je pose, c'est : est-ce qu'ils consultent ? est-ce qu'ils ont des malades ? Pour savoir s'ils sont reconnus au niveau de leur quartier je choisis quelques maisons avec l'aide du délégué de quartier et je vais interroger les gens". Parmi ceux qui se sont présentés à lui spontanément, ce premier critère n'a pas

conduit à des éliminations. "La seconde question c'est : quelle est l'efficacité de leur traitement ? Donc, je leur dis de me citer les cinq maladies qu'ils peuvent soigner. Pas plus pour commencer. Ensuite, je leur demande de m'amener dix cas pour chaque maladie, au moins une fois pour que je puisse vérifier si ce qu'ils disent est vrai. Souvent d'ailleurs, c'est après qu'ils sont guéris que les malades viennent me voir. Le grand problème c'est qu'il y a des interférences avec les traitements des dispensaires, mais je fais comme si de rien n'était : je vois mes dix malades". Il tient ainsi soigneusement un cahier sur lequel sont enregistrés les cas et les résultats.

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

A l'une de mes visites, un guérisseur serer s'est présenté chez Cheikh Thiam ; c'est un spécialiste du **loxo** (infection cutanée, localisée aux mains), du **tap** (abcès sous-cutané) et du **xala** (impuissance sexuelle) ; il amenait une jeune femme présentant une volumineuse tuméfaction inguinale laissant échapper un liquide blanchâtre. "Je lui ai donné à boire, un produit et l'abcès s'est ouvert". Cheikh Thiam constate le succès du traitement avec satisfaction et l'enregistre sur son cahier, avant de remplir consciencieusement une fiche de malade en trois exemplaires - une qu'il conserve, une qu'il donne au guérisseur, une enfin

qu'il garde pour le rapport d'évaluation. Pendant ce temps, la femme raconte : "Mon mari en a eu de pareils, mais sur les deux cuisses (il s'agit de l'aine). Il avait attrapé cela avec une femme du quartier, je le sais". L'origine de la tuméfaction qu'elle présentait est bien vénérienne, comme elle le dit : il s'agit de toute évidence d'un chancre mou, dont la tendance à la fistulisation est bien connue ; on peut donc penser que le guérisseur a eu la chance de donner son remède juste avant l'évolution spontanée vers ce qu'il considère comme une guérison - c'est d'ailleurs le conseil malicieux que donnait chaque année à ses étudiants un Professeur de la Faculté de Médecine de Paris : "il faut vite instaurer un traitement au malade avant la résolution spontanée des symptômes, dont le bénéfice vous sera ainsi accordé" !

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

Car, au-delà de cette caricature du positivisme, ce qu'on peut y lire, c'est la reconnaissance d'un petit groupe de guérisseurs et de leur animateur. Serigne Lo, l'un des membres du cercle, arbore ainsi avec ostentation un écriteau réalisé par l'association et affirmant son appartenance : "Cercle des tradipraticiens de Pikine/Kurelu Fajkatu cosanu pikin", avec comme emblème un chapelet (instrument du marabout) entourant

une plante (pharmacopée traditionnelle), une corne (objet de protection) et un cauri (coquillage de divination). On entre chez lui, attiré par l'inscription fixée sur son mur : assis au milieu de la cour et entouré de quelques élèves et amis, le maître reçoit ses patients. Homme affable, il répond facilement à mes questions. Son secret, c'est un mélange de cinq plantes, qu'il appelle sifavouldjismi, et qui, grâce à son caractère composite, "assure la guérison de nombreuses maladies occasionnées par la syphilis" - ainsi que le révèle le document ronéotypé qu'il me tend. Suit l'énumération de douze maladies sur lequel il est efficace : "Fièvre jaune, ulcère, cancer, diabète, tension, syphilis, lèpre, matheu, diargogne, seddhe, bourband, asma", et un mode d'emploi très détaillé jusque dans les conseils d'hygiène : "conservez soigneusement votre quantité d'eau de sifavouldjismi dans votre réfrigérateur ou dans un endroit dans votre chambre - ceci pour éviter tout contact de saleté qui peut entraîner d'autres maux".

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

Les guérisseurs que Cheikh Thiam s'efforce actuellement "d'homologuer", selon son expression, sont ainsi le plus souvent des thérapeutes à mi-chemin entre le marabout itinérant et l'herboriste sédentaire, ne se référant pas à une tradition héritée mais plutôt à un secret appris, usant plutôt de la pharmacopée que de la magie, transformant, lorsque la réussite leur sourit, leur pratique en commerce. Ce sont les plus habiles et fréquemment les moins reconnus, ceux qui ont compris l'intérêt de prestige - et par conséquent les bénéficiaires financiers - qu'ils pouvaient tirer du label officiel qui leur est donné par le



Cercle. Qu'auraient à faire d'une carte de guérisseur telle que Cheikh Thiam en fournit à ses associés, un contre-sorcier comme Demba Sall, une guérisseuse comme Mbouleyrou Ka ou un marabout comme Serigne Mbaye Diakhate, thérapeutes à qui la reconnaissance dans leur quartier, leur village, leur groupe ethnique, semble suffire ? On imagine mal les hommes de savoir réputés du Fouta ou du Saloum s'incrivant dans un cercle pour recevoir une attestation du Ministère de la Santé.

Contrairement à l'objectif explicite de donner une nouvelle légitimité à la médecine traditionnelle, le Cercle de Tradipraticiens de Pikine n'est-il pas en train de faire simplement reconnaître quelques-uns parmi les plus "malins" des guérisseurs et surtout, par son projet pseudo-scientifique, de réduire les pratiques autochtones à l'usage de quelques plantes, en négligeant la diversité de ses formes et de sa prise en compte du social ? Dès lors, que peut-on penser de la deuxième phase du projet, que Cheikh Thiam essaie de lancer : "Je vais proposer - je ne dis pas l'intégration car je ne crois pas à ce mot -, mais de placer un guérisseur dans deux ou trois dispensaires pour que l'infirmier puisse lui référer des malades et aussi que le guérisseur puisse en référer l'infirmier"?

### Une encyclopédie de la médecine traditionnelle

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

Cette façon de voir rencontre l'adhésion du Directeur du Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique, à Brazzaville, qui lui demande de rédiger un projet. Eric Gbodossou présente donc une demande de recherche, comportant l'institution de rencontres annuelles avec des guérisseurs et devant déboucher sur la publication

d'une "Encyclopédie de la Médecine Traditionnelle". C'est ainsi que se développe l'association des guérisseurs du Sine Saloum, sans formalisme (pas de carte ou d'attestation), mais non sans un certain retentissement dans la presse, notamment à l'occasion de la réunion d'avril 1985 à laquelle sont conviés les journalistes. C'est ainsi également que sont publiés deux premiers tomes d'une encyclopédie qui tente de dépasser les habituels catalogues de recettes pour restituer "les grands concepts africains" et "la vision des cinq composantes de l'homme".

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

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

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

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

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

"Docteur en science, docteur en médecine, diplômée de microbiologie, ingénieur-conseil auprès de deux sociétés (BRGM et Pechiney), Chef du Département de Biologie Végétale, Directrice du Centre de Recherches Biologiques sur la lèpre, Directrice du Centre de Soins de Keur Massar" (*Le Soleil*, 25 mars 1986), comme elle aime à le rappeler, le Professeur Parès a fait la connaissance, alors qu'elle travaillait sur la lèpre, d'un guérisseur peul nommé Dady Diallo dont elle se déclare le "talibé", c'est-à-dire le disciple (*Le Soleil*, 3 janvier 1985). Elle l'a suivi en brousse pour apprendre à reconnaître les plantes, couper les racines, préparer les remèdes. "Actuellement, m'a-t-elle expliqué un jour, je viens d'être reçue au sein d'une Académie des Guérisseurs d'Afrique de

l'Ouest. C'est tout à fait comme une Académie de Médecine, en ce sens qu'elle réunit les plus grands spécialistes du savoir traditionnel".

Ainsi comblée de titres et d'honneurs de tous côtés, elle mène ses recherches à la fois à la Faculté de Pharmacie où elle a un grand laboratoire et au Centre de Keur Massar, à la sortie de Pikine, où elle soigne traditionnellement les lépreux. En 1976, elle crée la surprise dans le monde médical en annonçant qu'elle vient de cultiver le bacille de la lèpre en boîte de gélose, alors que jusqu'alors, la seule façon de reproduire la maladie était de l'inoculer au tatou à neuf bandes d'Amérique ! Un comité d'experts vient de vérifier sa découverte et conclut à un artefact (il ne s'agit pas du bacille de Hansen, mais comme le dit le Pr. Iba Mar Diop d'une "souillure"). Dès lors, ses recherches, discréditées dans les milieux scientifiques, vont se poursuivre dans le secret : elle n'admettra plus aucune vérification de ses résultats à la Faculté comme à Keur Massar, continuera à clamer qu'elle cultive le bacille dans un laboratoire protégé par une tête de mort et qu'elle a guéri des milliers de lépreux par les plantes.

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

Son projet, elle l'expose dans une vibrante exhortation au Pr. Iba Mar Diop (**Le Soleil**, 25 mars 1986) : "Monsieur le Doyen, veuillez maintenant laisser travailler en paix, non pas un confrère, mais un consoeur qui a choisi les malades les plus deshérités, les laissé pour compte". Il s'agit d'une mission rédemptrice : "Sauver ces êtres déchus que sont les lépreux, de la laideur et de l'horreur" (**Le Soleil**, 25 et 26 janvier 1986). L'inspiration est divine : "Le salut des malades repose sur le savoir ancestral... Il repose aussi sur les plantes de la nature, c'est-à-dire la Pharmacie de Dieu" (**Le Soleil**, 25 mars 1986). Elle en appelle donc au sentiment religieux de son contradicteur : "J'invite

Monsieur le Doyen à faire le pèlerinage à Keur Massar. Il en reviendrait sans doute converti." (Le Soleil, 25 mars 1986).

Dès lors, on ne s'étonne plus du soutien des pouvoirs religieux. Ainsi, Mountaga Tall, l'un des deux chefs de la confrérie tidjane, descendant de l'illustre El Hadj Oumar Tall, fait une visite dans le centre de lépreux le 30 décembre 1984, et exhorte " les personnes nanties du pays et le gouvernement à aider l'hôpital traditionnel de Keur Massar" ; quelques temps plus tard, un chef religieux d'Arabie Saoudite lui fait don d'une somme importante. Même les associations humanitaires chrétiennes s'associent à ce mouvement en faveur du Pr. Parès, et quelle n'est pas ma surprise lorsque, rentrant de Dakar en mars 1986, je découvre dans ma boîte à lettres le dernier numéro de "Messages", mensuel du Secours Catholique, où l'on demande de soutenir, parmi d'autres actions menées dans le Tiers-Monde, le centre de lépreux de Keur Massar ! Dans le même temps, la presse s'est mobilisée, les lecteurs ont écrit au Soleil (voir, par exemple, la lettre de Mbagnick Ndiaye le 25 mars 1986), et à l'occasion de la journée annuelle de la lèpre, dans un dossier spécial intitulé : "Le fléau de tous les temps", deux pages sont consacrées au Pr. Parès et seulement une et demie aux activités de la recherche scientifique (Le Soleil, 25-26 janvier 1986). Le centre de Keur Massar est devenu une affaire nationale. De scientifiques, les instances de légitimation sont devenues populaires : la science légitime s'est déplacée de la Faculté de Médecine à la presse nationale.

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

En fait, le Pr. Parès, figure la plus contestée du monde médical sénégalais, et pourtant l'une des personnalités les plus populaires dans le public, est devenue la caution scientifique de la

réhabilitation de la médecine traditionnelle : "Le docteur Yvette Parès, docteur en sciences et docteur en médecine, a accepté une remise en question de la médecine occidentale dont elle garde les acquis cependant pour devenir le talibé du guérisseur peul Dady Diallo" (Le Soleil, 7 janvier 1985) ; "Mlle Parès passe aux yeux des non initiés comme le docteur qui fait autorité dans la lutte contre cette maladie qui fait beaucoup de mal ; mieux, elle a gagné l'estime de beaucoup de Sénégalais qui croient aux effets des plantes locales ; car en scientifique elle s'est tournée vers un secteur méprisé souvent par certains non chercheurs" (Le Soleil, 25 et 26 janvier 1986). Elle donne ainsi une légitimité scientifique au "savoir ancestral", tout comme le Ministre ou le Khalife, en lui rendant visite, donne à ses travaux et, à travers eux, à la médecine traditionnelle, une légitimité officielle.

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

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

Dès lors, on comprend que des infirmiers aient dans leur poste de santé des plantes qui leur servent à traiter certaines maladies, que des médecins entreprennent des expertises sur les pharmacopées locales, que des ministres accordent leur soutien à des travaux sur la médecine traditionnelle.

Néanmoins, il importe de ne pas perdre de vue les intérêts objectifs des acteurs sociaux qui animent ces recherches. Pour Cheikh Thiam, les bénéfices de son entreprise sont à la fois une popularité nationale dans le grand public - il aime à parler de ses interviews à la radio, de ses émissions de télévision, de ses articles de journaux -, et une reconnaissance officielle par l'Etat - il évoque volontiers la visite du Ministre ou l'audience par le chef de cabinet ; en quelques années, l'agent de santé communautaire spécialisé dans les soins dentaires est devenu un favori des médias et un familier des ministères. Pour Eric Gbodossou, les recherches menées sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé lui assurent une audience africaine, la publication d'une encyclopédie, l'autorité de l'expert international, en même temps que l'estime du public sénégalais et la gratitude des guérisseurs ; il est donc gagnant sur les deux tableaux - homme de la science moderne et sauveur de la médecine traditionnelle. Pour Yvette Parès enfin, la situation est en quelque sorte inversée puisqu'elle est une occidentale qui accroît son prestige personnel - entamé dans la communauté scientifique locale - par une reconnaissance dans la presse et le public, dans les instances politiques et religieuses. Dans les trois cas, semblables en cela au maire de Pau - dont parle P. BOURDIEU (1982 : 61) - qui condescend à parler le patois béarnais à ses concitoyens et en obtient un surcroît de légitimité, les représentants de la médecine moderne loin de se perdre en soutenant les guérisseurs, en gagnent au contraire une autorité supplémentaire : celui qui se donne le pouvoir de légitimer se légitime lui-même. Il y a donc convergence des convictions personnelles et des intérêts objectifs.

Mais en ce qui concerne les responsables nationaux ou internationaux, les stratégies sont encore plus évidentes. Pour le Ministère de la Santé Publique ou pour le Directeur de la Pharmacopée, il s'agit de montrer que le gouvernement tient compte des aspirations de la population, admet la validité du savoir autochtone; revendique la culture

africaine ; dans le même temps, accorder plus de reconnaissance officielle aux guérisseurs, c'est repousser la question des difficultés de l'accès aux soins, notamment en zone rurale, en affirmant que les praticiens traditionnels peuvent faire partie du système de santé. Pour les organismes internationaux, et particulièrement l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit de mettre en oeuvre "l'incorporation des systèmes de santé traditionnels dans le système de soins officiel", "l'intégration des accoucheuses traditionnelles", la formation des "tradipraticiens qui sont les véritables agents de santé communautaires" (BANNERMAN 1983) : c'est, pour le Directeur du Programme de Médecine Traditionnelle de l'OMS, la seule façon de remédier au problème du "coût élevé des médicaments", du "prix des services tel que seuls l'élite et les citadins aisés peuvent y recourir", du "faible rendement des soins de santé" ; la réhabilitation et l'intégration de la médecine traditionnelle constituent donc, dans cette optique la solution la moins coûteuse économiquement et politiquement.

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

En fait, les conséquences de telles décisions n'ont pas été analysées. Comme l'écrit A. ZEMPLINI (1981), "la professionnalisation et l'officialisation des médecines africaines sous la tutelle scientifique et éthique de la médecine cosmopolite modifierait considérablement les conditions d'exercice et par conséquent l'efficacité de ces médecines" ; on a vu ainsi comment l'association de Cheikh Thiam attirait préférentiellement les thérapeutes les moins reconnus et faisait disparaître la dimension sociale du traitement derrière l'évaluation de la seule pharmacopée. Et si l'on conçoit le désir de médecins comme Eric Gbodossou de distinguer les vrais des faux guérisseurs, on a vu



l'impossibilité de résoudre autrement qu'arbitrairement cette question ; pour citer encore A. ZEMPLÉNI (1981) : "l'écrasante majorité des démarches médicales proprement africaines ne se prêtent pas à de telles procédures de vérification expérimentales", et "les ressorts de leur efficacité sont à rechercher dans l'interaction des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales que nos connaissances actuelles ne permettent pas d'abstraire du contexte sémantique où elles exercent leurs effets". Et la polémique autour du centre de Keur Massar et de la personne même d'Yvette Parès ne fait que confirmer "l'impossible synthèse entre médecine traditionnelle et occidentale" (BIBEAU 1985), c'est-à-dire l'absence de critères d'évaluation scientifiques et la nécessité de recourir à des choix idéologiques.

## JEUX ET ENJEUX DES POUVOIRS

La mise en jeu des pouvoirs dans les sociétés africaines - et probablement en est-il de même dans toute société - fait intervenir un champ beaucoup plus vaste que celui qu'on a l'habitude de penser sous le terme de pouvoir (au singulier, et parfois avec une majuscule), c'est-à-dire considéré de manière restrictive dans le champ politique. Comme l'avait déjà noté L.B. GLICK (1967) qui faisait des pouvoirs le principe central et universel de la délimitation d'un système médical, et surtout comme l'a montré M. AUGÉ (1975a : XXII) qui distingue un pouvoir blanc - celui, historique, de la colonisation - et des pouvoirs noirs - ceux où s'exercent "les vertus efficaces attribuées aux différentes instances psychiques de la personne" -, la notion de pouvoir recouvre l'ensemble des représentations et des pratiques par lesquels un individu ou un groupe entre dans un rapport de domination avec d'autres : il peut s'agir de pouvoir politique, religieux, économique, magique, thérapeutique, etc. Le pouvoir fait donc jouer le social dans sa totalité et les structures sociales dans leurs relations d'inégalité : toujours il met en scène celui qui l'exerce et celui qui le subit (et qui peut bien entendu en tirer également un bénéfice). Ainsi, lorsqu'il sera question successivement des pouvoirs politique, religieux et économique, il ne s'agira que d'un artifice de présentation suivant le découpage classique de l'anthropologie en domaines pour des raisons de commodité de l'exposé, et non de catégories supposées réelles. C'est d'ailleurs pour dépasser cette classification qu'une synthèse sera esquissée avec l'analyse plus générale de la domination symbolique dans le champ thérapeutique qui conclura cette partie.

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

## Chapitre VIII : LES POUVOIRS POLITIQUES

Tentant de définir "l'essence du politique", J. FREUND (1965 : 95) lui trouve un "présupposé fondamental" : la relation de commandement et d'obéissance... (qui) divise d'une manière absolue, du point de vue conceptuel, l'univers humain en deux catégories d'hommes : d'un côté ceux qui obéissent et de l'autre ceux qui commandent". Définition qu'on retrouve chez A. GRAMSCI (1983 : 313) pour qui "toute la science et l'art politique se fondent sur ce fait primordial, irréductible" qu'"il existe réellement des gouvernés et des gouvernants, des dirigeants et des dirigés". Au-delà de son "essence" qui intéresse le politologue et le politicien plus que le sociologue, le politique peut être étudié par rapport à ses fonctions que l'on peut toujours ramener à deux, quel que soit le niveau où l'on se situe (clan ou Etat) : "l'ordre interne qu'il maintient et les relations externes qu'il contrôle" (BALANDIER 1967 : 46) ; mais comme toute analyse fonctionnaliste, celle-ci n'explique pas. Pour aller plus loin, il faut se demander comment naît, se développe, se maintient le pouvoir politique.

A Pikine, où il repose sur les trois types possibles de légitimité (pour s'en tenir à la classification de M. WEBER) - celle, légale, du Parti, de la Municipalité, de l'Etat ; celle, traditionnelle, des chefs coutumiers, des anciens chefs de village ; celle, charismatique, de quelques grandes figures maraboutiques - il doit être pris dans une acception qui puisse en rendre la complexité. Dans les pages qui vont suivre, il sera question des structures et des pouvoirs politiques au sens étroit du terme, c'est-à-dire le pouvoir de légitimité légale, l'appareil officiel que le langage courant désigne comme "les hommes politiques". Cependant, il ne faudra pas perdre de vue que le champ politique ne saurait s'y limiter et que le marabout, le guérisseur, le médecin, le coopérant y interviennent à côté du délégué de quartier, du secrétaire du Parti Socialiste et du député de l'Assemblée Nationale.

### La structure politique

La structure politique en ville repose sur une triple hiérarchie : celle du Parti Socialiste, celle de l'administration, celle

de la municipalité et du département. En fait, ce découpage théorique est en permanence remis en cause par le cumul des postes (le secrétaire général du comité du Parti Socialiste est souvent délégué de quartier, le maire est habituellement le secrétaire général de l'une des trois coordinations du Parti Socialiste, etc.) et par le non-respect des fonctions (un secrétaire général de comité peut intervenir sur un problème administratif à l'encontre de son délégué de quartier dont c'est pourtant le champ d'action). La présentation que l'on peut en faire ne peut donc guère correspondre qu'à un modèle rarement observé dans la réalité.

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

Le délégué de quartier, représentant de la population en même temps qu'émanation du pouvoir administratif, est un personnage avant tout politique. Il joue en général le rôle principal au niveau du quartier, et les conflits qui l'opposent éventuellement au secrétaire général du comité se terminent le plus souvent par le renvoi de ce dernier. D'ailleurs, les modalités de sa nomination éclairent cette relation duelle. Le plus souvent, le secrétaire général, une fois son comité présenté et reçu par la population et par les autorités politiques, propose la création d'un

quartier et soumet sa propre candidature à la tête de celui-ci. Comme il est depuis l'origine l'instigateur de cette stratégie, il est presque toujours élu par ceux qui l'ont jusque là soutenu. Il peut alors, soit conserver son secrétariat général - et cumuler ostensiblement tous les pouvoirs locaux, ce qui ne manque pas d'attirer certaines rivalités - soit nommer "son" secrétariat général - homme de paille qui peut parfois prendre de l'envergure et devenir un adversaire imprévu.

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

Mais tous les délégués de quartier n'ont pas la même légitimité officielle : la créativité linguistique de l'administration s'est manifestée dans l'invention de deux termes pour désigner ceux qui bénéficiaient d'une reconnaissance légale - "décisionnaires" et "attestataires" -, laissant les autres dans un silence nominal qui évite le qualificatif d'irréguliers. Les décisionnaires, investis de la légitimité que leur confère la "décision" du Ministre de l'Intérieur, sont les moins nombreux, notamment dans les quartiers irréguliers où l'on assiste à un surdécoupage (une douzaine de décisionnaires sur une centaine de délégués). Les attestataires bénéficient de la reconnaissance du secrétaire général de coordination, mais n'ont pas encore accédé à l'échelon ministériel ; de ce fait, ils ne reçoivent pas l'indemnité mensuelle de 7.000 F CFA qui revient aux décisionnaires. Enfin, les irréguliers, qui constituent probablement l'effectif le plus important, n'ont que la légitimité populaire, dont on a vu qu'elle correspondait en fait à la mise en oeuvre de relations de clientélisme politique.

L'autorité hiérarchique sur les délégués de quartier - au moins ceux qui sont reconnus officiellement - est constituée par le Ministre de l'Intérieur qui nomme le Gouverneur de région et le préfet de département ; ce dernier est le supérieur direct des délégués de quartiers.

Dernière structure politique locale, la Municipalité est issue du suffrage universel direct et aboutit à l'élection de conseillers municipaux qui choisissent le maire. En l'absence d'opposition - aux élections municipales de 1984, les divers partis d'opposition n'ont obtenu aucun siège municipal dans le pays -, la composition de la mairie se superpose à celle de la hiérarchie du Parti Socialiste : à Pikine, les trois premiers élus municipaux sont les secrétaires généraux des trois coordinations. Finalement, la bataille politique se résume à un conflit entre factions à l'intérieur d'un Parti unique : en 1984 l'alliance des élus municipaux de Guedjawaye et de Yeumbeul contre ceux de Pikine permet l'élection du maire et de son premier adjoint et conduit au fracassant renoncement du Secrétaire Général de la Coordination de Pikine, Kabirou Mbodj, au poste de second adjoint. Pour ajouter à la complexité de la description, le pouvoir législatif est investi dans les mêmes personnes et le député de Pikine en est en même temps le maire.

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

De cette présentation, brossée à grands traits, de la vie politique des quartiers, laquelle nécessiterait, dans chaque cas particulier, une analyse plus subtile, on peut tirer une idée assez générale : toute relation de pouvoir s'établit, au niveau local, par le jeu du clientélisme. Cette idée centrale permettra de comprendre pourquoi les pouvoirs personnels du guérisseur le placent au coeur du politique,

pourquoi il n'y a pas d'élection sans marabouts, pourquoi le comité de santé est un lieu de pouvoir si convoité, pourquoi enfin une épidémie peut devenir un enjeu politique - ce qui va être discuté maintenant.

### Un guérisseur dans la ville

Vieil homme frêle à la voix brisée, Maguet Ka nous reçoit dans sa baraque aux planches incertaines ; sa chambre est ornée de portraits de Léopold Sedar Senghor, d'Abdou Diouf, de Kim Il Sung, président de la Corée du Nord, et d'images naïves représentant Cheikh Bou Kounta, prophète de la Qadiriyya, auprès d'un lion placidement étendu à ses pieds ; assis sur le bord de son lit à baldaquin vétuste et branlant, le chef de quartier de Wakhiname II parle avec un sourire las et bienveillant.

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

S'il est devenu homme de pouvoir à Dakar, reconnu et respecté, c'est aussi qu'il était héréditairement un homme de pouvoir au Diéri : les modalités ont changé, l'ascendant sur le groupe est resté. Au village, il appartient à une famille de **arDooBé**, propriétaires fonciers et maîtres des terres : avant que la révolution maraboutique des **tooroBBé** n'ait remis en question, tout au long du XIXe et du XXe siècles, leur puissance, les **arDooBé** exerçaient les pouvoirs politiques alors que les **tooroBBé** détenaient les pouvoirs religieux ; aujourd'hui encore, dans beaucoup de villages du Fouta Toro, ils ont conservé leurs prérogatives politiques et le contrôle foncier. Dans la lignée maternelle des Ba et la lignée paternelle des Ka, entre lesquelles les alliances matrimoniales ont toujours maintenu l'endogamie non seulement de groupe (nobles) mais aussi de chefferie (**arDooBé**), l'exercice de la domination sur les captifs, les castés et même les marabouts s'est transmis jusqu'à Maguet, premier fils à quitter le village pour la ville. L'accès aux postes clés de la politique locale à Dakar - comité d'action, puis comité du Parti, enfin délégation de quartier - apparaît donc comme un prolongement de la présence séculaire de sa famille aux postes clés de la politique locale au Diéri.

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

Mais il est une autre forme de pouvoir que Maguet Ka a su utiliser dans son ascension politique dakaroise : ce sont les pouvoirs attachés à sa personne - pouvoirs de guérir la maladie, de donner



le succès, mais aussi pouvoirs d'apporter le malheur. Qui sait, lorsqu'il rend justice dans un différend entre deux propriétaires qui se disputent une parcelle de terrain ou entre deux femmes qui s'accusent de vol ou d'adultère, qui sait si l'autorité de son arbitrage vient plus de sa fonction officielle de délégué de quartier ou de sa réputation de "voir" la vérité et de la crainte qu'il punisse le coupable par un maléfice ? Plus généralement, si l'accession d'un individu à un poste politique repose sur des déploiements stratégiques qui privilégient le savoir-faire, la reconnaissance de son autorité par la population tient dans des qualités individuelles, à la fois traits caractériels et force personnelle, c'est-à-dire à un pouvoir-être. Pour parler plus explicitement, c'est son habileté à manier un réseau de clientélisme qui a permis à Maguet Ka d'obtenir une légitimité officielle, mais c'est sa respectabilité et sa notoriété d'homme de savoir traditionnel qui lui ont donné sa reconnaissance populaire.

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

A ses visiteurs, il déclare volontiers : "si je le voulais, je pourrais me servir de ces plantes qui sont dans mon sac, et alors je n'aurais plus besoin de vendre du lait" ; c'est-à-dire : si j'acceptais d'utiliser mon "savoir noir" - permettant de faire le mal pour aider les uns à obtenir des succès (immérités) et les autres à se venger de leurs ennemis (par maléfice)-, je serais riche. Discours doublement efficace sur l'auditeur : d'une part, il laisse deviner des pouvoirs surnaturels redoutables ; d'autre part, il authentifie le respect de la loi coranique

qui interdit l'usage de la magie à des fins malignes. Discours aussi qui justifie tous les échecs et explique toutes les insuffisances : pourquoi on pourrait agir, alors qu'on n'agit pas (pour ne pas utiliser un savoir contraire aux prescriptions islamiques) ; pourquoi on vit dans la misère, alors qu'on a le pouvoir de rendre riche (mais les biens obtenus par la magie sont mauvais).

Si l'histoire de Maguet Ka offre l'exemplarité d'une situation où se cumulent les pouvoirs politiques et magiques, pouvoirs de la fonction et de la personne, elle n'est pourtant pas la règle. Sur la quarantaine de guérisseurs et marabouts rencontrés et interrogés dans toutes les zones de Pikine, représentant au total une dizaine d'ethnies, trois seulement y occupaient une fonction politique officielle - délégué de quartier - : il s'agissait de deux Peul qui avaient conquis le pouvoir dans deux quartiers à forte prédominance wolof, et d'un Toucouleur de la caste des **seBBé** (guerriers) installé dans un quartier à prédominance Toucouleur ; tous les autres thérapeutes ne jouaient aucun rôle officiel au niveau local. La prééminence du groupe des Haalpulaaren (Peul et toucouleur) dans le jeu politique a été signalée par A.B. DIOP (1965) à Dakar et S.C. MAACK (1978) à Pikine. La carte des délégués de quartier par ethnie pour l'agglomération de Pikine, établie par G. SALEM et F. de BLOMAC (Carte 8) révèle une sur-représentation des Haalpulaaren (23 sur 35, à Médina Gounasse et Bagdad, alors qu'ils ne sont qu'environ 40 % dans la population de ces quartiers). Cette particularité ethnique qui trouve sa source dans une tradition de politisation rapportée dès avant la période coloniale au Fouta Toro (WANE 1969), se manifeste à la fois par des stratégies d'accès au pouvoir dans tous les quartiers où l'ethnie est minoritaire, comme à Guedjawaye, et par un surdécoupage des quartiers où elle est majoritaire, comme à Médina Gounasse. Dans ces conditions, on ne saurait s'étonner que, dans un groupe caractérisé, d'un côté par une forte représentation dans le champ politique, de l'autre par une solide réputation dans le champ thérapeutique, la carrière d'un délégué de quartier s'appuie volontiers sur les pouvoirs du guérisseur, comme dans le cas de Maguet Ka.

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

l'homme de savoir, ou plus exactement le pouvoir officiel du politicien et les pouvoirs magiques du thérapeute ?

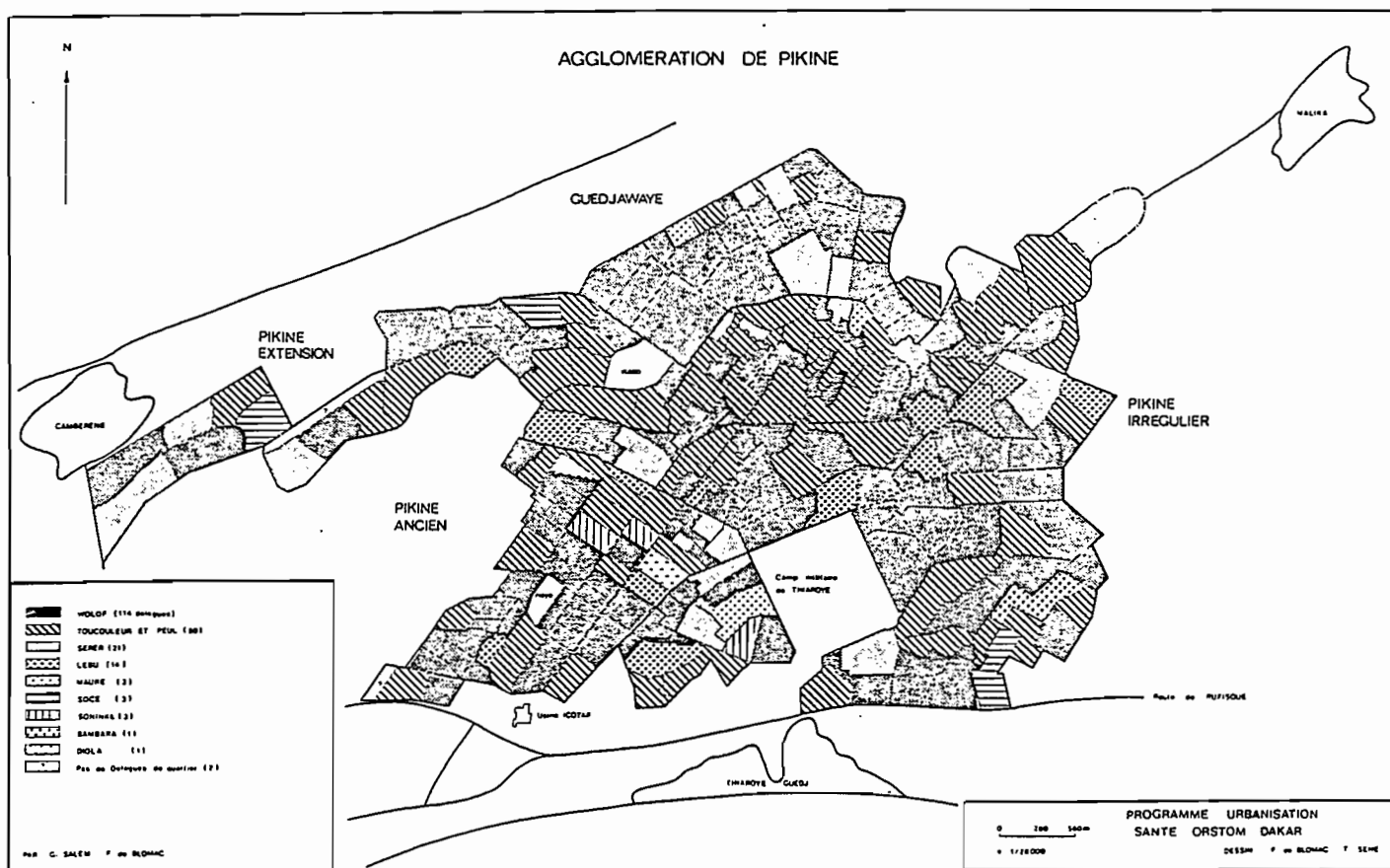
### Le magicien et le prince

Le sens de cette relation a commencé à m'apparaître à la suite d'une circonstance fortuite. Un jour que Maguet Ka me parlait des épisodes de sa vie pikinoise, il me raconta une anecdote qui devait me manifester la force de ses pouvoirs magiques : "C'était il y a plusieurs années. Je discutais avec le préfet de... Comme il m'a dit quelque chose qui m'a fait plaisir (le préfet lui avait accordé ce qu'il demandait au sujet d'un problème administratif), je l'ai remercié et béni en lui disant : que ceux qui sont tes égaux, ou même tes supérieurs, tu puisses les dominer un jour, quand Dieu le voudra. Quelques années plus tard, il est devenu Directeur de Cabinet au Ministère, et m'a envoyé quelqu'un pour m'annoncer la nouvelle : ta prédiction s'est réalisée. J'ai répondu : c'est toujours Dieu qui exauce les prières, mais si tu fais le bien, il te récompense".

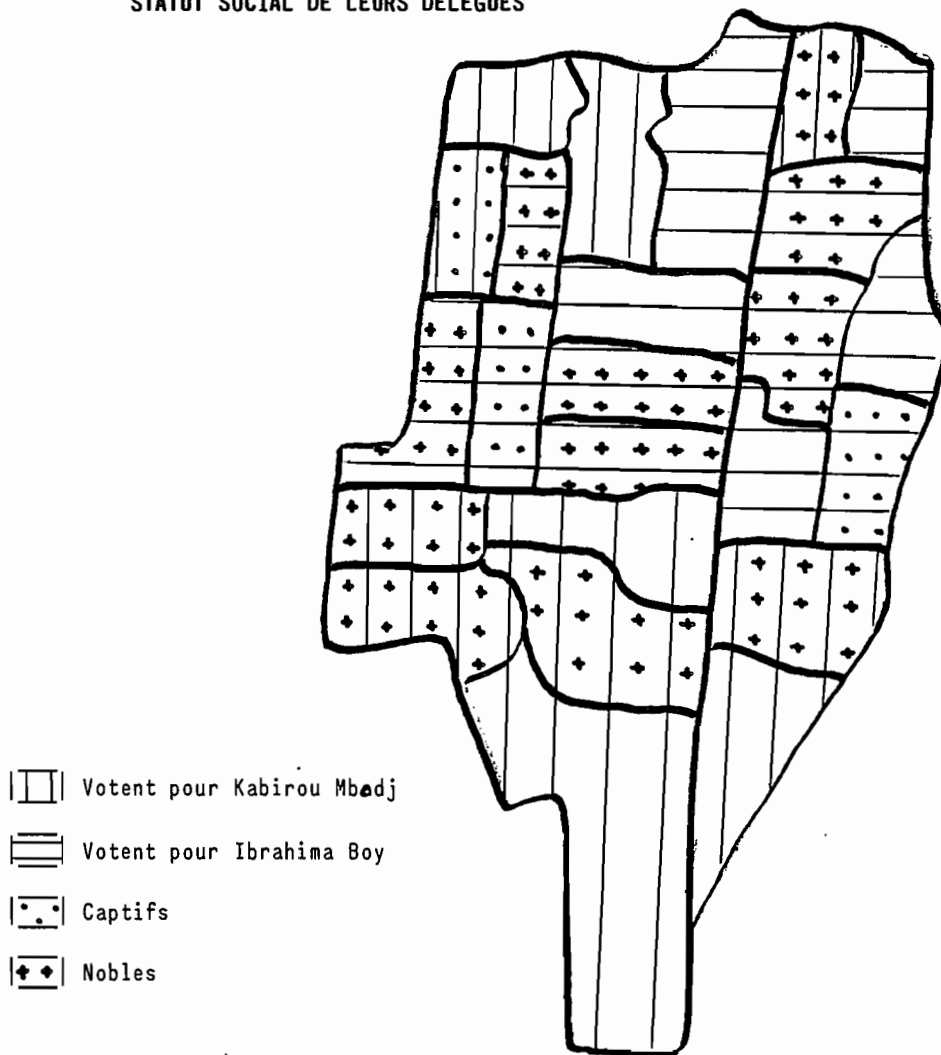
Par elle-même, cette histoire est pleine d'enseignements, mais avant d'en voir la portée, un fait coïncidant doit être rapporté. Le lendemain, rencontrant un autre délégué de quartier peul, Mamadou Dara Ba, politicien redouté et magicien déclaré qui habite à plusieurs kilomètres de chez Maguet Ka, et que je visitais régulièrement depuis plusieurs mois, je l'entends me déclarer, pour me montrer son influence dans les plus hautes sphères gouvernementales : "Au Ministère, je peux venir à n'importe quelle heure, et voir le Directeur de Cabinet ; il suffit que je présente un papier écrit de sa main et on me laisse monter. Cela remonte au temps où il était préfet : si, parmi tous les candidats au poste suprême, alors qu'il n'était pas meilleur que les autres, c'est lui qui a été nommé, c'est bien grâce à Dieu et à ceux qui ont prié pour lui. Moi, je l'avais connu, alors qu'il était encore préfet de..., un peu comme délégué de quartier, mais surtout par les intermédiaires qui lui ont parlé de mes pouvoirs magiques".

Plus encore que les paroles prononcées, ce sont les sous-entendus qui importent dans ces deux discours. Quand Maguet Ka dit que c'est Dieu qui exauce et quand Mamadou Dara Ba reconnaît que c'est par la prière qu'on obtient ce qu'on souhaite, leurs auditeurs comprennent que

**CARTE 8 : ETHNIE DES DELEGUES DE QUARTIER**



**CARTE 9 : DECOUPAGE DES QUARTIERS DE MEDINA-GOUNASSE SELON LA TENDANCE POLITIQUE ET LE STATUT SOCIAL DE LEURS DELEGUES**



ce sont leurs pouvoirs personnels qui leur permettent de modifier le cours des événements, d'apporter la réussite aux uns et l'échec aux autres, en un mot d'influencer la volonté divine. De même, quand le premier raconte la visite du message et quand le second évoque ses passe-droits au Ministère, chacun dans l'assistance y entend la preuve de la reconnaissance, par le Directeur de Cabinet, de l'efficacité de leur intervention, laquelle n'est même pas explicitée (s'agissait-il de prières, d'amulettes, ou plus concrètement de soutien politique, on l'ignore). Que le Directeur de Cabinet ait réellement envoyé un message et délivré un laissez-passer semble ici secondaire : puisque personne ne vient apporter une contradiction, le discours, devant un public d'avance convaincu, suffit à emporter l'adhésion et à renforcer le pouvoir de celui qui parle. Il est d'ailleurs probable que l'intéressé lui-même, s'il était consulté, confirmerait les dires des deux délégués de quartier, et ce d'autant qu'à leurs pouvoirs de magiciens, ils joignent leurs influences locales.

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

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

Ainsi, cette histoire racontée au sujet de Moussa Traore, guérisseur bambara originaire du Mali : lors d'une élection législative au Sénégal Oriental, il fut consulté par l'un des candidats à qui il déclara, après une séance de divination, qu'un boeuf devait être égorgé en aumône (**saraax**) avant l'élection ; le candidat passa outre cette exhortation, fut élu mais bientôt démis de ses fonctions pour irrégularité (dans une autre version il ne fut pas même élu) ; il retourna voir le guérisseur qui tira l'enseignement de cet échec ; lors de l'élection suivante, le candidat sacrifia un boeuf et fut élu sans contestation. Cette anecdote, maintes fois répétée dans son entourage, constitue le fondement du respect dont jouit actuellement Moussa Traore, âgé d'à peine quarante ans ; elle lui sert d'attestation de ses pouvoirs.

On peut y voir d'ailleurs une forme quasi-stéréotypée du lien qui unit le prince et le magicien, tel que la romancière Aminata Sow FALL le décrit dans **La grève des battù** (1979) : le personnage principal, fonctionnaire chargé de la Sécurité à Dakar, parvient, à la suite d'une intervention radicale, à éliminer les "encombrements humains" formés par les mendiants ; briguant alors le poste de Ministre de l'Intérieur, il part consulter son marabout qui lui indique le sacrifice à effectuer ; cependant, une fois égorgé le boeuf qu'on lui réclame, il ne réussit pas à le distribuer en aumône aux pauvres puisqu'il les a chassés de la ville et, malgré ses efforts, n'arrive pas à respecter les consignes du marabout ; le roman se termine par la nomination de son rival au poste convoité. Récit anecdotique qui constitue pour Aminata Sow FALL la trame d'une oeuvre récompensée par le Grand Prix Littéraire de l'Afrique noire en 1980. Mais plus encore, récit emblématique qui veut manifester pour Moussa Traore, la preuve de ses pouvoirs : que les politiciens le sachent - c'est-à-dire que son auditoire l'entende - il peut influencer sur le résultat d'une élection - ou de tout autre événement.

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

Exemplaire à cet égard est l'épisode suivant raconté par Maguet Ka : ayant à régler un problème de facture d'électricité contestée par une femme de son quartier, il se rend, en compagnie d'un notable, au service du contentieux de la Compagnie Sénégalaise d'Electricité (Senelec) : il attend l'employé qui arrive en retard et ignore la main qu'il lui tend ; pendant plusieurs minutes, l'employé se plonge dans ses papiers, feignant de ne pas voir son interlocuteur, avant de lui demander enfin la raison de sa venue. Ici, sont bafoués simultanément les pouvoirs du délégué de quartier, de l'homme de savoir et de l'aîné, par un modeste fonctionnaire. Comment réagir face à cette menace directe et immédiate de la tradition et surtout de l'autorité personnelle ? La marge de manoeuvre paraît mince, et c'est par le verbe que Maguet Ka répond, mais sa parole ne vaut que pour ceux qui l'entourent et croient encore en lui : "Il se peut, dit-il, qu'avant le versement de l'amende par la femme, l'employé ne soit plus dans son bureau" (licencié, malade ou mort, il ne le précise pas). Jusqu'à quand le pouvoir des mots suffira-t-il à donner le change, en faisant passer les menaces pour des actions ?

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

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

### Les politiciens de la santé

Le lieu où se manifeste avec le plus d'évidence, l'enjeu politique de la santé publique et les stratégies personnelles autour de son contrôle local est le comité de santé (FASSIN, JEANNEE, SALEM, REVEILLON 1986). Instrument et symbole de la participation des populations, il en "constitue la structure fondamentale" (Projet Pikine, 1983). Son rôle officiellement défini est en forme de vœu pieux : "Il est au service de tous en apportant son concours à l'unité opérationnelle de santé la plus proche. Il doit être indépendant à l'égard des appartenances politiques, sociales, religieuses et ethniques, respectant toutes les opinions individuelles "(Projet Pikine, 1983). Leur fonction théorique s'étend à l'ensemble des problèmes de santé se posant au niveau du dispensaire et des quartiers. Leur activité pratique se limite en général à la gestion de la comptabilité du dispensaire et à la transmission occasionnelle d'informations aux populations.

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



et n'a en particulier aucune initiative en matière sanitaire. Ces deux points qui éclaireront la suite de la discussion méritent un développement.

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

Mais également, cette procédure explique que le comité de santé, qui réunit plusieurs quartiers, devienne un lieu d'affirmation de la suprématie locale et d'exercice de stratégies personnelles pour les délégués ; celui qui est président du bureau ou qui occupe l'un des "postes-clés" - terme repris partout et indiquant les premiers rôles, avec par ordre d'importance : président, trésorier, secrétaire général, président de la Commission de Contrôle, président de la Commission de Santé Publique et présidente de la Commission des Femmes et des Affaires Sociales - fait la preuve de sa force ; en même temps, le nombre élevé de ces postes-clés, six au total, permet d'éviter des rivalités trop aiguës en donnant à chacun un titre et un fragment de pouvoir.

Paradoxalement - en fait, seulement à première vue - ces postes tant convoités ne sont que peu utilisés pour des décisions ou actions concernant la santé des populations : ils fournissent des démonstrations de pouvoir plus qu'ils n'en permettent un exercice réel. Si le rôle des comités est officiellement décrit comme participation à l'élaboration, à l'exécution et au financement des programmes de santé (Projet Pikine 1983), seul le troisième aspect est généralement rempli, et sous sa forme la plus rudimentaire : comptes des recettes et des dépenses du dispensaire ; pour les deux premiers aspects, l'intervention des comités se borne à assurer passivement la transmission de consignes : par

exemple, distribution de sachets de chloroquine par les délégués de quartier lors de la campagne de nivaquinisation de 1985.

Un indicateur utile de la "participation des comités à la promotion de la santé" (Projet Pikine 1983) est la fréquence et le contenu des réunions du bureau. La fréquence est d'une par semestre à Golf Sud, une par trimestre à Deggo, une par mois à Wakhinane, indéfinie mais espacée à Nimzatt ; l'irrégularité des séances est habituelle puisque c'est le président qui décide la convocation du bureau sans date fixe. Le contenu comporte un "menu fixe" : énoncé des comptes du poste de santé depuis la séance précédente ; et des thèmes "à la carte" : les doléances concernant les décharges d'ordures sont les plus fréquentes (à Nimzatt, en février 1986, l'immense dépôt, s'étendant sur plus de 1000 m<sup>2</sup> autour du dispensaire, n'avait pas été nettoyé depuis sept mois, d'après le président de la Commission de Santé Publique) ; les problèmes de personnel viennent au second rang (notamment la nomination des "bénévoles", postes très recherchés par les jeunes et confiés souvent à des parents de membres du comité) ; en revanche, concernant les maladies, les vaccinations, l'hygiène, aucune initiative n'est engagée, et, au niveau du groupe des femmes, rares sont les formulations de demandes spécifiques. La plupart des réunions qui m'ont été décrites ou auxquelles j'ai assisté ne comprenaient que le "menu fixe".

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

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

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

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

président de l'Association pour la Promotion de la Santé (APS), Birama Ndiaye, vieil ennemi du vaincu, se réjouit de l'ascension d'Ibrahima Boy dont il est un allié puissant.

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

De fait, cette situation conflictuelle est devenue la règle. A Golf Sud, l'opposition entre deux notables revendiquant chacun l'autorité sur le quartier Champ de Courses II se retrouve dans le comité de santé, quoique sur un mode mineur, étant donné le peu d'activités qui s'y déploient. La force politique du vieil Oggo Diop s'affirme dans l'obtention de la présidence et de la quasi-totalité des postes-clés pour lui-même et ses amis. A sa mort en 1985, son fils lui succède à la tête du quartier ; son rival devenu son ennemi abandonne ses vues sur les fonctions de responsable local ; le comité, qui n'est (provisoirement) plus un enjeu de conflits, redevient un lieu sans activité autre que la gestion par une trésorière énergique et un président reconnu.

A Deggo, l'élection de Baydi Faye début 1985 est annulée à la fin de l'année sur plainte de l'ancien président Issa Mbath. Deux notables des quartiers sont tirés au sort (un de chaque tendance) pour gérer les finances du poste de santé. Ici, le conflit entre individus est présenté par les parties en présence - les deux rivaux, l'infirmière du dispensaire, l'enquêteur même - comme un conflit ethnique entre Toucouleur soutenant un des leurs (Baydi Faye) et Wolof supportant leur représentant

(Issa Mbath). En fait l'analyse détaillée des voix du comité favorables à chacun des candidats montre une répartition égale des deux groupes ethniques, que l'on s'en tienne aux dires de l'un ou l'autre des deux rivaux, (tableau 6).

**TABLEAU 6 : LA REPARTITION DES VOTES DES DELEGUES DE QUARTIER POUR L'ELECTION DU PRESIDENT DU COMITE DE SANTE DE DEGGO SELON LEUR ETHNIE\***

	BAYDI FAYE Candidat toucouleur	ISSA MBATH Candidat wolof	
	d'après B.F.	d'après B.F.	d'après I.M.
Partisans toucouleur et peul	8 (54 %)	2 (67 %)	5 (56 %)
Partisans wolof	5 (33 %)	1 (33 %)	3 (33 %)
Partisans serer	2 (13 %)	0 (0 %)	1 (11 %)

\* Les chiffres ne tiennent pas compte de la voix du candidat pour lui-même.

Pourquoi le rapport de synthèse du bureau de l'APS de janvier 1982 parle-t-il alors du "racisme qui sépare les toucouleurs et les Woloffs", responsable de "beaucoup de tiraillement" et de "confiscation des recettes de 2 jours de travail par acte de sabotage" dans ce poste de Deggo considéré comme "très important mais très délicat" (Procès verbal de l'APS 1982) ? Bien que fictive, l'opposition ethnique est plus efficace à rassembler ou diviser la communauté que l'opposition politique, à laquelle les habitants des quartiers sont peu sensibles. Pour Baydi Faye, faire de sa rivalité personnelle avec Issa Mbath un enjeu ethnique présente un intérêt évident puisque la zone de Médina-Gounasse et de Badgdad couverts par le comité de santé sont à majorité toucouleur pour les délégués de quartier (onze sur vingt, pour seulement sept wolof) ; pour Issa Mbath, sa

défaite à l'élection - qu'il reconnaît pourtant en privé comme une conséquence de l'usure du pouvoir - "le problème est venu à cause du temps, quand on a connu un chef longtemps, on ne veut plus le voir" - est plus facile à admettre en termes d'échec collectif que d'échec personnel. L'explication ethnique, la plus facile, la plus efficace, mais aussi la plus fautive, rencontre ainsi un large écho jusque dans le discours de l'enquêteur, qui est d'un groupe ethnique apparenté à celui de Baydi Faye puisqu'il est peul.

Au centre de santé Roi Baudouin, une utilisation fallacieuse d'oppositions sociales pour dissimuler un conflit de personnes et de tendances (Kabirou Mbodj/Ibrahima Boy) est également faite. Il s'agit d'une rivalité deux à deux qui met en scène quatre délégués de quartier prétendant à l'autorité sur les habitants. L'alliance Tijane Ly - Diaouly Ndiaye contre Sire Camara-Amadou Daouda Diouf avantageusement (pour eux) présentée par les premiers - un **toorodo** et un **ceDDo**, donc de castes supérieures - comme un conflit statutaire entre hommes libres et captifs - leurs rivaux étant des **maccuBé**, c'est-à-dire de caste servile. Or, l'analyse de la carte des quartiers irréguliers de Médina-Gounasse et Bagdad ne permet aucunement de trouver une régularité dans les alliances en ce qui concerne la caste : selon les cas, elles se font entre délégués de quartier de même groupe statutaire ou de groupe statutaire différent (carte 9) . Au niveau du comité de santé, la rivalité se poursuit puisque Tidjane Ly est président et Amadou Daouda Diouf est vice-président.

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

Le comité de santé représente une forme extrême de politisation des problèmes sanitaires, mais les expressions que peuvent

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

### La maladie comme subversion

Au début de l'année 1985, l'épidémie de choléra, qui se développe depuis le Niger où elle est née un an plus tôt jusqu'au Burkina Faso, au Mali, à la Mauritanie, atteint le Sénégal. Dans les quartiers taudifiés de la partie méridionale de Kaolack, on compte chaque semaine plusieurs morts, voire plusieurs dizaines selon certains témoignages. Dans le Sine-Saloum, des villages sont décimés par la maladie qui se disperse au gré des cérémonies d'enterrement et des jours de marché. Dans la Vallée du Fleuve et à Saint-Louis, on signale des cas. Dans la Basse-Casamance, on parle de dizaines de victimes. Il ne s'agit pas d'une rumeur dans la population, mais de constatations médicales. Pourtant, au cours des mois pendant lesquels l'épidémie se développe (près d'un an), le silence officiel est total : le quotidien **Le Soleil** titre sur une dizaine de morts en Mauritanie mais ne parle dans aucune de ses éditions des centaines de victimes au Sénégal ; la Faculté de Médecine se tait également ; le Service des Grandes Endémies affirme que la situation est contrôlée.

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

qu'elle tente d'enrayer l'épidémie dans une zone où elle même fait des recherches depuis plus de dix ans.

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

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

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



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

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

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

Certaines pathologies pourtant se particularisent par l'importance des facteurs sociaux qui leur sont attachés : il en est ainsi de la lèpre, maladie qui cristallise toutes les peurs - de la contagion, de l'incurabilité, de la mutilation - et mobilise tous les appareils du pouvoir - législatif, administratif, policier. Dans son étude sur la

politique de lutte contre "les encombrements humains" dans les années soixante-dix au Sénégal, R. COLLIGNON (1984) montre comment la lèpre a été associée, en tant que fléau social, à la folie et à la pauvreté, avec pour commun dénominateur la mendicité ; mais il révèle également comment un ensemble structuré de décrets et de lois a été mis en place pour permettre une répression policière légale dans le but de "nettoyer" la capitale, avec la justification plus avouable de les en éloigner dans des villages thérapeutiques.

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

## Chapitre IX : LES POUVOIRS RELIGIEUX

Nulle part le soubassement symbolique du pouvoir thérapeutique n'est aussi présent que dans le champ religieux. Dans un texte souvent cité, P. BOURDIEU (1971) oppose deux théories radicalement opposées de la religion : celle de DURKHEIM dans **Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse** et <sup>celle</sup> de LEVI-STRAUSS dans **La Pensée Sauvage**, qui fait de la religion une langue obéissant à un code et à une logique que l'analyse structurelle peut déchiffrer ; et celle de MARX et de WEBER, qui fait de la religion un système de croyances et de pratiques visant à légitimer un ordre social et à renforcer la domination d'un groupe sur un autre. Pour la première, la sociologie religieuse est une sociologie de la connaissance, pour la seconde, elle est une sociologie du pouvoir.

Dans sa synthèse critique des études philosophiques et anthropologiques sur la religion, M. AUGÉ (1982 : 26) fait le reproche à P. BOURDIEU de négliger le "problème de l'efficacité" en s'attachant trop aux aspects fonctionnels, voire fonctionnalistes, de la religion (à quoi et à qui sert-elle ?) : "encore faudrait-il se demander pourquoi ou comment elle arrive à accomplir ces fonctions ou à servir les desseins de ceux qui l'utilisent". En fait, P. BOURDIEU (1971) est bien conscient du caractère central, dans la religion, de la question de l'efficacité, c'est-à-dire de "la relation entre l'intérêt, la croyance et le pouvoir symbolique", mais pour comprendre cette relation, le sociologue doit rendre compte de l'intériorisation du rapport de domination qu'acceptent de subir des individus vis-à-vis de leurs magiciens ou de leurs prêtres, et qui fonde le pouvoir social de ceux-ci : "la force de la croyance est fonction du degré auquel le groupe apporte sa collaboration à l'entreprise individuelle d'occultation, donc de l'intérêt qu'il a à voir occultée la contradiction".

En somme, les positions de ces deux auteurs se rejoignent autour d'un concept suffisamment général pour servir à la fois à l'étude du protestantisme et à la description du chamanisme : le pouvoir-entendu non pas au sens strict de l'institution religieuse, mais pris dans sa dimension sociale, tenant autant compte des rapports concrets entre individus et entre groupes que de l'efficacité symbolique pour un sujet ou une collectivité donné. Le pouvoir tel qu'il apparaît chez M. WEBER

(1964 : 107) au sein de "l'énorme enchevêtrement d'influences réciproques entre bases matérielles, formes d'organisations sociales et politique, teneur spirituelle", entre "la croyance religieuse" et "la civilisation matérielle". Le pouvoir aussi tel que le montre C. LEVI-STRAUSS (1958 : 198) dans l'histoire emblématique de Quesalid qui "n'est pas devenu un grand sorcier parce qu'il guérissait ses malades", mais qui "guérissait ses malades parce qu'il était devenu un grand sorcier".

### La structure religieuse

Comme on lui demandait de décrire l'organisation politique de Pikine, Thiom Samb, président des délégués de quartier rectifia qu'il y avait "deux choses : la religion et la politique" : et il commença à expliquer l'organisation des **daayira** qui forme la trame de l'architecture confrérique (entretien avec G. SALEM). Cette anecdote révèle le poids que l'on donne (ou veut donner) à la religion, comme mode de structuration de la vie sociale - tout comme elle illustre le constant évitement de l'explication politique par les plus habiles politiciens.

La proportion de musulmans au Sénégal est estimée à 92 % (MARTIN et BECKER 1977) ; les chrétiens, parfois appelés significativement "chrétiens animistes", sont représentés essentiellement par les Serer, les Diola, les Manjak, les Balant, les Mancagne (MARTIN ET BECKER 1977). L'islamisation est ancienne puisqu'EL-BEKRI la fait remonter à 1040 dans le Tekrour, actuel Fouta Toro (1913 : 324) et que V. FERNANDES la montre bien implantée à la cour du Damel du Cayor dans son récit de voyage de 1506 à 1510 (1951 : 7). En revanche, en pays serer et surtout en Casamance, elle est beaucoup plus récente et en concurrence avec le christianisme. D'ailleurs, même actuellement, l'islam manifeste son dynamisme à la fois par la conversion de non-musulmans et par les passages d'une confrérie à une autre. L'islamisation s'est effectuée par vagues successives, plus souvent guerrières ( **Jihad** d'El Hadj Oumar Tall dans le nord ou de Fodé Kaba dans le sud) que pacifiques (prosélytisme des confréries et charisme des marabouts). De plus, la foi nouvelle s'est installée de manière hétérogène, atteignant d'abord les couches supérieures, lettrées, souvent plusieurs siècles avant les masses paysannes (A.B. DIOP 1981).

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

La Qadiriya est la plus ancienne des confréries du Sénégal où elle a été introduite par des disciples de Moktar Ndoumbe Diop au XVIIIème siècle, et où elle s'est véritablement installée au milieu du XIXème siècle lorsque Cheikh Bou Kounta fonda son école coranique à Ndiassane (MARTY 1917). Actuellement, elle est surtout présente en Casamance où elle joue un rôle prééminent, et sous forme d'îlots dans le reste du pays ; d'après le recensement de 1970, elle représenterait 13,5 % de la population et concernerait avant tout les Maures, les Bambara, les Manding et les ethnies islamisées de Casamance, à un moindre degré les Peul du centre du pays (MARTIN ET BECKER 1977). De toutes les confréries sénégalaises, elle est probablement celle qui joue le plus faible rôle structurant de la société pikinoise, en raison de son origine étrangère (Mauritanie où sont encore les grands chérife), de sa faible représentation maraboutique (le Sénégal n'a comme seuls noyaux que la famille Kounta de Ndiassane et quelques familles manding de Casamance dont l'influence est limitée géographiquement), de ses effectifs peu importants dans la majeure partie du pays (1,6 % pour toute la zone centrale du Dyolof, Cayor, Ndiam-Bour, Baol et Saloum, d'après A.B. DIOP (1981 : 260) qui cite V. MARTIN ET C. BECKER), et peut être plus encore par son mode de fonctionnement moins en prise sur la structure sociale et l'organisation du travail (en cela plus proche d'une tariqa arabe que d'une confrérie sénégalaise).

La Tidjaniya est historiquement la seconde mais numériquement la première confrérie du Sénégal. Apportée par El Hadj Oumar Tall au XIX<sup>ème</sup> siècle, elle s'est développée dans le Fouta Toro et dans le Centre du pays sous l'influence de El Hadj Malick Sy à Tivaouane et d'El Hadj Abdoulaye Niasse à Kaolack (MARTY 1917). Avec 1.719.000 fidèles en 1970, elle représentait 51,5 % de la population, essentiellement concentrée dans la Région du Fleuve où elle atteignait 90 %, le Dyolof, la Haute-Casamance et le Cap-Vert ; la quasi-totalité des Toucouleur, Peul et Soninké, une proportion importante de Wolof et de Serer se déclarent tidjanes (MARTIN et BECKER 1977). L'implantation urbaine de la confrérie est ancienne, notamment chez les intellectuels et les dirigeants. Les familles Sy et Tall, qui ont joué un rôle politique de premier plan durant la période coloniale, et continuent d'avoir une grande influence sur les hommes au pouvoir (BEHRMAN 1970) sont pour une bonne part installés à Dakar (même si Tivaouane reste le lieu de référence), à la différence des familles Mbacke et Boussa qui résident complètement à Touba (leurs maisons à Dakar sont des lieux de passage). A l'heure actuelle, leur prééminence au Cap-Vert, et notamment à Pikine, est remise en cause par l'extension urbaine des réseaux mourides (CRUISE O'BRIEN 1971).

La Mouridiya est la plus sénégalaise des trois grandes confréries puisqu'elle n'a pas été importée, mais a été fondée par Cheikh Amadou Bamba à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (MARTY 1917). Elle s'est ensuite étendue autour de Touba pour devenir prépondérante dans le Baol, le Cayor, le Dyolof et le Saloum ; elle est essentiellement le fait des Wolof et des Serer qui sont mourides à environ 50 % (MARTIN et BECKER 1977). Traditionnellement rural - D. CRUISE O'BRIEN sous-titre l'un de ses ouvrages : "Essais sur l'organisation d'une société paysanne sénégalaise" (1975) -, le mouridisme connaît depuis quelques décennies un mouvement vers la capitale, en partie lié aux migrations rurales secondaires à la sécheresse et à la désertification. Son prosélytisme très actif, son influence politique croissante et l'efficacité de ses réseaux en font actuellement une confrérie qui manifeste le plus grand dynamisme au sein de l'organisation sociale urbaine (M.C. DIOP 1981).

Enfin, les layennes constituent un groupe très minoritaire - 0,5 % de la population sénégalaise (MARTIN et BECKER 1977) -, mais dont l'histoire et l'implantation rendent nécessaires la présentation à propos de Pikine. Variante de la Qadiriya fondée par Limamou Laye à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, elle s'est cantonnée à une zone géographique - le Cap-Vert,

et plus précisément les villages côtiers - et à une ethnie - les Lebou (COULON 1981). A Pikine, elle concerne essentiellement les noyaux traditionnels lebou de Thiaroye et Yeumbeul où certains quartiers sont presque exclusivement layennes ; néanmoins, des associations de cette confrérie existent dans tout le département, leur caractère très minoritaire semblant même les inciter à des démonstrations plus éclatantes.

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

La structure sociale de la confrérie peut se lire selon deux axes : la relation directe du disciple avec son marabout, et la relation indirecte à travers les associations religieuses. Le **taalibé** entretient avec son **serin** une relation personnalisée qui se manifeste par le **wird** (formule initiatique) qu'il reçoit individuellement - et chez les mourides par le **njebbël** (acte de soumission) -, par la **ziyara** (visite généralement annuelle) au cours de laquelle il offre son **addiya** (don en argent), enfin par les intercessions, prières et bénédictions qu'il peut lui demander pour obtenir une aide, une guérison, un poste.

Mais parallèlement à cette relation personnalisée, le disciple appartient généralement à une association, **daayira**, au sein de laquelle se regroupent des musulmans de même confrérie, souvent (mais pas toujours) de même marabout ; à Pikine il existe de telles associations dans les quatre confréries, et pour chacune, des **daayira** d'hommes et des **daayira** de

femmes. Les activités collectives au sein de chaque association sont discutées au cours de réunions hebdomadaires ; elles consistent en veillées de prières, en nuits de chants religieux et en voyages de visite au marabout, soit pour une fête de toute la confrérie (le **maggal** de Touba qui célèbre le retour de captivité de Cheikh Amadou Bamba ou le **mawlund** qui commémore la naissance du Prophète et qui est l'occasion pour les tidjanes d'un pèlerinage à Tivaouane), soit pour une fête spécifique en l'honneur d'un grand marabout (**gaamu**) ; les offrandes remises dans ces cas revêtent un caractère collectif. Dans les développements qui suivront, ne seront développés à propos des **daayira**, que les aspects liés aux pouvoirs leur dimension d'entraide et de solidarité étant traitée ultérieurement.

### Un imam dans le siècle

Imam mouride du quartier de Daroukhane II, El Hadj Mbaye Diakhate est un homme modeste, vivant dans une grande simplicité. Originaire du département de Kebemer en pays wolof, il n'est pas de famille maraboutique. Il a appris le Coran auprès d'un marabout dont il cultivait le champ du mercredi avec les autres taalibe de sa classe (**toolu allarba**) ; le reste du temps il aidait son père sur ses terres. A l'âge de vingt ans, il a quitté la maison familiale pour apprendre la traduction du Coran chez un autre marabout près de Tivaouane ; faisant partie du **daara** (à la fois école coranique et communauté agricole), il cultivait chaque jour les champs du maître (et non plus seulement le mercredi) en compagnie des autres **taalibé** ; en échange de cette activité, il a reçu pendant six ans un enseignement. Puis, il a passé une année chez un autre marabout dans un village du Cap-Vert, et encore dix ans à Keur Moussa avec un dernier maître chez lequel il n'habitait pas et auquel il payait ses secrets grâce aux maigres récoltes obtenues sur les mauvaises terres qu'on lui avait données. En 1973, il vient à Guedjawaye et ouvre à son tour une école coranique, **daara al qoran**.

Son activité actuelle dans le domaine religieux se situe à quatre niveaux. Il enseigne le Coran à une quarantaine d'enfants âgés de sept à quinze ans, ayant chacun entre une et cinq années d'apprentissage ; lorsqu'on lui rend visite, on entend, dans la pièce voisine, l'ânonnement des **taalibé** qui répètent collectivement et inlassablement les versets sous l'égide du plus âgé. Il est imam de la mosquée et y dirige donc les cinq prières ; de plus, il officie dans les baptêmes et les enterrements



mourides du quartier. Il est président d'honneur et trésorier mouride de Daroukhane qui compte une vingtaine de membres, hommes et femmes ensemble. Enfin, il est guérisseur, et l'on vient le voir pour lui demander une bénédiction (**naan**), un écrit (**aayé**) ou un grigri (**teéré**) - pour se protéger ou se guérir, pour soi ou pour un parent, pour une maladie ou pour un malheur.

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

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

Enseignant le Coran et entouré d'élèves, il est lui-même **taalibé** d'un marabout de Touba, Cheikh Bara Diene dont le père, Cheikh Issa Diene, avait été à la fois **taalibé** de Cheikh Amadou Bamba, fondateur du mouridisme, et **seriñ** du propre père d'El Hadj Mbaye Diakhate. La reproduction de l'ordre social est donc parfaite puisqu'à chaque génération, le fils du disciple fait voeu de soumission (**njebbél**) au fils de son maître quel que soit le niveau où l'on se situe taalibe/cheikh ou cheikh/khalife. Les relations d'El Hadj Mbaye Diakhate avec la hiérarchie se situent d'ailleurs sur les deux axes - individuel et collectif - déjà décrits : il fait son offrande personnelle à Cheikh Bara Diene lorsqu'il se rend à Touba et va présenter le don de son **daayira** au Khalife Général Abdou Lahad Mbacke à l'occasion du **maggal**.

Quels sont donc les pouvoirs d'El Hadj Mbaye Diakhate à Daroukhane ? Il n'est pas un homme riche, il n'a pas de fonction politique, il ne semble pas un guérisseur renommé. Pourtant, lorsque dans la population, on cite son nom, c'est toujours accompagné d'appréciations respectueuses. En fait, la considération dont il jouit lui vient de sa réputation de savant (**borom xamxam**) : érudit du Coran, c'est-à-dire le connaissant par coeur et en sachant la traduction, il est aussi détenteur de ses secrets (**lasaraar**). De plus, estimé comme lettré, il est par là-même respecté à la fois pour sa sagesse, à laquelle on a recours pour régler un différend politique ou conjugal, et pour sa magie, dont on essaie d'obtenir quelques bénéfices en cas de maladie ou de difficulté. Lorsqu'existe un conflit au sein du groupe, on peut donc faire appel à lui de deux façons : d'une part, l'un ou l'autre des partis en présence peut le solliciter pour obtenir des bénédictions ou des amulettes ; d'autre part, les protagonistes de la dispute ou leur entourage peuvent lui demander d'intervenir pour régler le problème. Le poids social, qui en fait un homme écouté par les notables autant que par la population, lui vient ainsi d'un savoir auquel on reconnaît l'étendue (textes coraniques) et la profondeur (secrets coraniques).

Choisir de présenter un portrait d'El Hadj Mbaye Diakhate, c'est proposer de rompre avec l'image exclusive du puissant marabout mouride exploiteur des masses généralement offerte dans la littérature. Certes, comme l'ont montré C.T. SY (1969), D. CRUISE O'BRIEN (1971), J. COPANS (1980) et A.B. DIOP (1981), "l'idéologie de la domination prônée par le fondateur du mouridisme semble avoir pour conséquence celle de l'exploitation" (A.B. DIOP 1981 : 281); remarque qui vaut également pour le tidjanisme. Mais, d'une part, cette exploitation conduit à un enrichissement d'un nombre relativement limité de marabouts, ceux de quelques grandes familles, à l'exclusion d'une grande partie des marabouts lettrés exerçant des fonctions religieuses qui vivent dans la modestie, voire la misère (fréquente parmi les nombreux **seriñ** rencontrés à Pikine) : et, d'autre part, comme tout système hiérarchisé de domination, il s'établit et se répercute à tous les niveaux, le marabout exploiteur de ses **taalibé** étant aussi l'exploité de son cheikh.

De même que le pouvoir du délégué de quartier n'a rien de comparable avec celui du ministre, de même le pouvoir du marabout de quartier ne peut être assimilé à celui du cheikh. C'est au niveau de la vie quotidienne des quartiers que peuvent être saisis les enjeux de

pouvoirs au sein des confréries. Lorsqu'El Hadj Oumar Sow, imam à Médina-Gounasse, dans la zone irrégulière de Pikine, intervient drapé dans son boubou blanc immaculé pour arbitrer un conflit à propos d'un héritage, d'une dot ou d'un adultère, il fait la démonstration de son autorité. Mais lorsque ses collègues de travail demandent à la Direction du Personnel de la Société Nationale des Eaux (Sonees), où il est employé comme balayeur, sa mutation dans un poste de planton, moins avilissant pour sa fonction religieuse, il fait la preuve des difficultés, pour les détenteurs de pouvoirs traditionnels, à trouver leur place dans le système de production de la ville, où ils doivent pourtant s'insérer s'ils veulent nourrir leur famille.

### Le prophète et le guérisseur

Les pouvoirs thérapeutiques font partie de la panoplie des grands marabouts. Comme dans toutes les religions, les prophètes sont thaumaturges. Le miracle est la manifestation la plus immédiate et la plus spectaculaire du pouvoir. D'où la multiplication des anecdotes racontant des guérisons prodigieuses dans l'hagiographie des grands chefs confrériques.

Voici le récit de la guérison du fils du célèbre délégué de quartier, Baye Laye, tel qu'il est rapporté par A. SYLLA dans un mémoire de l'IFAN (1984 : 11) : "Mamadou Laye Mbengue, né en 1931 à Cambérène, vit actuellement à Guedjawaye. Il nous a raconté comment il est resté paralytique jusqu'à l'âge de 17 ans. Un jour, son père rendit visite à Seydina Issa (fils aîné et successeur de Limamou Laye, fondateur de la confrérie layenne) qui demanda de ses nouvelles. Son père lui répondit que Mamadou est un paralytique qui se traîne par terre. Seydina Issa lui demanda de le lui amener immédiatement. Lorsque mon père m'amena auprès du Saint Maître, dit Mamadou Laye, il (le marabout) saisit et tira le petit doigt de ma main gauche puis celui de ma main droite et ensuite les petits orteils de mes deux pieds, puis il souffla dans sa sainte main et la posa sur ma tête. Je sentis alors une fraîcheur me traverser jusqu'à mes pieds, et aujourd'hui encore je ressens les effets de ce froid. Il dit alors à mon père : "Dieu fait toute chose en son temps". Le lendemain, à la même heure, je sentis la possibilité de me redresser sur mes jambes. Je me suis appuyé sur la baraque de Laty Ndiaye (un voisin) et je réussis à me tenir debout. La femme de ce dernier, Aïssatou Mboup, n'en crut pas ses yeux,

elle se précipita sur moi et courut me planter (sic) devant mon père. Dès que celui-ci me vit debout sur mes jambes, il fut si agité par l'émotion durant toute la journée que nous eûmes peur pour ses jours".

Ce texte - qui m'a été remis par Mamadou Laye Mbengue à l'occasion d'une de mes visites - a été reproduit intégralement car il illustre, en même temps que le contenu, la forme hagiographique. De tels récits sont nombreux dans la tradition orale et témoignent des pouvoirs surnaturels des grands marabouts (pour les layennes, Mamadou Laye Mbengue précise que seuls le fondateur et son fils aîné possédaient ces pouvoirs). Chez les mourides, V. MONTELL (1966 : 171) rapporte une lettre de l'Administrateur de Louga en 1907, à propos de Cheikh Amadou Bamba : "Il donne sa bénédiction en crachant sur la tête et les mains de ses adorateurs prosternés. L'eau de ses ablutions est précieusement recueillie, et le sable qui en absorbe les éclaboussures sert d'amulettes revendues par les **taalibés**". Chez les qadir, P. MARTY (1917 : 27) relève que l'influence de Cheikh Saad Bouh" s'appuie moins sur sa science et sa piété que sur sa réputation de thaumaturge".

Le pouvoir de guérir fait donc bien partie des attributs du marabout, mais l'étude de ses fondements fait apparaître deux formes distinctes et non une seule comme le laisserait supposer l'utilisation par C. COULON (1981 : 110) du terme générique "maraboutage" pour désigner des "pratiques magiques" visant à la protection sur l'agression d'une personne. Lorsque Seydina Issa impose ses mains ou lorsque Cheikh Amadou Bamba crache sa salive, c'est la **baraka** - cette force divine qui leur a été donné en même temps que la voie nouvelle, **tariqa**, leur était montrée - qui agit. Lorsqu'El Hadj Mbaye Diakhate ou El Hadj Oumar Sow font un **xaatim**, additionnant des chiffres dans un carré magique ou un **aayé**, écrivant des noms de Dieu ou des versets du Coran, ils utilisent, pour protéger ou pour soigner, une connaissance esotérique qui leur a été transmise par un autre marabout contre une somme d'argent ou de services. Pour le prophète, il s'agit donc d'un pouvoir charismatique et pour le marabout de quartier, d'un savoir acheté. On comprend dès lors que la bénédiction du premier ait plus de prix que l'amulette du second.

Les auteurs qui ont tenté d'expliquer la relation marabout-disciple ont généralement insisté, à juste titre, sur la dimension spirituelle de l'attente du **taalibé** à l'égard de son maître : "réaliser son salut" (A.B. DIOP 1981 : 281), "une garantie pour l'au-delà"

(COULON 1981 : 107). Mais la dimension matérielle, dans cette vie, ne doit pas être négligée, comme le note D. CRUISE O'BRIEN : le marabout doit "le protéger contre ce qu'il craint dans ce monde et dans le prochain" (1971 : 51). Pour le **taalibé**, la contre-partie des dons, des services, des prières qu'il adresse à son marabout, c'est la guérison qu'il peut en espérer pour un parent malade et c'est l'aide qu'il peut en obtenir pour trouver du travail ou gagner un procès.

Ici toutefois, la **baraka** peut s'avérer insuffisante. Mais la mise en jeu de ses réseaux manifeste la force du marabout autant que l'efficacité de sa prière. Ainsi, un médecin privé de Pikine (non mouride) rapporte que, de Touba, la famille Mbacke, dont il a soigné plusieurs membres, lui adresse, dans sa clinique, des malades qu'il ne fait pas payer, grâce à leur recommandation prestigieuse ; de cette façon, les marabouts font la démonstration de leur influence et le médecin s'assure du soutien ultérieur des autorités religieuses dans ses démêlés avec la justice pour une série de fraudes. Ainsi, dans un autre registre, l'entourage de l'un des hommes les plus riches du Sénégal raconte qu'arrêté au cours d'enquêtes sur l'enrichissement illicite au début des années quatre-vingts, il réussit à sortir de prison grâce à une intervention personnelle du Khalife Général des mourides auquel il avait fait appel après le refus d'aide du Khalife Général des tidjanes ; c'est à cette époque que le riche homme d'affaire tidjane se convertit au mouridisme et commença à affréter des véhicules gratuitement pour amener les pèlerins à Touba.

L'étude des pouvoirs des marabouts sur la maladie et le malheur, pouvoirs de guérir et de protéger, nous conduit donc insensiblement vers le coeur de la structure sociale confrérique : la relation de clientèle.

### Dépendance et clientélisme

Dans le texte introductif d'un numéro des **Cahiers d'Etudes Africaines** consacré à ce thème, G. BALANDIER (1969) précise les trois propriétés qui, selon D. SPERBER, distinguent les relations de clientèle des relations de hiérarchie : l'asymétrie, qui manifeste la dépendance personnelle ; l'intransitivité, qui pourrait se traduire par la formule : les clients de mes clients ne sont pas nécessairement mes clients ; le

choix , partiellement inconscient, du dominé qui accepte la domination dans une perspective stratégique. Ainsi identifié, " le réseau des rapports de clientèle apparaît comme recoupant les frontières tracées par les statuts sociaux, par les agencements des rangs, par la hiérarchie des groupes statutaires, des castes et des ordres".

L'étude des réseaux mourides de la vente illicite des médicaments au Sénégal va fournir l'illustration concrète de la relation de clientélisme entre le **taalibé** et son marabout, dans toute sa complexité. Comme il a été précédemment indiqué, la quasi-totalité des vendeurs sont wolof et mourides, le centre national d'approvisionnement du trafic se trouve à Touba, et la distribution des produits suit, pour reprendre l'expression de D. CRUISE O'BRIEN (1971), la "filière" mouride. Mais comment s'établit concrètement la relation de clientélisme ? Comment s'intègre-t-on, lorsqu'on est un cultivateur du Baol, dans les réseaux commerciaux de Touba ? Plus encore, la relation entre le disciple et le maître est-elle différente selon que le premier est salarié dans une entreprise ou impliqué dans un trafic illégal ?

Tout **taalibé** mouride prononce un voeu de soumission, **njebbël**, à son cheikh lors de son initiation : "Je me sou mets à vous, corps et âme. Je ferai tout ce que vous demandez de moi et m'abstiendrai de tout ce que vous m'interdisez "(CRUISE O'BRIEN 1970). Ce faisant, il obéit au précepte de Cheikh Amadou Bamba : "Sois devant ton Cheikh comme un cadavre entre les mains du laveur de morts", qui n'est en fait que la prescription de base de toute confrérie puisque c'est également la formule attribuée à Abdel Kader Jilâni, fondateur de la Qadiriya au XIIème siècle (A.B. DIOP 1981 : 276). Cette soumission, qui est la pierre angulaire de la vie du **taalibé**, "la condition indispensable, et la condition unique, pour devenir membre de la confrérie" (CRUISE O'BRIEN 1970), est renouvelée à la mort du Cheikh, par une brève cérémonie "d'attachement" à un fils ou un proche parent du défunt.

Le **njebbël** se concrétise de différentes façons selon la résidence, le mode de vie et le choix du **taalibé**. En milieu rural, il peut s'agir d'un don complet de sa personne pendant plusieurs années : le disciple travaille toute la journée, du lever du jour au coucher du soleil avec une interruption pour le déjeuner ; lorsqu'il ne peut pas travailler (comme un jeune poliomyélitique de Guedjawaye élevé dans le Cayor), il va mendier et se fait battre s'il n'a pas rapporté assez de riz ; en période

de morte-saison, il peut rester auprès du marabout pour l'aider à l'entretien de la maison ; toutes ses décisions - notamment celles concernant le choix de l'épouse et la date du mariage - sont soumises à l'approbation du cheikh qui, en échange, ne les entretient que très incomplètement - ils mendient leur nourriture et reçoivent souvent leurs vêtements de leurs parents (A.B. DIOP 1981 : 310-317). Mais le don de soi revêt fréquemment un caractère moins absolu : il se caractérise alors par un don de travail (champ du mercredi) et d'argent (**addiya**), qui constitue "une offrande à Dieu à travers le fondateur de la confrérie" (CRUISE O'BRIEN 1970).

En ville, le **taalibé** mouride - qui est d'ailleurs généralement un ancien cultivateur, un citadin de la première génération - est confronté à un environnement social et à un mode de production nouveaux (M.C. DIOP 1981). Comme l'indique D. CRUISE O'BRIEN (1971 : 237) dans un chapitre intitulé : "The urban brothers", "la migration de dizaines de milliers d'adeptes du mouridisme vers les principales villes du Sénégal au cours des vingt dernières années a constitué un test sévère de la flexibilité et des pouvoirs adaptatifs de la confrérie". Les mourides des villes s'intègrent dans une double sociabilité : formelle, avec les associations confrériques, **daayira**, et informelle, au travers des réseaux de parenté et d'inter-connaissance. Leur soumission au marabout s'exprime par une série de témoignages collectifs et individuels.

Avec son **daayira**, il participe à l'exploitation du champ du mercredi qui appartient au marabout (beaucoup des **taalibé** qui ont une activité salariée ne peuvent accomplir cette obligation) ; il offre l'**addiya** dont le montant est variable mais dépasse toujours 1.000 F CFA dans les **daayira** étudiées en ville (pour une vingtaine de membres, celle d'El Hadj Mbaye Diakhate avait collecté 65.000 F CFA pour le **maggal** de 1984) : il semble que les autorités confrériques, et notamment le Khalife Général, préfère la seconde forme de participation (financière) à la première (agricole), comme en témoigne la dispense, pour les mourides de Dakar, d'aller cultiver "le champ de Bambylor" qui a constitué l'une des premières décisions d'Abdou Lahad Mbacke lors de son accession au Khalifat Général (M.C. DIOP 1981).

A titre personnel, le **taalibé** manifeste sa soumission par les offrandes dont la confrérie a vu multiplier les formes et les occasions : l'**addiya** déjà signalée, dont l'expression collective, au nom du **daayira**

n'empêche pas les témoignages individuels, à l'occasion de visites (l'**addiya** du **daayira** étant souvent présentée au Khalife Général, et l'**addiya** du **taalibé** étant remise directement à son propre cheikh) ; l'**asaka**, aumône destinée aux pauvres, en fait donnée au marabout qui est censé la redistribuer ; le **sas**, contribution fixée pour chaque **taalibé** par le cheikh en fonction de ses revenus estimés, innovation introduite à l'occasion de la construction de la grande mosquée de Touba ; enfin, le **njottuk bop**, dont la création remonte à l'époque fondateur du mouridisme, et qui correspond à une somme de 140 F CFA par personne à charge (CRUISE O'BRIEN 1971, COULON 1981 : 106, A.B. DIOP 1981 : 300).

Qu'obtiennent les **taalibé** en échange de ces nombreux dons à leur marabout ? Car la relation de clientélisme suppose des bénéfices attendus par le dominé. L'allégeance au cheikh permet en effet de nombreux avantages, dans l'esprit du **taalibé** qui se soumet. Avantages matériels et spirituels, dans ce monde et dans l'autre. Ce qu'affirment explicitement les autorités confrériques, c'est la garantie de salut qu'assure les dons ; C. COULON (1981 : 107) cite un texte du Secrétaire du Khalife Général publié en 1966 dans le quotidien national où les offrandes sont présentées comme "un dépôt que l'on retrouvera dans l'au-delà" et où le marabout est comparé à "une banque" qu'on "ne peut empêcher de tirer profit des sommes qui lui sont confiées par ses clients à qui elle garantit quand même la sécurité des biens". Mais à côté de cette assurance pour l'autre monde, la confrérie permet déjà des bénéfices dans celui-ci : elle offre le cadre de ses réseaux de sociabilité dont on connaît, par exemple, la réussite dans les pratiques commerciales (SALEM 1981) ; elle donne une protection sociale dont on cite les interventions efficaces pour le règlement d'une affaire judiciaire, l'accession à un poste politique ou l'obtention d'une situation professionnelle (CRUISE O'BRIEN 1975) ; elle peut même fournir une aide directe en cas de difficulté financière - les démonstrations de générosité font partie du spectacle maraboutique - et une intercession en cas de maladie ou de malheur - c'est la force de la **baraka** déjà évoquée.

Mais en quoi les vendeurs illicites de médicaments sont-ils particuliers - ou non - dans cette structure sociale ? Tout d'abord, il faut expliciter comment la confrérie mouride a pu devenir le lieu social des trafics (de l'arachide, tout comme de la drogue et des armes) au Sénégal. Comme l'a montré J. COPANS (1980), le mouridisme a fonctionné comme une idéologie structurant une réalité sociale ; dans le cas de



l'arachide, il a su tirer parti d'une ressource pré-existante (la culture arachidière existait dès la première moitié du XIXème siècle en pays wolof) ; dans le cas des médicaments, il profite d'un marché nouveau - besoins ressentis par les populations, inaccessibilité financière aux produits pharmaceutiques - et cherche à s'adapter face à un contexte écologique qui se dégrade - sécheresse et désertification qui font migrer les paysans vers les villes. Pour cette reconversion partielle, il dispose d'atouts considérables : des zones franches d'où l'Etat sénégalais est absent (Touba avant tout, mais aussi la concession de Mamadou Mustapha Mbacke à Dakar) et qui constituent des lieux de stockage et d'approvisionnement ; des réseaux commerciaux déjà en place, aussi bien avec la Gambie (par l'écoulement de l'arachide) qu'avec la capitale où "les frères urbains" forment un groupe très solidaire, et qui permettent l'écoulement et la distribution (FASSIN 1985). Les conditions de possibilité de la vente illicite des médicaments sont donc créées. Le marché peut se développer.

Pour les marabouts, les bénéfices sont évidents. Si l'on veut que les **taalibé** fournissent des dons, il faut qu'ils aient de l'argent, donc qu'ils aient une source, légale ou non, de revenus. Les cheikhs connaissent très bien l'activité de leurs adeptes ; tous les vendeurs interrogés en attestent, certains recevant même la visite de leur marabout, ou d'un de ses proches, sur leur marché où il vient les saluer - et leur demander leur **addiya**. En revanche, les cheikh n'interviennent jamais ouvertement dans le trafic des vendeurs, ni pour les inciter à entrer dans une filière, ni pour les aider à se procurer les produits ; ils ferment les yeux sur des pratiques qu'ils n'encouragent pas directement qui leur assure des ressources non négligeables grâce aux dons. Pour autant, les marabouts ne sont pas totalement absents des circuits commerciaux, mais ils s'y introduisent au niveau à la fois le moins illicite (achat à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, réservée au secteur public) et le plus élevé (les quantités de médicaments ainsi achetés se chiffrent par centaine de milliers de comprimés, c'est-à-dire par millions de francs CFA).

Pour les vendeurs, l'intérêt n'est pas moins clair. D'une part, l'appartenance confrérique constitue la meilleure carte de visite pour entrer dans les filières : le cultivateur du Baol qui n'arrive plus à nourrir sa famille commence par vendre à Touba auprès d'un parent ou d'un camarade de **daayira** ; lorsqu'il a décidé de partir à Dakar, c'est avec une

recommandation de son marabout qu'il va chercher à s'introduire dans les circuits de la capitale ou de sa banlieue ; l'accès à un point de vente sur un marché étant très réglementé par les vendeurs déjà en place, les chances de s'installer, si l'on ne bénéficie pas de soutien, sont quasi-nulles. D'autre part, la structure mouride assure une protection sociale plus ou moins efficace, mais toujours recherchée, particulièrement dans les pratiques illicites : jusqu'à la mort de Falilou Mbacke, le Khalife Général "couvrait" systématiquement les activités de ses adeptes, intervenant directement ou indirectement - pour les libérer de prison ou obtenir des non-lieu ; depuis l'arrivée de son successeur, Abdou Lahad Mbacke, les discours se sont multipliés pour affirmer que les **taalibé** ne bénéficieraient plus du soutien automatique des autorités religieuses ; assurance vis-à-vis du gouvernement que l'importance de certains détournements commençait à mettre en position délicate (les deux tiers de la production d'arachide, première ressource nationale, avaient échappé au contrôle de l'Etat en 1985) plutôt que changement réel d'attitude, d'après les observations que l'on peut faire sur les lieux mêmes de la vente.

### La religion comme garant de l'ordre social

A l'heure actuelle, l'interprétation la plus fréquemment lue et entendue, concernant les rapports de l'islam et du pouvoir en Afrique noire, est que la religion musulmane serait, pour reprendre les mots de C. COULON (1983 : 165), "une contre-culture, souvent politique, pour les "sans pouvoir" ou l'élite "frustrée"". Cette idée, également partagée par V. MONTEIL (1980), constitue un juste contre-point au discours colonial (P. MARTY (1917) cite de nombreux témoignages d'administrateurs français et émet lui-même des opinions souvent très critiques à l'égard des marabouts sénégalais) et post-colonial (qu'il s'agisse d'ouvrages d'étrangers comme celui de L. BEHRMAN (1970) ou de Sénégalais comme celui de C.T. SY (1967) critiquant, il est vrai, une confrérie "rivale") sur l'islam et ses marabouts, accusés tour à tour de freiner ce progrès économique, d'exploiter les masses paysannes et de collaborer avec le colonisateur. Néanmoins, la présentation de l'islam comme idéologie de libération doit être largement tempérée dans le cas sénégalais - ce dont C. COULON (1983 : 8) convient d'ailleurs "je sais, pour avoir travaillé sur les marabouts du Sénégal, que l'islam peut participer à une idéologie dominante et même s'ériger en appareil idéologique d'Etat". On peut ainsi

être tenté de voir, avec D. CRUISE O'BRIEN (1970), dans la relation de clientélisme l'élément central de l'idéologie confrérique, et avec G. BALANDIER (1969), dans les clientèles "les moyens du pouvoir et l'instrument de son maintien".

La structure sociale au sein des confréries s'agençant autour d'une relation de dépendance délibérément choisie par le dominé et profitant à la fois au **taalibé** et au marabout, on conçoit que l'intérêt de chacun soit de "sauvegarder le statut et la fonction des groupes dominants qui leur assurent des avantages moraux et surtout économiques importants" (A.B. DIOP 1981 : 296). On se trouve ici au coeur de ce que P. BOURDIEU (1971) appelle la "dialectique de la foi et de la mauvaise foi (au sens de mensonge à soi-même, individuel ou collectif)". La force de cette dialectique provient de son "refoulement" quasi-absolu par les groupes et les acteurs en présence : ni le cheikh ni le **taalibé** ne fera quoi que ce soit pour transformer l'édifice. Preuve ultime de la cohésion du système - et de sa dynamique interne -, les seuls changements qui peuvent s'y produire contribuent en définitive à le renforcer : ainsi, en est-il de l'émergence d'intermédiaires (grossistes dans le commerce, petits marabouts dans l'agriculture) qui s'enrichissent de l'appauvrissement des autres adeptes, ou encore de l'institution de rapports de forces au sein de l'école coranique au bénéfice des **taalibé** les plus âgés qui maltraitent et frappent les plus jeunes (A.B. DIOP 1981).

Mais il serait trop partiel de ne voir la défense, par la religion, de l'ordre social - ou plutôt d'un certain ordre social - qu'au sein de la relation du marabout et de son disciple. La force conservatrice de l'islam à l'égard des rapports de domination se manifeste également dans la division sexuelle du pouvoir. Sans entrer dans le détail d'une question trop complexe pour être traitée ici, on peut rappeler l'interdiction de fait, sinon de droit, pour les femmes, d'accéder à une connaissance véritable du Coran, c'est-à-dire de dépasser le stade de répétition, sans les comprendre, de quelques versets nécessaires aux cinq prières quotidiennes ; ou encore l'absence de femmes dans les structures supérieures du pouvoir confrérique, où elles ne sont que les nécessaires reproductrices biologiques du système.

De même, dans la condamnation des traditions pré-islamiques l'animisme, des sorciers et des contre-sorciers, des mythes et des rites païens, on ne peut pas voir seulement une affirmation doctrinale,

s'agissant de l'islam dont on connaît par ailleurs la profonde aptitude à se mêler, pour s'y enrichir, aux traditions locales (V. MONTEIL 1980). C'est bien d'une prise de position idéologique, visant à conforter le pouvoir maraboutique, comme l'a montré E.K. TALL (1984), chez les Toucouleur de la Vallée du Fleuve, à propos des rapports entre les **sernaa** musulmans, puissants et respectés, et les **wilee** animistes, affaiblis et marginalisés, mais pourtant redoutés. Ce rejet de pratiques non orthodoxes participe d'ailleurs d'un phénomène plus général : P. BOURDIEU (1971) remarque ainsi que "le prophète et le sorcier ont en commun de s'opposer au corps des prêtres en tant qu'entrepreneurs indépendants exerçant leur office en dehors de toute institution". Ce que les marabouts contestent aux contre-sorciers, ce n'est pas tant l'exercice d'un "savoir noir" (ils font parfois eux-mêmes appel à ces magiciens), c'est le pouvoir social que ceux-ci peuvent en tirer et la concurrence économique qu'ils leur font ainsi dans la population de leurs fidèles.

Enfin, l'islam confrérique constitue l'un des instruments les plus efficaces du maintien de l'ordre politique aussi bien au niveau de l'Etat que du village ou du quartier. Certes, l'histoire du Sénégal a montré le poids des confréries, mais il a découvert également leur jeu. Ainsi, A.B. DIOP (1981 : 328-329) note qu'"en 1914, Blaise Diagne fut élu avec l'aide de la confrérie (mouride) dont il prit la défense auprès de l'administration, notamment dans une affaire de détournements de fonds destinés à la construction de la grande mosquée de Tubaa", mais que le Kalife Général des mourides "accordait moins d'importance aux partis qu'à l'administration coloniale qui le supportait et dont il faisait la politique". Plus récemment, le succès de Léopold Sedar Senghor (soutenu par les confréries mouride et tidjane) contre Lamine Gueye dans les années cinquante, puis contre Mamadou Dia dans les années soixante, atteste de cette relation complexe avec le pouvoir : les marabouts choisissent le meilleur candidat qui les a lui-même choisis, en les défendant contre la volonté exprimée par ses deux rivaux d'assainir les pratiques économiques des confréries ; ils le soutiennent pour son élection, en échange de laquelle ils pourront ensuite poursuivre leurs activités.

Jeu politique dont on peut également mettre en évidence les mécanismes complexes et souvent cachés dans la société pikinoise. Dans la perspective des élections de renouvellement des bureaux du Parti Socialiste (desquelles découlent les choix de candidats pour les élections municipales et législatives), l'un des concurrents pour le poste de

secrétaire général de coordination offre, au début de 1986, dix parcelles d'un terrain où il est responsable de la construction du futur lotissement, à un influent chérife qadir originaire de Mauritanie mais possédant une concession à Pikine où vit sa mère et l'une de ses épouses. Le candidat obtient ainsi l'assurance du soutien du chérife et de ses **taalibé**. Le marabout conforte son pouvoir en distribuant à son tour les dix parcelles à des parents ou à des adeptes. Cet exemple, rapporté par le délégué de quartier, ami du politicien et disciple du chérife - c'est-à-dire client de chacun -, qui a effectué les tractations entre les deux hommes, illustre la logique des obligations réciproques qui maintiennent, au-delà des remous parfois suscités par les hommes politiques et par les marabouts, l'ordre existant, c'est-à-dire les rapports de domination.

## Chapitre X : LES POUVOIRS ECONOMIQUES

Il semble acquis, depuis MARX, que l'économique n'existe pas en dehors du social qui le produit - et que l'économie politique n'est pas une science en elle-même, mais appartient au domaine de l'histoire : "les catégories économiques ne sont que les expressions théoriques, les abstractions des rapports sociaux de la production" note-t-il dans **Misère de la Philosophie** (1965 : 78), et il ajoute à l'encontre de Proudhon : "L'économiste a très bien compris que les hommes font le drap, la toile, les étoffes de soie, dans des rapports déterminés de production. Mais ce qu'il n'a pas compris, c'est que ces rapports sociaux déterminés sont aussi bien produits par les hommes que la toile, le lin, etc.". Encore plus intéressante pour le sociologue est l'analyse historique qu'il fait de la révolution de 1848, dans laquelle il met en pratique ses "observations" méthodologiques pour "démontrer l'enchaînement interne des causes" qui sont "en dernière instance, économiques", selon les termes de F. ENGELS dans son introduction (1984 : 52). Ainsi, les hommes produisent à la fois les rapports sociaux et les rapports de production qui déterminent à leur tour l'histoire sociale et l'histoire économique, indissociablement liées.

Mais il paraît également reconnu, depuis WEBER, qu'un certain type de société peut fournir le modèle à un certain type d'économie, et plus encore que le social peut se penser en termes économiques. Dans **L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme** (1967 : 24), M. WEBER s'interroge sur la relation causale entre "croyances religieuses" et "mentalité économique". Plus précisément : entre "l'éthique rationnelle du protestantisme ascétique" et "l'esprit de la vie économique moderne", pour lequel le sociologue, implique à la fois la production des relations économiques capitalistes et la naissance de la classe bourgeoise occidentale. Et surtout il choisit dans la structure sociale la modalité la moins économique a priori : la religion, pour la penser en termes économiques, allant jusqu'à parler de "bénéfices psychologiques" ou de "biens de salut" (1967 : 290-291). Ce langage, et la théorie qui le sous-tend, a été généralisé par P. BOURDIEU (1971) qui parle de "la division du travail religieux", du "capital religieux", de "consommation"

et de "production", de "la demande" et de "l'offre", qui fait de l'Eglise "une bureaucratie" et des prophètes "des entrepreneurs indépendants".

L'étude qui va suivre ne se propose pas d'établir une théorie des pouvoirs économiques à Pikine, mais de montrer comment fonctionnent les rapports sociaux que mettent en jeu les intérêts économiques autour de la maladie. En cela, l'analyse de MARX qui fait de l'économique, une expression du social et la démarche de WEBER qui pense le social dans une logique économique paraissent éclairer l'objet de manière complémentaire.

### Le prix de la guérison

Contrairement à l'adage qui veut que la santé n'ait pas de prix et aux affirmations des guérisseurs selon lesquelles on soignait autrefois pour rien, la guérison se paie, et s'est toujours payée. Par la souffrance, par les sacrifices, par les aumônes, par les dons aux guérisseurs, par l'achat de médicaments. En remplaçant, dans les dispensaires, la consultation gratuite qui ne permettait pas d'obtenir des médicaments et que les malades désertaient donc, par une consultation payante qui permet l'approvisionnement en médicaments et donc leur distribution (au moins partielle), les autorités sénégalaises - d'abord dans le cadre du Projet Pikine, puis sur l'ensemble du territoire national - ont implicitement reconnu ce principe : la santé a un prix.

"Ce doit être un grand guérisseur car il ne demande pas d'argent", disait un enquêteur à propos d'un vieux thérapeute de Pikine. Partout, le discours sur la dégradation du savoir et l'influence néfaste de l'argent est entendu : "actuellement, tout le monde se dit marabout, on demande vingt-cinq mille francs ou cinquante mille francs, on fait payer avant le traitement ; mais l'Afrique (sous-entendu : traditionnelle) n'est pas comme ça" ; ou encore : "si le savoir a moins d'importance aujourd'hui c'est qu'on a trop augmenté les prix : quand on fait payer cinq cents francs au lieu de vingt-cinq, ça nuit à l'efficacité". Discours tenu à la fois par les guérisseurs et par les populations, et qui prend sa place dans le phénomène plus général de mythification de l'autrefois. Mais que ce discours paraisse mythique et convenu ne signifie pas qu'il n'ait pas de sens : si les thérapeutes disent que l'argent détruit ou dénature le pouvoir de guérir, tout en demandant des sommes parfois très élevées, et si les malades dénoncent la dégradation du savoir mais font appel aux

marabouts les plus exigeants financièrement, c'est bien que l'argent n'a pas qu'une vertu délétère. Pourquoi le discours semble-t-il masquer les pratiques ? Autrement dit : pourquoi les guérisseurs et leurs patients ont-ils intérêt à taire et à cacher la réalité économique de la relation thérapeutique ?

"Chaque maladie a son prix", "pour être soigné il faut payer", "si la somme n'est pas complète, le malade ne peut pas guérir" : il existe ainsi un deuxième discours, apparemment contradictoire avec le premier, et pourtant tenu par les mêmes guérisseurs. Plus conforme aux pratiques effectives, ce discours affirme le pouvoir du thérapeute d'exiger son dû et de fixer son tarif : le malade ne peut qu'accepter le prix imposé (en fait, il arrive que la somme soit discutée âprement). Et cette seconde version du même jeu renouvelle la question : comment un tel double discours peut-il être prononcé par les guérisseurs et entendu par les populations ?

On peut d'abord se demander comment se déroulait l'échange économique de la relation thérapeutique dans cet âge d'or dont on parle tant, cet autrefois ("du temps où j'étais enfant") et cet ailleurs ("c'était au village"). D'après les nombreux témoignages recueillis, les soins étaient donnés contre une somme symbolique de quelques francs (on parle souvent de six francs) que le malade versait au moment de la première rencontre. Mais le vrai paiement se faisait après la guérison et dépendait à la fois de la gravité de la maladie (un cas de sorcellerie ou de possession est beaucoup plus coûteux qu'une affection sans intervention surnaturelle), du statut social du guérisseur (un marabout renommé doit être honoré d'une somme plus importante qu'un thérapeute peu connu) et des ressources économiques du malade (il faut donner à la mesure de ses moyens, est une phrase fréquemment entendue). Que donnait-on ? Il pouvait s'agir, selon le type de biens dont disposaient les familles, de chevaux, de bétail, de pagnes, de mil. Comme le remarque E.K. TALL (1984, 364) à propos de la société toucouleur, "l'échange monétarisé était un échange symbolique qui marquait l'ouverture d'une dette qui devait tôt ou tard entraîner une compensation ; cependant, l'échange n'était jamais immédiatement réciproque dans la mesure où il n'était jamais clos dans ses attributs".



En fait, si le montant du don n'était pas fixé explicitement par le guérisseur, c'est avant tout qu'il était établi implicitement par la société. Ne pas donner assez eût été risquer de perdre le bénéfice des soins et la confiance du thérapeute. Ainsi dans cet autrefois et cet ailleurs où s'exalte la nostalgie du temps passé, la guérison s'achetait aussi, parfois très cher - il n'était pas rare que l'on donnât un boeuf -, et si rien n'était exigé, c'est que la dette était convenue - il fallait que le don fût à la hauteur de l'effort du guérisseur.

La force du lien thérapeutique, et donc le maintien du silence autour des enjeux économiques du traitement, tiennent à plusieurs éléments. Tout d'abord, malade et guérisseur sont unis par une double menace : il faut payer ce qui doit être payé car sinon, d'une part, la guérison risque de ne pas être obtenue (c'est une loi du tout ou rien : si la totalité de la dette aux sorciers ou aux esprits n'est pas acquittée, il n'y a pas de guérison), d'autre part, le thérapeute risque lui-même d'être victime de la maladie (le sorcier ou l'esprit non vaincu se retourne contre celui qui l'attaque). De plus, le don qui est fait par le malade au guérisseur est généralement une aumône (*saraax*) faite pour les pauvres : l'animal qu'on égorge sera ensuite préparé et partagé, le grain peut être distribué, même les pagnes peuvent être redonnés ; la règle est que le thérapeute ne doit pas s'enrichir avec son acte. Enfin, lorsque le montant est prescrit avec précision (sacrifier un taureau blanc par exemple), la demande est légitimée par son origine surnaturelle : c'est au cours d'une séance de divination, d'un dialogue avec les esprits ou d'un vol nocturne des sorciers que l'exigence a été formulée ; il n'est donc pas question de discuter.

Ces trois raisons - menace sur les protagonistes, présentation comme aumône et prescription surnaturelle - contribuent fortement à l'opacité de la relation thérapeutique. Rien n'autorise à croire qu'il s'agit là d'une simple mystification des malades dont profiteraient les guérisseurs qui leur soutireraient ainsi des biens. Mais, à l'inverse, tout permet de penser qu'il y a, dans les explications données, la justification du pouvoir du soignant sur le soigné. Certes, lorsqu'il y a agression, malade et thérapeute se sentent menacés, et parfois en danger de mort : certains décès sont ainsi expliqués par une prescription de sacrifice non respectée, et plusieurs contre-sorciers ont déclaré qu'ils n'avaient jamais pu avoir d'enfants à cause des forces maléfiques contre lesquelles ils luttaient et qui s'étaient vengées sur leur descendance.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'une banale maladie infantile, la même logique est maintenue : ainsi, un guérisseur installé au bord d'un marché, recevant un enfant qui vomit, identifie la maladie et demande six cent francs pour les soins ; comme la femme prétend n'avoir que cinq cent, il refuse de donner sa poudre de racines ; elle finit donc par donner la somme exigée ; alors qu'elle s'éloigne, il commente : "si on ne paie pas la totalité, le traitement est sans effet". Mystification dont ne sont dupes ni le guérisseur - qui, auparavant, m'avait expliqué qu'il pouvait soigner pour rien car il travaillait pour Dieu -, ni la femme - puisqu'elle marchande le prix et essaie de tromper le thérapeute.

Il y a donc un double écueil : ne voir dans les marabouts et les guérisseurs que des charlatans exploitant la crédulité des malades - interprétation très répandue à Pikine où elle va de pair avec la glorification du temps des vrais hommes de savoir ; et ignorer les bénéfiques objectifs, en terme de prestige, mais aussi de biens matériels, que peuvent tirer les thérapeutes de leur activité - ignorance qui bien entendu, renforce le pouvoir des guérisseurs. Mais il y a une autre source d'erreur : accepter le discours selon lequel le savoir thérapeutique aurait été utilisé, au village et il y a longtemps, de manière complètement désintéressée, et serait devenu, en ville et aujourd'hui, une marchandise qu'on discute et qu'on vend ; en réalité, ce qui semble (relativement) nouveau, concernant l'art de soigner, ce n'est pas sa valeur marchande, c'est sa monétarisation ("autrefois on donnait un mouton, maintenant on donne de l'argent").

### Un marabout dans les affaires

Originaire de Casamance, El Hadji Famara Danso est un véritable entrepreneur utilisant ses pouvoirs religieux et thérapeutiques dans sa remarquable ascension sociale et ses étonnantes réalisations agricoles. D'une famille de marabouts manding installée dans un village près de Seydhiou (son grand-père maternel l'a fondé - ou conquis - au début du siècle), il est le quatrième fils de son père : les trois premiers sont restés en Casamance ; lui est venu en 1970 à Dakar à la demande pressante d'un malade qui le connaissait et voulait ses bénédictions ; sa consultation est vite devenue réputée et il a décidé de

rester. Au bout de quelques années, il était suffisamment riche pour aller faire son pèlerinage à la Mecque. Au lieu de rentrer au Sénégal, il a passé près de deux ans en France et en Suisse, au cours d'une tournée où il dit avoir été hébergé et aidé par ses disciples (ceux qu'il a guéri et qui font partie de sa clientèle, dans laquelle on compte plusieurs Européens). A son retour, et grâce à son activité de marabout, il disposait de soixante millions de francs CFA ; c'était en 1978. Pour "ne pas laisser dormir son argent", il a financé un projet agricole dans son village : c'est le "Cartel de Djinany, groupement d'exploitation et de solidarité" dont il est le président.

Le premier programme, en 1979, concernait un village et dix hectares de champs où il cultive l'arachide ; il a construit un barrage pour permettre l'irrigation des sols ; il a édifié un bâtiment pour y abriter les ouvriers agricoles. Mais il voit beaucoup plus grand : ce projet lui ayant déjà apporté des bénéfices, il commence un second programme en 1986 visant à englober douze villages et à couvrir quatre-vingts hectares ; les effectifs des travailleurs devraient passer de huit à cinq cents ; la production devrait se diversifier avec la réalisation d'un verger et la constitution d'un cheptel.

Analphabète, il a fait appel à un ingénieur agronome pour rédiger son projet et faire sa demande de crédit. Après l'échec de ses tentatives auprès de l'Etat sénégalais pour l'obtention d'un financement, il intervient auprès de l'Ambassade du Canada dont il espère vingt-cinq millions de francs CFA. D'ailleurs, apte à voir très rapidement l'intérêt qu'il peut tirer de toute nouvelle situation, il me fait un bon accueil et me demande quelle aide concrète je peux lui apporter.

Comme il doit consacrer une bonne partie de son temps à ses activités de marabout, il a délégué une partie de ses tâches agricoles et, se comparant à "un Président de la République", il nomme ses "ministres" : Malang Mane qui garde les semis, Alimamy Ndiaye qui s'occupe de la nourriture, Alfa Drame qui a la charge du matériel, Massane Diop qui contrôle le travail des ouvriers manding, Demba Diallo qui surveille les travailleurs peul. Pour la construction d'une école et d'un dispensaire, il a demandé à un architecte de lui dresser des plans - et il me propose de m'occuper des médicaments.

Au village, ses terres sont actuellement exploitées par huit personnes à plein temps : trois **taalibé** (qu'il ne paie pas), cinq employés (faiblement rémunérés). De plus, il bénéficie de la contribution à tour de rôle des douze villages dont les bras masculins ont participé à l'édification du barrage et constituent actuellement la force de travail gratuite de terres du Cartel : chaque fois que le drapeau - "blanc comme la paix, vert comme la récolte, rouge comme la fatigue et la souffrance, avec deux mains serrées pour s'entraider" - est hissé au-dessus d'un village, les hommes savent qu'ils doivent partir sur les champs du marabout.

En fait, pour cette entreprise financièrement (et politiquement) très rentable, c'est l'argent de ses consultations qui a d'abord servi de capital pour lancer le programme et qui contribue encore actuellement à l'investissement dans des machines (une motopompe récente), des engrais, des semis. Ses spécialités dans le maraboutisme sont d'ailleurs très rémunératrices puisqu'il aide "ceux qui sont sans travail" et "ceux qui cherchent le bonheur" ; il peut également donner des protections contre des rivaux et des ennemis (il déclare être consulté par des politiciens et des ambassadeurs), et encore des amulettes apportant la réussite (qui ont eu beaucoup de succès auprès des Français visités au cours de sa tournée). Par ailleurs, il est guérisseur, utilisant les plantes et les versets coraniques, l'eau bénite (**saafara**) et les amulettes (**teeré**) ; son père et son grand-père soignaient les fous et les lépreux, mais lui n'a pas de spécialisation et il guérit à peu près toutes les maladies.

Autrefois, au village, on le payait avec une vache, une chèvre, de l'argent ; au début du traitement, il recevait une avance ; le reste lui était donné après la guérison. Aujourd'hui il demande de l'argent, et double en général la somme exigée sous prétexte de faire venir les plantes de Casamance ("ce qu'on paie cinq mille francs à Djinany, il faut le payer dix mille ici pour rembourser le billet aller et retour jusqu'au village"). D'ailleurs, s'il reste en ville, c'est que les ressources de ses activités maraboutiques sont meilleures - car l'affluence de clients est plus grande et les ressources des citadins sont supérieures.

Bien que marabout, il n'a qu'une connaissance très réduite du Coran dont il sait les formules par coeur sans en posséder le sens (il n'a

jamais appris la traduction). Il ne fait donc pas d'enseignement, et ceux qu'il désigne comme ses **taalibé** sont seulement des adolescents qui lui ont été confiés par leurs parents et qui cultivent gratuitement ses champs d'arachide ; en somme, une petite école coranique sur le modèle des mourides du Baol, **daara**, où aucun savoir n'est dispensé et dont l'exploitation de la force de travail est la seule raison d'être.

L'originalité d'El Hadji Famara Danso est double. D'une part, il cumule deux registres, généralement distincts, de l'activité économique des marabouts : il est magicien et guérisseur, reconnu, sollicité par les hommes politiques locaux (dont il reçoit probablement en échange la protection), ayant exercé en Europe (à la manière des "marabouts à carte" dont on sait les tarifs très élevés généralement pratiqués) ; et il est propriétaire de champs exploités de façon moderne, à la fois par des travailleurs permanents - dont une partie est constituée par des disciples- et des cultivateurs temporaires des villages voisins - qui fournissent quelques jours de main-d'oeuvre gratuite chaque année. Et d'autre part, il partage son existence entre la ville et le village pour pouvoir mener sa double carrière de magicien et d'entrepreneur : il vit à Guedjawaye et fait des voyages au village, à l'inverse des marabouts propriétaires fonciers qui restent sur leurs terres toute l'année et ne font que de rares apparitions en ville.

En Haute-et-Moyenne-Casamance, plusieurs centres maraboutiques, généralement manding (et qadir), se sont développés au cours du dernier demi-siècle. Reproduisant une idéologie du travail très voisine de celle développée en pays wolof ou serer par les marabouts mourides, et parfois tidjanes, ils obtiennent des paysans casamançais le défrichage et l'exploitation de terres, sous la forme de "champs du mercredi" (travaux quelques journées par an) ou de **daara** (présence permanente et non rémunérée). Ainsi, près de Seydhiou, Tierno Diop, le marabout toucouleur de Boudouk, exerce une influence très grande sur les villages avoisinants et constitue même une concurrence dangereuse pour El Hadji Famara Danso. Moins puissant localement (possédant moins de terres et de disciples), celui-ci bénéficie néanmoins de deux atouts : son activité de marabout en ville qui lui permet de réinjecter en permanence des capitaux dans son exploitation agricole, et son insertion dans les circuits capitalistes modernes, avec la présentation de projets de développement permettant l'obtention de subventions et avec l'utilisation d'une technologie moderne autorisant une meilleure productivité.

Mais, le sens des affaires et le goût de l'argent ne constituent pas une caractéristique des seuls marabouts, et les attraits financiers de l'art de soigner ne sont le fait des seuls thérapeutes traditionnels, comme le discours classique sur le charlatanisme tendrait à le faire croire.

### Le médecin et le financier

"Il faut savoir prendre l'argent là où il est - chez les pauvres", disait un humoriste. Six des huit médecins et sage-femmes du secteur libéral déclarent s'être installés à Pikine pour des motifs financiers ; quant aux deux qui affirment être venus pour des raisons humanitaires, l'un, médecin, a dû fermer son cabinet en 1986 faute de clients, et l'autre, sage-femme, possède une clinique prospère qui lui assure une belle fortune personnelle et illustre les bénéfices secondaires qu'on peut tirer d'une activité désintéressée. D'ailleurs, la carte des cabinets et cliniques privés montre leur localisation exclusive dans les trois zones les moins défavorisées économiquement parmi les huit qui constituent l'agglomération (enquête Accès aux soins et carte 5) : l'installation nécessite une étude préalable de marché.

La clientèle payante du secteur libéral - la consultation y coûte entre vingt et trente fois plus que dans le secteur public, et l'accouchement revient à près de vingt fois plus cher que dans les maternités publiques - se compose de salariés qui bénéficient d'une assurance-maladie de leur entreprise ou de l'Etat, et de non-salariés qui paient eux-mêmes à un tarif supérieur - 4500 F CFA au lieu de 3000 pour une consultation normale. L'un des médecins de Pikine, qui a dû s'associer à une jeune pédiatre en raison de sa nombreuse clientèle, n'assure que "les consultations privées", comme l'indique l'écriteau sur sa porte, alors que sa collègue se charge des consultations des assurés sociaux, moins lucratives. En fait, comme l'indique un autre généraliste, "il y a trois sortes de consultants : les nantis qui ne veulent pas aller dans les dispensaires gouvernementaux, qui gardent le sens du privé, qui exigent qu'on respecte le secret médical ; les travailleurs qui ont l'assurance-maladie, et les démunis à qui je fais une réduction et qui parfois même ne paient pas" ; ce dernier groupe se compose essentiellement de parents (à l'égard desquels les médecins se sentent des obligations) et

des clients de marabouts ou de politiciens (lesquels peuvent un jour devenir eux-mêmes protecteurs).

Pour accroître leurs revenus, la plupart des praticiens disposent d'appareils et utilisent des techniques qui servent à la fois à augmenter leur prestige et à permettre un tarif plus élevé de la consultation : quatre sur les six disposent d'une radioscopie (l'examen vaut 1200 F CFA) ; un seul dispose d'un laboratoire permettant les examens courants (goutte épaisse, parasitologie des selles) ; une autre pratique des ponctions diverses (ganglions, vessie, genou). Connaissant l'existence de ces examens complémentaires, les malades consultent souvent "pour avoir la radio", ou "pour qu'on leur mette une aiguille dans le genou", de l'aveu même des médecins qui déclarent évidemment ne pratiquer ces méthodes d'investigation que lorsqu'elles sont indispensables. Sans en discuter ici le bien-fondé médical, on peut toutefois en constater l'efficacité sur la constitution d'une clientèle et la réalisation de bénéfices : en médecine libérale, le capital de confiance se transforme rapidement en capital financier.

D'une logique économique encore plus manifeste est le développement, dans la clinique de l'un des généralistes de Pikine, de techniques thérapeutiques empruntées aux "médecines douces", telles que le "bionar qui est une sorte d'acupuncture électronique", le "DTS, détecteur stimulateur qui permet de repérer et traiter les zones douloureuses", le "slendertone qui fait des massages en courant continu", bientôt l'auriculothérapie pour laquelle il dispose "déjà du matériel". Ayant introduit ces techniques depuis 1979, il déclare avoir été "le premier en Afrique à les utiliser". Il n'a aucune formation spécifique - pour l'un des appareils il a passé une journée à apprendre à s'en servir, pour les autres il a bénéficié des seuls conseils du vendeur -, et il s'en sert de manière quasi-magique ("l'électricité qui remplace la chirurgie"), multiplie les indications ("le bionar est efficace sur les stérilités et les femmes commencent à parler de bébés bionar") et revendique sa modernité ("inciser les abcès c'est le Moyen-Age, il faut être de son temps"). Discours et pratiques qui expliquent son succès : sa réputation dépasse la région du Cap-Vert et sa consultation est la plus importante du secteur libéral de Pikine.

Si ces activités très lucratives obéissent aux lois de l'entreprise privée - dont l'exercice de la médecine est ici une forme,

comme la vente de médicaments en officines -, sans dépasser les limites de l'éthique, on ne saurait en dire autant de certaines interventions chirurgicales. Ce praticien des "médecines douces" sans compétence chirurgicale ou gynécologique particulière, avait pu pourtant pratiquer (jusqu'à son arrestation et sa condamnation en 1984) des opérations dont la plus remarquable, appelée "coloplastie", consistait à ouvrir l'abdomen et à retirer un peu de tissu graisseux sous-cutané, sans toucher à l'intestin contrairement à ce que laisse supposer le nom de l'intervention, chez des patients se plaignant "de douleurs et de bruits dans le ventre" (selon son assistant et aide-opérateur) ; quand on sait la fréquence des troubles digestifs chez les Sénégalais et le coût de la "coloplastie", soixante-cinq mille francs CFA, on imagine les ressources qu'il pouvait tirer de cette activité. La pratique abusive de gestes opératoires, et même la pratique de fausses interventions, sont d'ailleurs bien connues en dehors de l'Afrique, notamment à Paris où les travailleurs immigrés sont les premières victimes de ces chirurgiens mystificateurs, français et africains. Pour en revenir au médecin de Pikine, à sa sortie de prison (son séjour n'avait pas reçu trop de publicité), il a pu reprendre son activité de cabinet, délaissant seulement la chirurgie, et en quelques mois a retrouvé son succès populaire.

Le secteur libéral à Pikine n'est ainsi pas seulement un lieu d'enrichissement, il est aussi un lieu "d'enrichissement illicite" pour reprendre la terminologie officielle, très utilisée au début des années quatre vingts, lors de la campagne de moralisation des affaires menées par le Premier Ministre Abdou Diouf. Outre l'exemple déjà mentionné - il s'agissait d'ailleurs plutôt d'exercice illégal de la chirurgie, sanctionné à la suite du décès d'une jeune femme qui avait subi un avortement -, il y a le cas célèbre des "imputations budgétaires". Le 23 décembre 1981, le quotidien national titre sur une "vaste escroquerie" portant sur "800 millions F CFA de préjudice provisoire", et qualifiée dans le numéro du 10 février 1982 de "plus grosse escroquerie jamais connue au Sénégal" (**Le Soleil**, 23.12.1981 p. 1 et 10.02.1982 p. 1). En quoi consiste cette affaire de "faux et usage de faux à grande échelle ?".

L'accusation contre les Dr. Albert Bachir de Dakar et Abdoul Niang de Pikine comportait deux charges : d'une part, avoir fait remplir par des fonctionnaires des formulaires pour des hospitalisations qui n'avaient pas eu lieu et des soins qui n'avaient jamais été prodigués, permettant à ces deux médecins d'obtenir ensuite le remboursement de



l'Etat ; d'autre part, d'avoir fait prendre en charge des frais de la clinique du premier (non agréementée par l'Etat) sous le couvert de la clinique du second. Le montant des bénéfiques pour les deux médecins avait été estimé à quinze millions et la condamnation avait été de vingt-trois mois d'emprisonnement ferme et d'un million de francs d'amende (Le Soleil, 1er mars 1986, p. 8). Ayant aujourd'hui payé sa peine et payé son amende, le Dr. Niang essaie de "remonter" sa clinique à Pikine où il continue de bénéficier de l'estime de beaucoup de ses anciens malades et de la communauté toucouleur dont il fait partie.

En présentant ces deux exemples très différents d'illégalité dans l'exercice de la médecine - avec préjudice pour les malades dans un cas, et pour l'Etat dans l'autre -, il ne s'agit évidemment pas de discréditer le secteur libéral : les autres praticiens privés de Pikine n'ont pas été impliqués dans des affaires judiciaires. Ces deux cas montrent toutefois une logique - celle de l'intérêt privé - poussée à l'extrême ; ce qui choque ici le public, c'est que des médecins soient en cause et que des malades soient victimes car, pour le reste, ces falsifications et ces détournements sont bien habituels au Sénégal. Les deux exemples donnés dévoilent une logique du système médical, ils n'en sont pas un accident. Pas plus que les pratiques de corruption ne sont une aberration du système politico-religieux, dans la vente illicite des médicaments.

### Fortune dite, fortunes faites

Le savoir enrichit celui qui sait - ou qui prétend savoir. Dans la relation entre richesse et connaissance, où le marabout joue le rôle d'intermédiaire, il y a en fait deux aspects opposés, mais non contradictoires : le savoir qui permet de donner la richesse aux autres - fortune dite -, et le savoir qui permet d'accroître sa propre richesse - fortunes faites. Deux aspects souvent difficiles à dissocier notamment chez ceux qui vendent le bonheur ou la réussite.

Chez les Peul et les Toucouleur, les **sanaraaBé** sont des marabouts qui n'ont qu'un "pouvoir blanc" : ils donnent le bonheur et la fortune. El Hadji Balla Sow, Peul du Dyolof, est cultivateur et éleveur. Chaque année, il vient passer la période de soudure en ville chez un ami

guérisseur vivant dans le quartier de Médina-Gounasse de Dakar, et pendant plusieurs mois, il déambule dans ses ruelles de Pikine et de Dakar avec en bandoulière sa sacoche (**sikaara**) qui le fait reconnaître immédiatement comme **canaraajo**, vendeur de richesse,. Il possède des racines que l'on prépare en décoction (pour ensuite se laver), et fait des bénédictions sur des cordelettes (que l'on doit porter au cou ou au poignet).

Jusqu'en 1977, cette activité était une source accessoire de revenus : une fois la récolte terminée, il partait dans les villages du Dyolof pour vendre ses pouvoirs jusqu'à l'hivernage ; les faibles moyens des cultivateurs qui le sollicitaient ne lui permettaient pas de s'enrichir lui-même. Depuis neuf ans, il pratique son savoir en ville, et les périodes à Pikine s'allongent régulièrement chaque année - en 1985, il y a passé plus de six mois -, moins à cause de la plus grande rigueur au village que grâce aux gains qu'il semble faire en ville : "ici à Dakar, dit-il, il y a le monde, il y a la richesse". Ce qui, dans son esprit, semble correspondre à une double réalité : la population plus nombreuse lui assure une clientèle plus grande, d'autant qu'il y a "beaucoup de connaissance là-bas, mais peu ici" (le taux de savoir par habitant lui est favorable) ; surtout, les conditions économiques urbaines permettent plus facilement un enrichissement rapide qu'au village où la sécheresse rend exceptionnelles les bonnes années ("en ville, quand tu donnes une poudre ou fais une bénédiction, tu peux en voir immédiatement les effets"). Vendeur de bonheur, il commence à lui-même faire fortune.

Plus récente, une autre pratique d'enrichissement connaît un essor remarquable : la multiplication de billets. Le principe est simple : le multiplicateur, souvent aidé d'un rabatteur, propose à sa victime de faire apparaître plusieurs billets pour un qui est donné au départ ; lors de la première séance, il appâte son client en lui laissant effectivement emporter une somme supérieure à celle engagée ; à la seconde séance, la mise est en général beaucoup plus élevée et le multiplicateur disparaît laissant sa victime désabusée et parfois ruinée ; sur les nombreux cas (voir par exemple **Le Soleil** du 22 décembre 1981), peu donnent lieu à des plaintes et beaucoup de multiplicateurs échappent à la justice. Variante du scénario : un guérisseur serer de Guedjawaye qui vend "des portefeuilles qui servent à garder de l'argent sans que personne ne le sache et à multiplier les sommes qu'il cache" et qui prétend que des chérife lui en auraient acheté.

S'agissant de ces vendeurs de réussite et de ces multiplicateurs de billets, on peut s'estimer loin des problèmes de santé et des systèmes de soins. Pourtant, lorsque ce sont les mêmes qui se déclarent faiseurs de fortune et chasseurs de sorcières, lorsqu'une même racine sert à obtenir la richesse ou la fécondité, lorsqu'enfin le malade le commerçant, le chômeur, l'accusé, consultent le même marabout qui leur promet respectivement la guérison, la fortune, un emploi, un non-lieu, il n'est pas facile sauf dans les cas extrêmes de tracer une limite entre deux hommes de savoir, ou même dans l'activité d'un même thérapeute, pour départager le médical du non-médical.

Dans des sociétés où des fortunes peuvent se constituer en quelques années - plusieurs des hommes les plus spectaculairement riches du Sénégal le sont devenus en moins de deux décennies -, il n'est pas étonnant que les talents des vendeurs de réussite et des multiplicateurs de billets soient si convoités. On ne sera donc pas non plus surpris que les marabouts puissent eux-mêmes rapidement s'enrichir des dons de leurs clients. Fortunes vite acquises mais parfois éphémères. Ou instables, comme celle de Mamadou Diaby, déjà évoquée. Mais pourquoi s'enrichir ? à quoi bon cet argent amassé, quand tous déclarent "soigner pour Dieu" et reconnaissent "que les grands hommes méprisent la fortune" ?

### La richesse comme pouvoir social

L'élément le plus remarquable de la richesse, pour le chercheur étranger, est sa discrétion. Ou plus exactement, le code différent dans lequel elle est exprimée. Rendant visite à Serigne Mboussobe Mbacke, représentant de Serigne Mourtade Mbacke au Cap-Vert et plus haut dignitaire mouride de Pikine, il m'aurait été impossible de le deviner riche et puissant sur la seule apparence de son vêtement ou de sa demeure : enveloppé dans un habit de percale blanche, assis sur un lit recouvert d'un simple drap, dans une pièce sans autre décoration qu'une natte et un fauteuil, il exprimait la modestie et l'austérité. De même allant présenter mes salutations à la mère du Chérife de Nimzatt, et la trouvant allongée sur un matelas au milieu de ses fils cadets et de ses filles, dans une chambre nue, au milieu d'une concession à peine plus grande que celle de leurs voisins de Guedjawaye, il m'était difficile de l'imaginer mère du chef de la Qadiriya du département de Pikine. Dans les deux cas, n'eût-ce été le respect dont les entouraient leurs proches et leurs disciples (d'ailleurs peu nombreux en ces occasions), rien ne

montrait le pouvoir religieux ni les biens matériels dont on se savait pourtant en présence.

De même, connaissant certains guérisseurs depuis plus d'un an, les ayant rencontrés chez eux et dans des lieux publics, m'étant entretenu avec eux sur de nombreux sujets, je ne pouvais estimer leur richesse, et même, pour quelques uns, je ne parvenais pas à déterminer s'ils étaient riches ou pauvres. Al Djouma Seck, guérisseur serer qui se faisait offrir, disait-il, un voyage et un séjour en France par un ancien malade reconnaissant, qui arborait de somptueuses étoffes, qui vivait dans une maison en dur, mais dont le plat de riz ne contenait que de maigres poissons, était-il plus riche que Maguet Ka, guérisseur peul et chef de quartier, vêtu d'un vieux boubou usé, habitant une baraque en bois, mais dont les biens étaient dans le Diéri (troupeaux et terres) ? Pour l'enquêteur qui m'accompagnait, il ne faisait aucun doute que le premier trichait ("son voyage et son habit, c'est de la publicité") et que le second possédait plus qu'il ne montrait ("ses richesses sont cachées ou bien éloignées"). De tels exemples pourraient être multipliés : El Hadji Famara Danso, dont la fortune se mesurait en dizaines de millions de francs CFA investis dans son Cartel de Djinany, et qui ne présentait aucun signe extérieur la laissant deviner ; Doudou Dieme, guérisseur diola, toujours habillé d'un pantalon de toile et d'une blouse, et pas même propriétaire de sa maison, alors qu'on lui connaissait une consultation nombreuse et des tarifs élevés. Des constatations voisines sont faites par J.M. GIBBAL (1984) dont le coupeur de luettes, alors même qu'il devient réputé et multiplie les actes opératoires donc ses revenus, ne modifie pas sa façon de vivre.

En fait, cette règle de la discrétion n'est souvent pas retrouvée chez les grands chefs confrériques. Ainsi Cherife Abba Aïdara, marabout tidjane vénéré du quartier de Médina-Gounasse, ne laissait aucun doute au visiteur sur son importance, chaque détail paraissant étudié pour marquer la grandeur du personnage - arrivée dans une limousine noire précédant un cortège automobile, apparition enturbannée et cérémonieuse, accueil plein de dignité au milieu d'un aréopage l'entourant de sa vénération. De même, la visite à Guedjawaye de Seydina Abdoulaye Laye, cinquième fils du fondateur de la confrérie layenne, se déroula dans un faste bruyant, et le marabout avait exigé quarante mille francs pour son déplacement à cette veillée de prières (la distance était d'une quinzaine de kilomètres et une demi-douzaine de véhicules étaient venus).

Avant d'essayer d'envisager les différentes expressions et significations de la richesse, il n'est pas inutile de se reporter au discours tenu sur le savoir traditionnel. Voici le récit emblématique à cet égard d'un épisode de la vie d'El Hadji Soura Khata Marega, marabout soninké de Dembankane ; un vieil homme raconte : "C'était en 1953. J'étais auprès d'El Hadji en train de préparer le thé lorsque, soudain, un homme arrive à cheval. A peine descendu, il dit : je t'apporte une valise, ce qui est dedans est pour toi. El Hadji le bénit et l'homme s'en va. Quelques instants plus tard, un vieux se présente pour recevoir des bénédictions. En apercevant El Hadji, il s'écrie étonné : comment ? c'est toi ? je te croyais riche et bien habillé, je te vois pauvre et mal vêtu. Alors, El Hadji dit à l'un de ses disciples : donne-lui de l'eau pour qu'il se baigne et donne-lui de quoi manger pour qu'il n'ait plus faim. Une fois le vieux lavé et rassasié, il lui dit : prends cette valise, en voici la clé ; je ne sais pas ce qu'elle contient ; je ne l'ai pas ouverte ; ce qui est à l'intérieur, c'est ta chance. Puis, il bénit le vieux qui reprend alors son chemin muni de son présent. A la sortie du village, le vieux ouvre la valise et découvre vingt mille francs et des pagnes".

Illustration des rapports idéaux du sage avec les biens matériels, ce récit apporte deux éléments distincts à la discussion sur la richesse et le savoir. D'une part, on devine, à travers la parole du vieux, l'apparence physique du marabout : il vit dans un dénuement volontaire. D'autre part, on découvre, dans le geste généreux, le désintéret de l'argent : il ne regarde même pas le contenu de la valise qu'il donne en cadeau. Par ce double signe, le sage de Dembankane fait l'éclatante démonstration de sa grandeur - riche de savoirs et pauvre de biens. Même signification lorsque Maguet Ka raconte qu'un homme, ayant eu connaissance de sa réputation en Casamance, est venu le voir pour obtenir son aide et l'a trouvé assis sur une natte dans sa chambre : "Tu t'attendais à me voir dans une grande maison à étages, lui a-t-il dit, et tu me trouves dans une baraque en bois ; tout ce qui est ici, je l'ai gagné à la sueur de mon front". Autrement exprimé : on ne s'enrichit pas de son savoir, on s'en sert pour aider les autres ; ce qu'on gagne c'est en travaillant (lui-même a été ouvrier mécanicien pendant près de quinze ans).

Si la richesse est un pouvoir, sa signification n'est pas univoque : le spectacle qu'en donnent ceux qui la détiennent en fournit une première indication. Le guérisseur peul (Maguet Ka), le marabout manding

(El Hadji Famara Danso) et le thérapeute diola (Doudou Dieme, tous trois extérieurement pauvres - leur vêtement et leur maison -, ne font pas le même usage de leurs biens, mais s'en réfèrent tous aux valeurs villageoises : le premier par la possession de champs et de bétail, le second par l'exploitation de terres et la domination d'un groupe, le troisième par la réalisation d'un verger et la construction d'une maison. L'argent gagné en ville retourne au village pour une utilisation individuelle (achat de biens en propre) ou collective (redistribution aux parents). Le référent est le groupe traditionnel, la démonstration de richesse n'a pas de sens en ville, c'est au village que le pouvoir doit se donner à voir .

Au contraire, pour le guérisseur diakhanké (Mamadou Diaby), le marabout toucouleur (Abba Aïdara) et le médecin malinké (Pape Camara), la possession de biens doit se mettre en spectacle, en ville : construction de trois maisons à Dakar et multiplication ostentatoire d'objets à son domicile pikinois (télévision, radio, magnétophone, reproductions de peintures françaises), pour le premier ; cortège automobile, vêtements somptueux, cour nombreuse, pour le second ; véhicule de luxe, clinique richement décorée, pour le troisième. Tous trois ont d'une certaine manière rompu avec le village, Mamadou Diaby en pratiquant un savoir dont il n'avait pas la légitimité traditionnelle, Abba Aïdara par ses nombreux voyages en Europe et au Moyen-Orient, et ses séjours prolongés en ville, Pape Camara à l'occasion de sa formation scolaire et universitaire. Non pas que la rupture soit complète et définitive - ils retournent au village, dans leur famille, et Abba Aïdara y passe même encore une grande partie de l'année -, mais ils ont adopté, dans la démonstration de leurs richesses, des codes citadins et modernes.

L'insertion variable dans les circuits économiques de la ville et l'adoption différente de systèmes de valeurs occidentaux ne doivent pas faire négliger un signe commun à tous ces thérapeutes dans l'usage social qu'ils font de leurs biens : la redistribution de la richesse, à la fois comme solidarité obligatoire et comme marque ostentatoire. Etre puissant, c'est pouvoir donner, et il n'y a pas de pouvoir économique sans redistribution partielle. Redistribution à la famille bien sûr, mais aussi aux divers dépendants - qu'il s'agisse de griots et de captifs (dépendance traditionnelle) ou de clients et de parasites (dépendance plus récente). Le marabout qui exploite la force de travail de plusieurs villages et qui reçoit les dons de dizaines d'associations religieuses urbaines, repartage

une fraction de sa fortune entre ses proches et démontre sa générosité à l'occasion d'aumônes. Le cas extrême du pouvoir par la redistribution semble être le Big man décrit par M. SAHLINS (1963) dans les sociétés mélanésiennes : développant sa puissance sur la base de ses dons, il ne peut conserver sa prééminence qu'en gardant un peu des biens que le groupe lui "confie", ce qui l'amène inéluctablement à sa perte. Dans la société sénégalaise, ni le médecin, ni le marabout, ni même le guérisseur n'en arrivent à ces extrémités, et la portion redistribuée reste toujours en deçà des sommes gagnées. De plus, leur participation à la vie économique moderne les conduit à développer parallèlement d'autres logiques économiques telles que l'épargne (comptes en banque), l'investissement (entreprises agricoles) et la spéculation (domaine foncier).

Comme tout pouvoir, la richesse est en même temps un danger pour celui qui la possède. Elle excite l'envie et la jalousie, elle attire la mauvaise langue et le mauvais oeil, elle est sans cesse menacée. La force ascendante du pouvoir est toujours soumise à une contre-force descendante de destruction et de ruine. L'échec de la clinique de Mamadou Diaby et son accident de voiture sont pour lui des conséquences de la mauvaise langue, que le trop d'ostentation de ses richesses laissaient d'ailleurs prévoir. Les portefeuilles d'Al Djouma Seck qui cachent l'argent sont un moyen d'échapper aux envieux plutôt qu'aux voleurs. La réussite économique doit donc s'entourer de protections multiples. Ainsi, le richissime Lobat Fall met sa fortune à l'abri des maléfices par des aumônes aux handicapés (quarante-cinq mille francs CFA distribués chaque jeudi), par des financements de voyages à la Mecque (une dizaine chaque année), par des sacrifices d'animaux dans les mosquées de Pikine et de Dakar (à l'occasion des trois grandes fêtes musulmanes), par des dons aux quémandeurs (griots, nécessiteux), par la mise à la disposition des associations religieuses de ses véhicules (pour les pèlerinages). Protections symboliques qui n'excluent pas des aides et des services concrets à des membres des pouvoirs politique, judiciaire, policier.

La pratique thérapeutique peut donc apparaître comme moyen d'enrichissement, et la richesse se donner à lire comme pouvoir, avec ses obligations (redistribution) et ses dangers (jalousies, rivalités). Mais comme le remarque A.P. Mc CAULEY (1984) à propos des guérisseurs balinais : "Du point de vue du sociologue, ils sont des hommes qui utilisent leur pouvoir de guérir comme un service public pour élever leur

statut social et produire des revenus financiers. Du point de vue balinais, cependant, la relation causale est inversée et c'est leur **sakki** (pouvoir) qui les conduit à un statut élevé et à une richesse supérieure ". Le rôle du chercheur est bien de dépasser le propos subjectif - sans pour autant le négliger car la façon dont les hommes rendent compte de leur vie sociale est toujours signifiante - pour tenter d'objectiver les stratégies individuelles et collectives de conquête du pouvoir.



## Chapitre XI : LES POUVOIRS THERAPEUTIQUES

En quoi les pouvoirs thérapeutiques diffèrent-ils des pouvoirs politiques, religieux ou économiques ? Comment les soignants en usent-ils dans leurs rapports sociaux ?

La première remarque que l'on peut faire, à la lumière des analyses développées au long des pages précédentes, est l'extrême interpénétration des pouvoirs : d'une part, un même homme en détient souvent plusieurs qui se renforcent mutuellement, qu'il s'agisse du marabout qui est à la fois guérisseur, chef musulman et exploitant agricole, ou du médecin simultanément représentant du peuple à l'Assemblée Nationale et propriétaire de cliniques privées ; d'autre part, le savoir du thérapeute - qui est aussi un savoir de magicien - intervient dans toutes les pratiques sociales où se disputent des enjeux de pouvoirs. Il n'y a donc pas solution de continuité : l'autorité du guérisseur, comme celle de l'infirmier, ne s'arrête pas à ses connaissances sur la maladie, mais touche à tous les espaces de la société, intéresse la vie publique comme la vie privée, concerne le monde des vivants comme le monde des morts.

Une seconde remarque peut alors être énoncée (en forme d'interrogation) ; ce qui est en jeu dans la relation thérapeutique - et donc dans le pouvoir de guérir -, n'est-ce pas aussi quelque chose de spécifique et d'irréductible aux autres pouvoirs ? Le savoir du thérapeute qui lui permet de soigner mais également de rendre malade, de soulager le malheur mais aussi de le donner, ne lui confère-t-il pas une force différente de celle de l'homme politique, du chef religieux ou du riche entrepreneur ? Et finalement, cette distance entre le pouvoir de soigner et les autres pouvoirs ne tient-elle pas à ce qu'il s'agit, pour le thérapeute, d'une autorité qui s'exerce sur le corps et l'esprit de l'individu, d'une force qui peut restaurer ou menacer l'intégrité de la personne - que ce soit pour un cas de sorcellerie ou une fracture de bras ?

Le chercheur lui-même, lorsqu'il est médecin, se trouve placé au coeur même de ces enjeux : homme de savoir, il est tout à la fois, pour

le guérisseur, un égal, un rival et un partenaire. Il peut se passer d'acheter certaines informations et certains secrets, à condition qu'à son tour il se livre, qu'il donne de son savoir et qu'il offre ses services. Nombre de marabouts, après quelques heures d'entretiens les concernant, inversaient les rôles, m'interrogeant sur les buts de mon enquête, avant de me parler de leurs problèmes de santé personnels ou familiaux. Ce qui pouvait rendre suspects - ou tout au moins étranges - mes enquêtes n'était pas le fait de chercher à percer leurs secrets, mais au contraire le fait de ne pas m'y attacher assez, de ne pas leur demander le nom des plantes et le contenu des formules magiques, de les interroger à la place sur leur biographie. L'un des guérisseurs de Guedjawaye, Modou Diouf, exprimait ainsi cette étrangeté : "à quoi te sert de poser toutes ces questions, puisque, si une mouche entre dans ta bouche alors que tu sors de chez moi, tu ne connaîtras même pas le secret pour t'en débarrasser ?". Le savoir du soignant, et le pouvoir qui s'y rattache, s'achètent - par de l'argent, des cadeaux, des services -, ou s'échangent contre un autre savoir de même nature - Modou Diouf me révélait le moyen de débarrasser un malade de son hoquet à condition que je lui prenne la mesure de sa tension artérielle.

### Les révélations d'une grève

Comme le note S.O. ALUBO (1986) à propos des grèves spectaculaires des médecins nigériens de 1978 et 1984, les enjeux sociaux d'un mouvement de professionnels de la santé dépassent le cadre de leurs revendications et des effets de leur interruption de travail. A ce titre deux grèves de 1984 et 1985 au Sénégal constituent un révélateur des rapports entre les personnels soignants et les autres acteurs sociaux. Par la violence - essentiellement verbale - qui s'y est manifestée, elles indiquent des conflits d'intérêt plus profonds que n'ont voulu le montrer les protagonistes eux-mêmes.

Les deux grèves touchaient - et divisaient - l'ensemble des professionnels de la santé du secteur public : médecins, infirmiers, techniciens, assistants sociaux. Elles survenaient à la suite de ruptures de négociations avec le gouvernement sur des revendications concernant essentiellement la revalorisation salariale et l'amélioration de la protection sociale, et opposaient les deux syndicats en présence : l'Union Nationale des Travailleurs de la Santé, UNTS, regroupée avec les autres

catégories professionnelles dans la Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal, CNTS, proche du Parti Socialiste (les membres influents appartiennent aux deux structures) ; le Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale, SUTSAS, née en 1981 et reconnu en 1983, mouvement contestataire, dont le secrétaire général est l'un des chefs de l'opposition au Parti Socialiste. Lors du conflit avec le gouvernement, le SUTSAS appela à l'arrêt du travail alors que l'UNTS prônait la recherche d'un compromis. La première grève, en juillet 1984, fut très suivie à Dakar et à Pikine, où les soins furent assurés dans moins de la moitié des postes de santé ; elle entraîna, à l'égard des médecins et infirmiers grévistes, des sanctions qui furent pour la plupart levées quelques semaines plus tard. La seconde grève, en mai 1985, eut moins de succès, puisqu'un tiers seulement des consultations ne furent pas assurées ; et les mêmes sanctions bénéficièrent finalement de la même mansuétude.

La CNTS (et sa branche "santé", UNTS) est constituée avant tout de personnels paramédicaux et d'assistants sociaux ; leur responsable à Pikine est l'infirmier chef de poste de Golf Sud, qui occupe des fonctions importantes au Bureau National (secrétaire général chargé des revendications). Le SUTSAS, au contraire, est composé de médecins et de techniciens supérieurs ; la plupart des praticiens hospitalo-universitaires de Dakar en font partie ou en suivent les consignes, ce qui explique le fort pourcentage de grévistes dans la capitale ; il constitue ainsi la contestation intellectuelle au régime et entretient effectivement des relations privilégiées avec certains partis d'opposition ; le principal représentant à Pikine est le médecin-chef de la circonscription qui est secrétaire général adjoint du SUTSAS. L'opposition des hommes et des syndicats ne doit donc pas faire négliger les conflits politiques et les intérêts sociaux sous-jacents.

La comparaison des revendications permettra de mieux comprendre les enjeux. Pour la CNTS, il s'agit "de revalorisation salariale, d'obtention d'une indemnité de risque, de paiement des heures supplémentaires et de gratuité de l'hospitalisation pour les familles des personnels de santé" ; revendications touchant donc essentiellement à des problèmes financiers qui sont la préoccupation première des personnels paramédicaux. Pour le SUTSAS, si ces aspects matériels font également partie de leurs revendications, celles-ci sont plus nombreuses et diversifiées : syndicales (présence du SUTSAS aux commissions paritaires),

politiques (fusion des Ministères de la Santé et des Affaires Sociales, respect des 9 % du Budget de la Nation pour le secteur santé), corporatistes (meilleure réglementation de la médecine privée et d'entreprise, remise de l'administration des hôpitaux au personnel médico-social au lieu des administrateurs), mais aussi élitistes (relèvement du niveau de recrutement des infirmiers et des sages-femmes, suppression des bénévoles remplacés par des aides infirmiers recrutés par concours, alignement des salaires des médecins sur la grille indiciaire des agrégés de l'enseignement public).

Les différences de revendications soulignent les oppositions déjà signalées : appartenance ou sensibilité politiques divergentes, et surtout origines socio-professionnelles différentes. En simplifiant, on pourrait dire que la CNTS plaide pour les infirmiers (trois de leur quatre revendications les touchent plus spécifiquement) et le SUTSAS pour les médecins (quatre de leurs huit mesures proposées concernent avant tout le personnel médical, aucune ne met les paramédicaux en priorité). Mais plus encore, c'est l'idéologie élitaire qui distingue le SUTSAS de la CNTS : si des indemnités sont exigées par les deux syndicats, elles concernent "le risque" des appareils radiologiques ou des laboratoires parasitologiques, pour la CNTS, "la responsabilité, l'enseignement et l'encadrement", pour le SUTSAS ; de même les augmentations salariales intéressent les infirmiers avant tout au CNTS, les médecins principalement au SUTSAS ; enfin, et de manière tout aussi significative, c'est l'expérience professionnelle qui est valorisée dans l'échelle de promotion du CNTS, alors que c'est l'obtention de diplômes, donc la sanction académique, qui donne accès aux échelons de la hiérarchie pour le SUTSAS.

Mais en prenant un peu de recul par rapport à cette opposition d'intérêts syndicaux, politiques et sociaux, on constate, au-delà des divergences, un point commun : la défense des seuls professionnels de la santé - et non des "travailleurs de la santé" comme l'affichent les noms des syndicats -, ce qui exclut les non-professionnels que sont les "bénévoles". Agents de santé formés sur le tas, ceux-ci ont, une activité variable, allant des petits soins de pansements à la prise en charge complète de la consultation ; ils reçoivent mensuellement 5 000 à 15 000 francs CFA quand les infirmiers gagnent en moyenne entre 80 000 et 120 000 francs CFA. Leur espoir de promotion n'est envisageable que s'ils passent des diplômes - dont leur charge de travail rend la préparation difficile.

La précarité de leur situation s'est révélée au cours des deux grèves. Lorsqu'ils étaient dans un poste de santé où l'infirmier avait cessé le travail, ils se trouvaient en effet pris entre deux exigences : celle du chef de poste leur imposant de se montrer solidaires de la grève et celle des comités de santé leur demandant d'assurer la continuité des soins ; des deux côtés on les menaçait de renvoi immédiat s'ils n'obéissaient pas aux consignes. Rémunérés par le comité de santé mais travaillant sous les ordres de l'infirmier, ils risquaient - quelle que fût leur décision - de perdre leur gagne-pain. La plupart choisirent d'obtempérer aux pressions de leur employeur plutôt qu'à celles de leur chef. Dans les quelques postes de santé que je visitais régulièrement, je n'ai pas eu connaissance de renvoi ; il est probable que le soutien des comités de santé, dans lesquels beaucoup de bénévoles avaient un parent qui leur avaient trouvé cet emploi, a été déterminant.

Non seulement d'ailleurs, existait une menace à court terme liée à leur participation ou non à la grève, mais un danger plus grand encore se profilait à moyen terme à travers les revendications des deux syndicats ; et surtout du SUTSAS : suppression du bénévolat et recrutement sur concours d'aide-infirmiers. Sans statut professionnel, sans salaire décent, sans sécurité de l'emploi, les bénévoles n'ont donc aucun moyen de se faire entendre, et leur situation sociale précaire facilite encore leur exploitation par les infirmiers qui les font travailler plus qu'eux-mêmes et par les comités de santé qui les rémunèrent deux à six fois au-dessous du salaire minimal garanti pratiqué au Sénégal (environ 30 000 francs CFA).

A l'autre extrémité de la scène des pouvoirs, la rivalité des deux syndicats masque un autre enjeu non moins révélateur : la distance entre les personnels soignants sénégalais et belges du Projet de Soins de Santé Primaires. Bien qu'elle n'ait été à aucun moment mise en avant, cette question mérite d'être discutée tant elle transparait aussi bien dans le silence gêné des médecins belges - qui ne pouvaient évidemment prendre part à la grève, mais qui ne voulaient pas non plus briser le mouvement social de leurs collègues sénégalais, tous deux grévistes puis sanctionnés -, que dans certaines tensions survenues indépendamment des grèves.

Même si ces difficultés ne se résument pas aux seules différences du statut social, celles-ci ne sont peut-être pas à négliger :

salairés des coopérants cinq à dix fois (selon les cas) supérieurs à ceux des autochtones pour un titre et une ancienneté équivalents ; avantages en nature sous la forme d'une maison à Pikine pour les médecins sénégalais et d'une villa à Dakar pour leurs collègues belges ; absence d'implication dans les enjeux politiques et syndicaux locaux de la part des coopérants ; position d'étranger rendue plus perceptible à l'hivernage avec le départ de tous les membres belges du projet. Ces mêmes remarques peuvent être faites aux chercheurs Français travaillant à Pikine qui bénéficient de statuts sociaux assez proches (mon salaire n'étant toutefois "que" le double de celui de mes collègues sénégalais).

Finalement, à travers ses débats et ses silences, ses acteurs et ses spectateurs, la grève révèle les points de rupture dans la hiérarchie du système de soins de santé primaires de Pikine, chaque groupe se défendant vis-à-vis de ses plus proches voisins. Les bénévoles, tout au bas de l'échelle, se distinguent comme non-professionnels, par rapport à l'ensemble du corps des soignants, organisé en profession ; sans organisation qui les structure, ils n'ont droit ni à la parole, ni à la revendication. Les infirmiers constituent un groupe fort, avec des salaires relativement confortables (pouvant même dépasser ceux des jeunes médecins), avec des avantages en nature importants pour les chefs de poste qui reçoivent une maison, avec une situation sociale assez prestigieuse dans les quartiers. Les médecins sénégalais que leurs rémunérations ne distinguent pas autant des infirmiers que leur formation universitaire leur semble l'exiger, mais qui jouissent, par rapport à eux, de bénéfices professionnels (horaires et temps de travail) et sociaux (pouvoirs et prestige), et, par rapport à leurs collègues répartis sur l'ensemble du territoire sénégalais, de privilèges géographiques (proximité de la capitale). Les médecins belges enfin que leur caractère d'étranger place en dehors des enjeux locaux, mais à qui leurs prérogatives dans les choix de politiques de santé donnent pourtant des pouvoirs décisifs sur tous les points stratégiques du Projet. Mais au-delà de cette stractification hiérarchique - qu'on retrouverait aussi, dans une certaine mesure, chez les praticiens traditionnels -, il y a chez les plus puissants comme chez les plus vulnérable une logique des pouvoirs.

### La raison-du plus fort

La logique des pouvoirs est de s'accroître. Les cumuls de fonctions politiques, religieuses, économiques des thérapeutes ont été

commentés tout au long des précédents chapitres. Le cas de Yaya D., chef du poste de santé de N., paraît toutefois apporter des éléments plus démonstratifs concernant l'acquisition des autres pouvoirs à partir du savoir thérapeutique : il est en cela révélateur de la figure sociale de l'infirmier.

A sa sortie de l'école de formation des personnels paramédicaux de Saint-Louis, il a été envoyé dans la Vallée du Fleuve où il a soigné pendant plusieurs années ; d'origine bambara, il était parfaitement à son aise dans un village essentiellement soninké. Puis il a été nommé en 1976 à Pikine où il a rapidement imposé sa forte personnalité. Un séjour de formation à l'étranger en 1982 a encore accru son prestige, puisqu'à son retour, il s'est fait imprimer des ordonnances personnelles énumérant, en en-tête, ses titres acquis au Sénégal et en Belgique : "Infirmier d'Etat - Diplômé de l'Ecole de Médecine Tropicale d'Anvers". Outre les patients du quartier, il s'est constitué une clientèle privée composée en grande partie de Soninké et de Bambara de toute la zone de Guedjawaye - et même au-delà. Certains compatriotes émigrés en France lui envoient même des mandats pour régler les frais occasionnés par les soins à des gens de leur famille. En parlant de ses patients et de leur entourage, il dit qu'ils le considèrent "comme un parent".

Dans le poste de santé qu'il dirige avec autorité, on le trouve toujours vêtu de l'habit traditionnel : pantalon court et bouffant, chemise de calicot et bonnet de laine. Le choix du vêtement, chez les thérapeutes, n'est en effet jamais innocent : il situe toujours symboliquement le lieu social. Les bénévoles portent tous une blouse qui affirme leur intégration au moins apparente au système de soins. Les infirmiers sont, pour la plupart, habillés à l'occidentale, d'un costume à manches courtes qui les distinguent du reste du personnel soignant en les rapprochant des médecins. Les guérisseurs sont généralement vêtus du pantalon, de la chemise et du bonnet qui marquent le lien avec les origines en même temps que l'absence d'affectation. Les marabouts adoptent fréquemment le grand boubou qui témoigne avec ostentation le statut prestigieux auquel ils aspirent. Ainsi, le choix de l'habit traditionnel par Yaya indique subtilement la revendication d'une "authenticité africaine", comme dit G. BIBEAU (1985), alors que par ailleurs, ses titres académiques rappellent fort à propos qu'il est aussi et surtout un homme de savoir moderne.

Cette volonté d'apparaître simultanément dans les deux registres - moderne et traditionnel -, et le gain de prestige qui en résulte - l'homme de sciences qui ne renie pas ses origines -, se manifestent clairement dans le domaine religieux. A son arrivée à Guedjawaye, il entre en contact avec l'association confrérique - il est qadir - la plus proche de chez lui. Ce **daayira** était alors dirigé par Mansour T., un disciple du Khalife Général de la Qadiriya pour le Sénégal. Dès la première réunion, Yaya est nommé président de séance - poste qu'il occupera jusqu'à la rupture finale. Séduit par ce nouvel arrivant que ses fonctions d'infirmier placent naturellement à la tête du **daayira** pour le prestige, Mansour l'accompagne à Ndiassane pour le présenter au Khalife Général. Peu après son retour, Yaya apprend qu'il a été choisi pour le stage à Anvers - ce qui est aussitôt interprété dans le **daayira** comme le fruit des bénédictions du marabout et accroît encore le prestige de l'infirmier parmi les autres membres.

Lorsqu'il revient de Belgique, il entreprend la conquête du pouvoir dans le **daayira**. Son ambition dépasse même ce niveau local, puisqu'il a le désir de développer des contacts avec les associations confrériques de Dakar et de "créer un réseau de soins de santé primaires pour la religion" - dont il serait bien entendu le chef -, comme il me le confia plus tard. A l'occasion d'une assemblée mensuelle, il conteste le rapport financier de Mansour ; deux clans se forment ; des accusations sont prononcées ; Yaya rend dramatiquement sa démission et entraîne avec lui un tiers des membres, avec lesquels il prépare la création d'un nouveau **daayira**. Le vendredi suivant la rupture, il organise une veillée de prières et de chants au dispensaire - associant ainsi de manière un peu plus explicite ses fonctions professionnelles et son autorité religieuse. Mince consolation pour Mansour, cette parabole que le Khalife Général prononce en apprenant la nouvelle : "Un jour, le Prophète devait partir en guerre. A la tête de ses troupes, il nomme un adolescent de dix-sept ans. Parmi les vieux, certains commencent à se plaindre et à contester le jeune homme. Alors le Prophète leur dit : celui que je désigne pour me remplacer en mon absence, ce n'est ni pour sa grandeur, ni pour sa richesse, ni pour son intelligence. Celui qui est mon **taalibé**, c'est à lui que je lui donne ma confiance".

Vis-à-vis des affaires politiques, Yaya se comporte avec la même autorité assise sur son savoir médical. En fait, il se pose en contestataire plutôt qu'en prétendant au pouvoir local - des exemples



tirés de l'histoire sénégalaise montreraient d'ailleurs qu'à terme, les deux options peuvent se rencontrer et que l'opposant d'hier peut devenir l'allié de demain. Au niveau local, il combat le comité de santé, et donc les délégués de quartier, au nom de leur incompétence dans les affaires sanitaires et il profite de chaque occasion pour contre-dire les consignes des représentants locaux. Ainsi, à l'occasion de la journée mensuelle de vaccination de janvier 1986, le président du comité s'étant déclaré prévenu trop tard, avait refusé de faire annoncer dans les quartiers la venue de l'équipe de vaccinateurs ; Yaya prit donc lui-même les mesures nécessaires, et le président fut réveillé au petit matin par le tambour et la voix du griot appelant les mères à conduire leur enfant au poste de santé. Episode parmi de nombreux autres, illustrant la contestation du pouvoir des notables par le pouvoir des clercs.

Quant au milieu professionnel, Yaya y déploie une activité syndicale virulente au SUTSAS, où il occupe des fonctions importantes. Là encore, choix significatif du syndicat qui regroupe la plupart des médecins, qui exprime les revendications les plus élitaires, et qui de plus constitue le fer de lance syndical de l'opposition politique au Parti Socialiste. Lors des grèves, Yaya avait été l'un des meneurs de l'action et, pendant la phase de répression, l'une des victimes - bientôt réhabilitées - des sanctions gouvernementales.

A travers ce portrait, on voit se dégager les principes de convergence des intérêts et de cumul des pouvoirs. Infirmier de brousse, puis chef de poste à Pikine, Yaya est un homme de pouvoir qui doit son autorité à sa personnalité, mais plus encore à l'utilisation qu'il fait de sa fonction soignante et de sa formation médicale. Il joue sans cesse sur le double registre de la tradition - pour apparaître comme un enfant de la culture africaine -, et de la science - pour qu'on lui reconnaisse sa compétence technique. Il utilise à la fois ses fonctions officielles - chef de poste - et ses relations officieuses - dans son milieu ethnique. Il se tient en retrait apparent de la politique locale, mais c'est pour mieux y faire retentir sa contestation. A quarante-cinq ans, il est devenu l'un des hommes forts et respectés de sa profession et de son quartier. Illustration d'une ascension sociale par la revendication de son pouvoir de soigner.

### La raison du plus faible

A force de montrer la logique de l'accroissement du pouvoir et de présenter les thérapeutes à travers leur quête de puissance, on risquerait de finir par s'imaginer une société où guérisseurs, marabouts, infirmiers, médecins détiendraient tous des positions avantageuses et poursuivraient une incessante lutte pour l'autorité. En fait, comme on a déjà eu l'occasion de le constater, la plupart des praticiens traditionnels vivent dans des conditions très modestes, ne sont pas impliqués directement dans la vie politique locale, et occupent une position sociale de faible visibilité, de même que nombre de praticiens des dispensaires et des hôpitaux sont avant tout intéressés par leur activité professionnelle. Mais cela ne contredit en rien la règle selon laquelle la capacité de soigner, et plus généralement d'intervenir sur le cours de l'existence biologique et sociale d'autres individus - ou plus exactement la capacité de le faire croire - constitue un pouvoir social. On se propose ici, à partir d'histoires de vie de thérapeutes de petite envergure, de retracer les mêmes itinéraires et de retrouver les mêmes logiques.

De Demba Kanoute, dont l'apprentissage a déjà été évoqué - on peut dire, avec Ablaye Traore, que "c'est un grand guérisseur pour la ville, mais qu'en brousse on le trouverait petit". Soninké originaire du cercle de Kayes, il est venu chercher du travail en 1937 à Dakar où il a été employé comme saisonnier, puis comme ouvrier à l'huilerie Lesieur. A l'âge de cinquante cinq ans, lorsqu'on l'a mis à la retraite, il n'a plus reçu que sa maigre pension trimestrielle (environ trente mille francs CFA) et s'est mis en quête d'une autre source de revenu : c'est ainsi qu'il a commencé à apprendre le métier de guérisseur. Son père, qui était lui-même thérapeute, était mort trop jeune pour lui enseigner les secrets. C'est donc par un lent apprentissage auprès de maîtres rencontrés à Dakar qu'il a acquis ses connaissances. Depuis une vingtaine d'années, il exerce ; il a peu de patients, mais les ressources qu'il en reçoit lui permettent de nourrir sa famille ; il acquiert chaque année de nouveaux savoirs et est devenu l'un des guérisseurs respectés de son quartier où il est appelé aussi bien pour soigner une diarrhée infantile qu'une attaque en sorcellerie.

Ainsi, pour lui, devenir guérisseur, c'est d'abord acquérir des compétences qui permettent de subvenir aux besoins des siens : "c'est pour assurer mon avenir et assurer celui de mes enfants que j'ai cherché à connaître tous ces secrets ; on peut apprendre un métier pour gagner de l'argent". Du point de vue des ressources qu'elles lui procurent, ses activités d'ouvrier à l'huilerie et ses activités de thérapeute à Pikine sont en continuité : "Lorsque je travaillais à Lesieur, je n'avais pas le temps d'apprendre ou de pratiquer ; c'est quand on m'a mis en retraite que j'ai commencé à exercer". Ainsi, même modestes, les gains obtenus par ses consultations représentent un pouvoir économique qui assure son indépendance financière.

Au-delà de cette motivation première, l'acquisition d'une renommée et d'une respectabilité locales constitue un bénéfice non négligeable de son nouveau métier : guérisseur, il a une place dans la société ; pas assez introduit pour faire de la politique, ni assez instruit pour faire de la religion, il obtient pourtant sa reconnaissance comme homme de savoir. Élément qui n'est pas sans importance lorsqu'on sait que la société soninké le place au plus bas échelon de la hiérarchie statutaire puisqu'il est esclave d'esclave : aujourd'hui, s'il doit se comporter en serviteur lorsqu'un membre de la famille dont il est le captif célèbre un mariage ou un baptême, il peut aussi devenir l'obligé et le créancier par ses pouvoirs thérapeutiques. Le métier de guérisseur acquis au prix d'un apprentissage long et coûteux lui redonne donc un peu du prestige social auquel sa naissance dans un statut inférieur ne lui permet pas de prétendre.

Pour Diawly Ndiaye, devenir thérapeute répondait à une autre exigence. Issu d'une famille toucouleur où la sorcellerie avait fait de nombreuses victimes, il est né "avec une ombre blanche" (*mbeelu ndaneewu*) - proie idéale pour les *sukuñaaBé*, sorciers-anthropophages, qui le distinguaient aisément parmi les autres ombres et l'effrayaient en attendant de pouvoir le dévorer. Chaque nuit, il se réveillait en sursaut au milieu de cauchemars, et ses cris furent bientôt interprétés comme menace de sorcellerie. Pour éviter qu'il ne soit mangé, puis ne devienne à son tour sorcier, ses parents le confièrent à une tante paternelle, réputée dans le Fouta pour ses pouvoirs de contre-sorcellerie. "Pour moi, explique-t-il, il fallait que j'apprenne pour échapper à la mort".

C'est donc d'abord afin d'acquérir un pouvoir sur la vie - sur sa propre vie - qu'il a acquis un savoir de contre-sorcier. Savoir dangereux et déconsidéré puisque, comme je lui demande s'il se dit **bileejo** (guérisseur éventuellement : chasseur de sorciers), il me répond : "non, je suis **caaforo** (soignant)". Mais, tout au long de la carrière qui le conduit aux fonctions de délégué de quartier (aujourd'hui contestées par un rival) ce sont pourtant ses pouvoirs magiques qu'il met en avant dans le combat politique. Ainsi, au cours d'une dispute, un collègue et ami responsable du Parti Socialiste s'était laissé aller à "bastonner un Maure" ; celui-ci porta plainte, mais Diawly Ndiaye fit des protections (grigris) à son ami et lui dit qu'il n'avait pas à s'inquiéter; lorsque le verdict fut rendu, le politicien fut innocenté et le Maure eut six mois de prison avec sursis. Et Diawly Ndiaye ajoute : "les influences avaient joué" (lesquelles ? magiques ? politiques ?).

Le pouvoir du thérapeute peut même, dans certains cas, apparaître si dangereux pour celui à qui il doit échoir que celui-ci se refuse à l'acquérir. Ainsi, Aminata Bari, fille de guérisseuse soninké, tente-t-elle d'abandonner son héritage, déclarant qu'elle s'en remettra aux seules décisions des esprits du Fleuve, et Koumba Sy, victime dès son enfance des sorciers, ne veut-elle pas une fois soignée (mais non guérie), devenir à son tour contre-sorcière. Pourtant, on n'échappe pas toujours à son destin : Swahibou Diediou, qui appartient à une famille de forgerons qui, chez les Diola, détiennent les secrets de la lèpre (**kafaañak**), a quitté le village pour trouver un emploi à Dakar, où il est gardien de nuit depuis dix ans ; un jour, à l'occasion d'une réunion familiale, il voit une petite fille qui souffre des yeux et que des traitements à l'hôpital n'ont pu guérir ; il reconnaît la maladie que soignait son propre père et propose à la mère de traiter sa petite fille ; ainsi mis devant un mal qu'il pense être le seul à pouvoir guérir, il se met à pratiquer alors qu'il se croyait à l'abri de devenir un jour guérisseur - un peu à la manière de M. Madeleine dévoilant sa véritable identité lorsqu'il sauve de la mort le vieux charretier des **Misérables**.

Mais si les thérapeutes peuvent rarement se dérober à leur destin et doivent au contraire faire la preuve de leur capacité à guérir les maladies et à déjouer les malheurs, comment les choses se passent-elles lorsque se rencontrent les savoirs **a priori** incompatibles et les logiques contradictoires du guérisseur, du marabout, de l'infirmier, du médecin ?

### Les pouvoirs entre eux

Confrontés les uns aux autres, les pouvoirs des thérapeutes font sans cesse l'objet de renégociations et de redéfinitions. Ce qui a été dit des nouvelles formes de légitimation n'est qu'une illustration particulière de ce phénomène plus général que l'on observe à toutes les époques.

Les pouvoirs entre eux se combattent et se confortent selon une alternance de répression et de tolérance de la part du pouvoir dominant - par exemple, l'islam ou la médecine moderne -, à laquelle répond une alternance inverse de résistance et de passivité de la part du pouvoir dominé - respectivement, les religions et les médecines traditionnelles. La guerre idéologique que se livrent marabouts et guérisseurs a ainsi, selon les lieux et les époques, pris l'allure d'un **ihad** - au Fouta à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec El Hadj Oumar Tall, et en Casamance au début du XX<sup>ème</sup> siècle, avec Fode Kaba -, ou d'une oppression dans l'imaginaire - avec l'exclusion sociale des contre-sorciers dans le Fouta et la condamnation verbale des rituels collectifs en Casamance. De même, la médecine moderne a alternativement condamné ou laissé faire les pratiques traditionnelles, mettant en place une juridiction sur l'exercice illégal de la médecine qui n'a presque jamais été appliquée, mais cherchant par ailleurs à étudier scientifiquement les résultats obtenus par les guérisseurs.

Il est d'ailleurs significatif que, dans cette confrontation idéologique, le pouvoir qui se trouve en position dominante fasse apparaître comme indivisible l'ensemble des pouvoirs auxquels il cherche à imposer sa loi. Ainsi, l'Etat moderne, s'appuyant sur la rationalité scientifique, rejette toutes les pratiques fondées sur d'autres principes que les siens dans la catégorie des médecines traditionnelles - qu'il s'agisse d'utilisation de versets coraniques ou de pharmacopées locales. Mais l'islam à son tour, dans ses rapports avec le paganisme en fait de même, et rassemble comme pratiques païennes toutes les médecines qui n'obéissent pas aux principes musulmans. Et il semble que les mêmes techniques d'amalgame aient prévalu pour les Diola par rapport à leurs vaincus, ou les Toucouleur par rapport à leurs captifs. Dans tous les cas, la domination s'exprime par la réduction des divers groupes dominés - les autres - à un ensemble artificiellement réuni - l'Autre.

D'ailleurs, la dialectique dominant / dominé elle-même mérite reconsidération : il ne s'agit pas d'un mécanisme unilatéral où la totalité du pouvoir se trouverait d'un côté et la totalité de la soumission serait accumulée de l'autre. S'il est vrai que la médecine moderne est placée dans un rapport de forces favorables vis-à-vis des autres pratiques médicales, puisqu'elle détient les critères de rationalité et de légalité, elle n'en montre pas moins ses insuffisances lorsque ses médecins cherchent à valider le savoir des guérisseurs ou accompagnent un parent malade chez le contre-sorcier. De même, s'il est vrai que le marabout est dans une position de légitimité par rapport au thérapeute traditionnel et qu'il rejette son savoir noir au nom de la loi coranique, il n'en reconnaît pas moins implicitement son pouvoir lorsqu'il lui demande une protection contre les puissances de la nuit ou qu'il vient consulter pour un de ses siens, victime d'une attaque en sorcellerie.

La complexité de ces rapports entre savoir dominant et savoir dominé, on pourrait même souvent parler de complicité, est manifeste dans les relations entre le Pr. Collomb et ses thérapeutes, ou entre Al Djouma Seck et son marabout. A la clinique psychiatrique de l'hôpital Fann, la participation des praticiens africains à certaines phases du traitement a constitué l'une des innovations les plus originales de l'école ethnopsychiatrique de Dakar : reconnaissance de l'élément culturel dans la prise en charge du malade mental, mais en même temps, reconnaissance des guérisseurs par les savants que ne manquent pas de rappeler encore aujourd'hui les thérapeutes traditionnels qui ont été associés à cette expérience. De même, la connivence s'exprime entre le guérisseur serer Al Djouma Seck et son jeune marabout dans la relation de bienveillance mutuelle qu'ils ont tacitement établi : le premier, homme redouté pour ses pouvoirs maléfiques, reçoit du second à la fois le salut de son âme par sa conversion tardive à l'islam et la garantie de ses biens par son introduction dans les réseaux mourides ; à son tour, le marabout bénéficie à la fois des protections magiques et des dons substantiels du guérisseur, subtil équilibre des pouvoirs que l'on peut lire dans les échanges de regards complices entre les deux hommes qui ne se connaissent que depuis peu.

## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE : QUAND SAVOIR C'EST POUVOIR

Si la partie concernant les **savoirs** tentait d'expliquer **comment** on devient thérapeute, celle sur les **pouvoirs** montre plutôt **pourquoi** on le devient. En fait, il y a une continuité, ou plus exactement une logique circulaire, entre les deux parties : le savoir autorise le pouvoir, et le pouvoir, à son tour, légitime le savoir. D'une manière un peu rapide, on peut dire qu'on devient toujours thérapeute pour gagner du pouvoir (question du pourquoi) et que les moyens qu'on utilise pour le devenir sont dirigés vers cette fin (question du comment). Ce qui mérite quelques commentaires.

Le médecin ou le guérisseur (ou tout autre intervenant dans le domaine de la maladie et du malheur) paraissent suivre une logique d'accroissement de leur pouvoir. Pouvoir sur le corps ou l'esprit - à commencer par les siens propres dans le cas du contre-sorcier ou, peut être, de l'analyste. Pouvoir sur le monde social - dans les domaines politique, religieux, économique, symbolique. Plus généralement, pouvoir d'intervenir sur le cours des événements de la vie - biologique ou sociale. Tout se passe donc comme si les thérapeutes se situaient dans un processus d'accumulation des pouvoirs dont ils sont plus ou moins conscients et qu'ils développent plus ou moins : en effet, si le médecin qui fait de fausses interventions chirurgicales chèrement tarifées, ou le guérisseur qui exige de ses malades des cadeaux coûteux, sont, à n'en pas douter, dans un processus d'enrichissement parfaitement maîtrisé, en revanche, dans bien des cas il s'agit de mécanismes mal identifiés, aussi bien par l'individu que par le groupe - ce qui en renforce encore l'efficacité. Dans les motivations du thérapeute, ce ne sont pas nécessairement des calculs machiavéliques qui vont l'entraîner à devenir un homme de pouvoir - un grand professeur ou un grand marabout, un député ou un délégué de quartier-, mais bien souvent des stratégies vers des objectifs pouvant être tout à fait honorables. On s'étonne de voir le plus riche généraliste de Pikine faire des consultations gratuites ou le puissant chef confrérique de Touba montrer une grande générosité à l'égard des pauvres, mais on néglige qu'en faisant ces gestes spectaculaires, ils renforcent leur capital symbolique, et, plus concrètement encore leur capital politique lorsque, dans le premier cas, ce sont des parents de marabouts influents qui bénéficient de la gratuité des soins, et que, dans le second, c'est en période pré-électorale que se déroule la distribution aux plus démunis.

Les mécanismes de production et de reproduction des savoirs viennent à l'appui de la logique d'accumulation des pouvoirs. Quand le guérisseur invoque une révélation mythique, rappelle un héritage lignager ou cite des maîtres prestigieux, il ne cherche pas simplement à expliciter la façon dont il a reçu ses connaissances : il se donne le droit d'être là et de se dire magicien. De même, quand des représentants de la médecine moderne décident de reconnaître et de valoriser les praticiens traditionnels à travers des associations, des ouvrages, des expertises, des centres de santé, ils font plus qu'exprimer une aspiration largement partagée par les Sénégalais de voir réunis les deux modèles : ils donnent à quelques guérisseurs et à eux-mêmes une autorité. C'est d'ailleurs ce qu'ont bien compris certains thérapeutes habiles qui se constituent à peu de frais, sauf d'imagination et d'opportunisme, une double légitimité - celle du savoir transmis par des ancêtres, des parents et des maîtres, et celle du savoir reconnu par des scientifiques, ou réputés comme tels.

Toutefois en présentant toute destinée de thérapeute comme une quête de pouvoir, on s'expose à un double risque. En premier lieu, à faire accroire l'idée d'un finalisme absolu et simpliste : on ne devient médecin ou guérisseur que pour être plus puissant ou plus riche ; il n'est bien sûr pas question de s'enfermer dans une explication aussi univoque ; l'authenticité des vocations n'est pas en cause ici, mais la noblesse des motivations subjectives n'exclue pas la satisfaction d'intérêts objectifs. En second lieu, à mettre sur le même plan toutes les pratiques, puisque toutes soumises à une même logique ; autrement dit, on ne ferait pas de différence entre le guérisseur qui tient sa connaissance d'un lignage illustre et ne demande qu'un don symbolique d'argent, et celui qui s'invente une généalogie du savoir et exige des sommes élevées, ou bien entre le médecin qui multiplie inutilement les actes lucratifs et celui qui exerce en toute honnêteté ; il s'agit là d'une question importante et difficile, comme on l'a déjà relevé dans les développements consacrés au charlatanisme, mais on ne peut pas assigner aux sciences sociales la tâche de statuer sur des questions qui touchent à la morale et au droit. Ici, le sociologue se borne à montrer des logiques et à dire que tout se passe "comme si".



DEUXIEME PARTIE : DU COTE DES MALADES

IDENTITES ET DIFFERENCES

I. SE SOIGNER A PIKINE.

Chapitre XII : La recherche de soins

Chapitre XIII : La quête de sens

Chapitre XIV : Un rituel thérapeutique

II. DIFFERENCIATION ET DISTINCTION.

Chapitre XV : Ethnies et régions

Chapitre XVI : Pauvreté et scolarité

Chapitre XVII : Villes et villages

III. ENTRAIDES ET SOLIDARITES

Chapitre XVIII : Parenté et liens traditionnels

Chapitre XIX : Voisinage et rapports urbains

Chapitre XX : Solidaires et solitaires

CONCLUSION : Des différences aux inégalités.

## SE SOIGNER A PIKINE

A la logique de savoir et de pouvoir des thérapeutes, on pourrait opposer la logique de guérison et de sens des malades. C'est bien la signification qu'il convient de donner à la présentation dichotomique de ce travail - d'un côté les soignants, de l'autre les soignés - : la relation thérapeutique qui s'instaure entre les deux termes lorsque survient l'événement maladie (et on pourrait généraliser la proposition à toute situation d'infortune) est irréductiblement un rapport de force entre celui qui détient la connaissance, et celui qui soumet son symptôme ou sa souffrance. Que le guérisseur ou le médecin puisse à son tour devenir malade ne change rien, et renforce au contraire l'assertion, car en passant du côté des soignés, le soignant change de rôle et se comporte généralement en malade : perdu dans la foule des consultants d'un dispensaire de Guedjawaye, le marabout bambara rencontré quelques jours auparavant chez lui (où il était entouré des égards respectueux dus à son savoir) n'était plus qu'un patient attendant son tour parmi des centaines d'autres et serait bientôt, comme eux, expédié avec quelques comprimés au terme d'une hâtive consultation ; de même, l'infirmier qui accompagnait sa femme chez un contre-sorcier toucouleur, à la suite d'une divination où on leur avait révélé que la stérilité de leur couple était due à une attaque en sorcellerie d'un proche parent, se remettait totalement à l'autorité du vieil homme et paraissait bien différent du chef de poste sûr de lui qui recevait les malades au dispensaire.

Pour le malade - et pour son entourage -, aller dans un dispensaire ou chez un marabout n'est pas seulement chercher un traitement, médicaments ou plantes, c'est aussi rechercher du sens, comprendre et expliquer. Et dans cette double quête, de même que la médecine moderne n'a pas le monopole de l'efficacité, de même la médecine traditionnelle n'a pas le monopole du sens. Se soigner à Pikine - mais en est-il autrement à Paris ? - c'est donc se mettre au coeur de cette double logique, de la guérison et de l'interprétation. Pour la présenter, on se heurte une fois de plus aux difficultés inhérentes au terrain urbain : comment parler de représentations et de pratiques de santé et de maladie quand on est confronté à des univers socio-culturels aussi différents que ceux des Peul, des Diola et des Serer ? Comment se placer au coeur de la diversité qui caractérise la ville sans demeurer du même coup au niveau le plus superficiel ? La solution adoptée ici a été d'étudier les itinéraires

de soins et les recherches de sens à travers des exemples qui permettent de comprendre, au-delà des spécificités culturelles - et parfois des analyses culturalistes -, les caractéristiques urbaines de la relation thérapeutique et de la quête symbolique, cette approche a pu être approfondie dans une étude de cas à propos d'un rituel de reproduction diola observé dans ses avatars pikinois.

## Chapitre XII : LA RECHERCHE DE SOINS

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

### Itinéraires thérapeutiques

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

"C'était lorsqu'Alimato avait la rougeole. Elle était soignée au dispensaire à côté. Au début, elle avait seulement un bouton sur la joue. L'infirmier lui a mis de l'auréomycine et une bande collante. Mais après trois jours, ça avait gonflé, c'était devenu tout noir et tout plat, très différent d'un abcès normal. Ma mère, lorsqu'elle a vu Alimato a tout de suite reconnu qu'il s'agissait d'un abcès noir (tap bu nul) : ça vient quand on reçoit une flèche qu'on appelle flèche du Saloum (fett u saalum) et qui est envoyée de là-bas, dans le Saloum, mais on ne sait pas comment, ni par qui ; quand elle touche quelqu'un, elle fait un petit bruit sec, et elle donne un abcès noir ; c'est souvent la nuit qu'elle vient et c'est pour ça qu'il faut fermer les fenêtres le soir. Quand ma mère a dit ces paroles, j'ai commencé à chercher un guérisseur car je savais que la médecine ne pourrait la soigner : la plaie noire ne veut pas des traitements des Blancs. Le premier était un guérisseur saloum-saloum qui habite dans le quartier ; il lui a fait un noeud (fas) pour porter autour du cou ; et il m'a dit de préparer une poudre (sunguf) avec des gambos, de la braise et de l'huile, pour mettre sur la partie infectée ; après quelques jours, le trou a commencé à s'ouvrir, et la pâte qu'on mettait dedans en aspirait le pus ; mais ça ne guérissait pas complètement ; une voisine qui a vu l'abcès m'a dit qu'elle connaissait un mouride qui soignait ça. Le deuxième était donc un marabout wolof ; il m'a donné un grigri (teéré) pour attacher autour du cou, et des racines (renn) à mettre dans l'eau pour boire et pour appliquer sur la plaie. Ce guérisseur est plus fort que le premier : lorsqu'il a vu Alimato la première fois, elle était dans un état très inquiétant, tout le visage était pris, un oeil était complètement fermé, l'autre en laissait plus qu'un petit espace ; il a montré sa paume à Alimato et lui a dit : regarde ; puis il a fermé sa main, a récité des versets, a secoué le poing, et il a de nouveau montré sa paume ; elle contenait l'oeil d'Alimato. [Je demande des détails]. C'était un liquide blanc, comme l'oeil d'un poisson qu'on vient de vider. Il a envoyé sa main sur son vêtement, puis il l'a fermée à nouveau ; quand il l'a rouverte, le liquide était moins abondant. Il a recommencé plusieurs fois, et à chaque fois l'eau dans sa main diminuait. A la fin, il m'a dit : ta fille va revoir aujourd'hui ; et pendant qu'il écrivait le verset pour le grigri, Alimato a ouvert un oeil puis l'autre. C'est de ce jour qu'elle a vraiment commencé à guérir ; c'est pourquoi le marabout est plus fort que le guérisseur. Pourtant, même avec leurs traitements, la plaie continuait à couler ; elle faisait un grand trou au fond duquel on voyait la dent ; elle commençait à sentir et à attirer les mouches, surtout à cause du produit du guérisseur. J'ai eu peur qu'elle fasse le

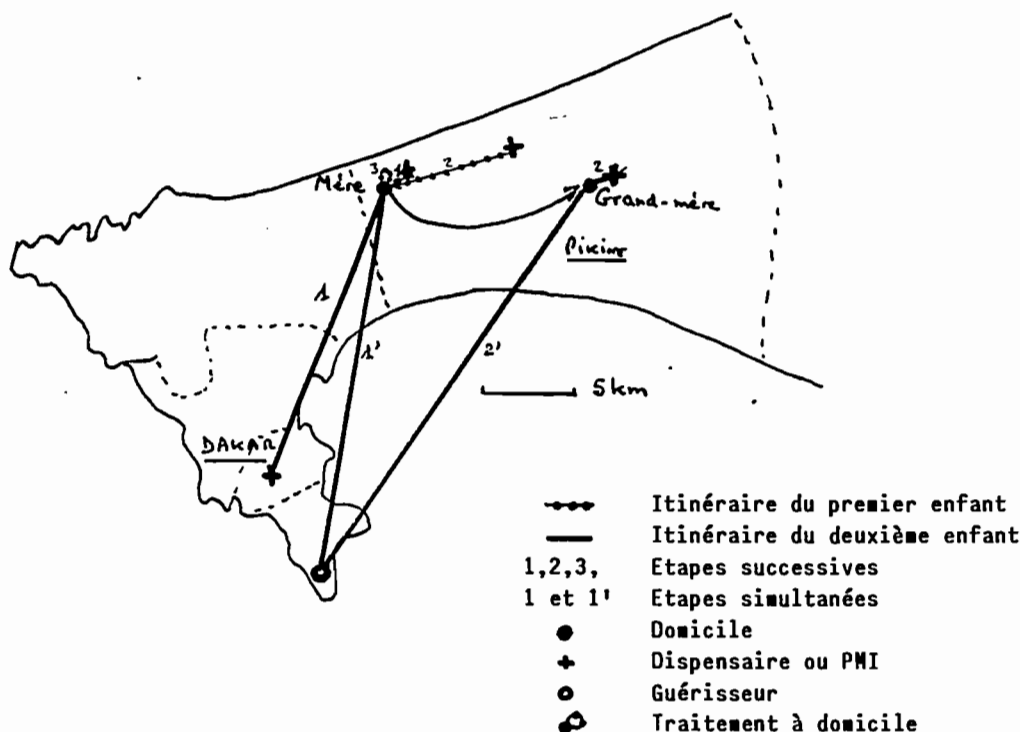
tétanos parce que je sais qu'avec ces racines sur les plaies, surtout quand ça sent, il peut y avoir des infections. Alors j'ai tout arrêté et à la place j'ai fait des soins avec du permanganate que j'avais : je le mettais dans l'eau, puis je nettoyais la plaie avec un coton trempé dans le permanganate ; après ça je recouvrais d'auréomycine et de coton pour éviter les mouches. Au bout de quelques jours j'ai vu que ça se fermait".

Récit exemplaire en ce qu'il illustre la diversité des pratiques de soins et systèmes de référents mis en oeuvre autour d'une affection relativement banale (un abcès) : médecine du dispensaire et médecine des guérisseurs, traitement par les plantes et traitement par le verbe, interprétation naturelle de la surinfection de rougeole et explication surnaturelle par la flèche du Saloum, croyance en l'apparition magique de l'oeil dans la main et critique de l'inefficacité des remèdes traditionnels, savoir ancestral de la grand-mère et connaissance des médicaments modernes par la mère. Tout l'éventail symbolique et thérapeutique est mis à contribution pour la recherche de la meilleure efficacité. Aucune contradiction n'est perçue entre les différents registres auxquels il est fait appel : la logique est celle de la guérison. Quant aux changements d'option - passage du dispensaire au guérisseur, du guérisseur au marabout, du marabout au permanganate -, ils se produisent au point de rencontre d'une prise de conscience progressive que le traitement en cours est inefficace et d'une intervention, généralement extérieure (mère, voisine), qui offre une alternative meilleure ; autrement dit lorsque sont réunies la perception de l'échec et l'opportunité de le dépasser. Pragmatisme qui n'apparaît pas toujours dans les modèles reconstruits a posteriori par les sujets et par les ethnologues, où la logique théorique présentée diffère largement des logiques pratiques effectivement utilisées. Comme le relève P. BOURDIEU (1980 : 144), "il faut reconnaître à la pratique une logique qui n'est pas celle de la logique pour éviter de lui demander plus de logique qu'elle ne peut en donner et se condamner ainsi soit à lui extorquer des incohérences, soit à lui imposer une cohérence forcée". Deux exemples illustreront plus précisément cette discussion.

Aminata BA est une jeune femme peul, mère de deux enfants, seconde épouse d'un fonctionnaire du fisc vivant dans le quartier Golf. Lorsque son premier enfant avait un an, il a eu une rougeole grave compliquée de diarrhée et bientôt d'un prolapsus rectal (xaar en wolof, décrit comme "une déchirure de l'anus avec écoulement de sang, à cause de

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

**CARTE 10** : ITINERAIRES DE DEUX FRERES PRESENTANT UNE DIARRHÉE GRAVE ET PROLONGÉE DANS LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE



On peut cartographier, si l'on veut mieux les visualiser, ces deux itinéraires de soins (carte 10). Pour son premier fils, Aminata qui était nouvelle dans le quartier Golf avait donc préféré se rendre deux ou trois fois par semaine à Dakar pour conduire son enfant au centre de PMI de la Médina et chez la guérisseuse diola du Cap Manuel, c'est-à-dire parcourir vingt kilomètres plutôt que de consulter au dispensaire de son quartier ou chez une thérapeute de Pikine ; lorsque la grand-mère a dû continuer les soins, elle a changé de lieu de traitement moderne mais a conservé, malgré la distance, la soignante traditionnelle. Pour son second fils, qui présentait un tableau "presque aussi grave", explique-t-elle, Aminata avait consulté à Pikine, cependant qu'elle continuait à amener l'autre enfant au centre de PMI de Dakar, et n'avait pas jugé utile de recourir à un guérisseur, alors même qu'elle décidait de commencer un traitement traditionnel. Que devra faire l'observateur, de cette histoire dont le cheminement paraît bien complexe? Déclarer sans aucune logique ces itinéraires thérapeutiques - mais la mère des enfants pourrait probablement justifier chacun de ses choix ? Ou bien forcer la cohérence en reconstruisant des schémas mécanistes- ce qui est toujours facile a posteriori mais qui ne permettrait certainement pas de prévoir un comportement pour un troisième enfant dans une situation apparemment identique ?

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



Ainsi, Malick DIOUF, qui est salarié dans une entreprise de Dakar, a toujours refusé de conduire ses enfants au dispensaire et préfère les faire soigner à l'hôpital Fann où il connaît "quelqu'un". Pourtant, le jour où je le rencontre, c'est au dispensaire de Golf où il vient d'amener son fils qui souffre de violentes douleurs abdominales. Et il a renoncé à ses principes parce qu'il n'a "plus de liquidités" : on est en effet le dix du mois de juin, c'est-à-dire à une semaine de la fin du Ramadan pour laquelle il a engagé d'importants frais. Encore loin du jour de la paye et pourtant déjà endetté, il s'est résolu à venir au dispensaire. Où l'on comprend pourquoi un Pikinois modifie son comportement de recours aux soins le vingt et unième jour du mois de Ramadan en l'an 1405 de l'Hégire...

Le chemin du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. D'où le peu de valeur qu'on peut attribuer aux réponses à des questions formulées sur le mode : "lorsque vous êtes malade, où consultez-vous ?" que l'on retrouve dans de nombreuses enquêtes de comportement de santé.

### Etapas en chemin

De l'itinéraire thérapeutique du malade, l'ethnologue ne peut observer que des tranches, c'est-à-dire les arrêts aux étapes, chez le guérisseur ou au dispensaire. Ne pouvant accompagner son enquête tout au long du parcours, il est en effet réduit à devoir se contenter, sur tout le reste, d'un discours qui est la représentation élaborée par le malade à partir de son expérience, et souvent transformée volontairement par des censures ou des enjolivements. C'est dire le prix de l'information recueillie en situation. Mais obtenir d'un thérapeute d'assister à sa consultation, c'est violer le secret de la relation thérapeutique : sauf dans les rituels, qui sont généralement des mises en scène - qu'il s'agisse du ndëp chez les Lebou ou de la visite professorale à l'hôpital-, l'activité du soignant revêt en effet un caractère privé. Etre présent, c'est donc risquer que le malade n'ose révéler les vraies raisons de sa consultation, que le thérapeute se sente en situation d'être jugé, et finalement que le traitement s'avère inefficace. Il est donc beaucoup

plus délicat d'observer un guérisseur ou un infirmier dans son travail que de l'interroger en dehors de ce contexte.

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

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

Paradoxalement, c'est au dispensaire voisin que cette méthode semble avoir été oubliée (ou jamais apprise). Le bénévole qui reçoit l'enfant diarrhéique en consultation interroge rapidement la mère, ne déshabille pas le petit malade, propose éventuellement une injection, rédige hâtivement une ordonnance dont il n'ignore pas que plus d'une fois sur deux elle ne sera pas achetée, et passe au patient suivant ; précipitation que ne justifie pas toujours le nombre de consultants. De semblables constatations sont faites par J.F. WERNER (enquête non publiée) dans un centre de PMI de Pikine, qu'il compare avec la consultation d'une guérisseuse : on retrouve la même inexistance de la relation humaine avec la mère et la même absence de l'examen clinique vis-à-vis de l'enfant, c'est d'ailleurs également ce que relève B. HOURS (1985) dans le discours des malades d'un dispensaire de Douala; dénonciation du caractère agressif des rapports humains et accusation d'incompétence doublée de malhonnêteté. Cependant, ces descriptions volontiers pessimistes de la médecine dite moderne et des soins de santé primaires ne peuvent tenir lieu d'analyse, et autoriser l'économie d'une discussion plus approfondie qui prenne en compte notamment le fait que chaque année 500.000 consultations d'enfants aient lieu dans les centres de santé de Pikine, témoignant ainsi d'une certaine adéquation des services à la demande.

Autre lieu, autre contexte. Pedro da Silva est un guérisseur manjak qui reçoit ses patients dans une petite salle située derrière le débit de boissons officiel dont il est également propriétaire. Le local est faiblement éclairé ; une âcre odeur de vin répandu y règne ; dans un coin, l'autel jonché de cornes de vache, de chiffons, de Calebasses, de sang et de plumes. Lors de notre deuxième visite, nous lui demandons d'assister à une consultation, ce qu'il accepte avec réticence. L'homme qu'il fait entrer a une trentaine d'années ; il expose en une phrase qu'il s'agit d'un "problème avec un parent" ; puis il tend un billet de 1000 F CFA à Pedro qui disparaît derrière un rideau et réapparaît quelques instants plus tard avec une bouteille de vin rouge. La séance de divination peut commencer : Pedro verse le vin sur l'autel ; puis il égorge le coq apporté par l'homme, en répand le sang autour de lui, et en jette quelques poignées de plumes par-dessus ; enfin il éventre le coq et en examine les reins : ils sont blancs, les choses s'annoncent donc bien pour son client (s'ils avaient été noirs, il aurait indiqué que ce n'était pas même la peine d'essayer). Avec un morceau de papier que lui donne l'homme et sur lequel sont inscrits des mots en arabe, il commence son action maléfique contre le parent rival et nous demande de sortir : exeunt

les étrangers. L'examen des entrailles d'un animal constitue un procédé divinatoire très ancien et très répandu ; ici, il sert d'abord à connaître les chances de réussite des opérations ultérieures, et représente donc une étape préliminaire indispensable, mais il permet également de préciser l'origine du mal ou l'étiologie de la maladie, et par conséquent donne les indications pour les actions à entreprendre. Jamais Pedro da Silva n'examine le corps de son visiteur, seules les entrailles de l'oiseau l'intéressent.

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

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

théorique et à une connaissance empirique, à un contexte social et à une situation conjoncturelle. Ce qui ne signifie bien sûr pas qu'il ne fasse pas la différence entre aller chez le médecin et se rendre chez le guérisseur.

### Errances dans la ville

Pour peu que la maladie dure, que le malheur se renouvelle, et que le sujet fasse ainsi l'expérience de l'inefficacité des recours habituels, l'itinéraire thérapeutique se transforme en errance au cours de laquelle le malade s'accroche à tout nouvel espoir et n'hésite pas, pour obtenir le soulagement de son mal, à y sacrifier tout ce qui est en sa possession, à l'image d'Idir C. (FASSIN 1984a) qui, pour se délivrer de son maraboutage, allait de consultations en hôpitaux, et de marabouts de Paris en guérisseurs de Bamako.

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

C'est vers cette époque qu'elle se tourne vers la médecine traditionnelle. Une voisine lui conseille d'aller voir un guérisseur serer réputé, à Khe mbeul, à une centaine de kilomètres de Dakar. Elle le voit à trois reprises. La première fois, elle lui dit simplement en arrivant : je suis malade, je veux me soigner ; il ne l'examine pas mais il fait une divination dans l'eau d'un canari ; puis il lui explique que la maladie est causée par les mauvais esprits (*nit ku ñul*, les noirs), que les sociers (*dëm*) se sont associés au vent (*ngellaw*) pour l'affaiblir, qu'elle doit prendre un traitement par les plantes ; en lui donnant les racines et les feuilles, il lui demande 3000 FCFA. Les deux autres fois, les choses vont plus vite, puisqu'il n'y a qu'à reprendre la prescription précédente, et elle paie 1500 FCFA. Ne constatant aucune amélioration, elle continue ses recherches et entend parler, chez une parente, d'un guérisseur, également serer, qui vit à Sébikotane, village situé à une soixantaine de kilomètres au sud de Dakar : elle décide d'y partir avec son mari et pendant deux mois, elle le voit chaque jeudi. Lors de la première consultation, il lui demande de se déshabiller, la fait laver avec une eau dans laquelle macèrent des racines, puis l'examine nue : il lui touche le ventre et conclut que "c'est l'intérieur (*biir*) qui s'est retourné" après l'accouchement ; la divination qu'il fait en jetant ses cauri sur le sol confirme son diagnostic ; il entreprend alors un traitement à base de massages et de plantes ; le prix en est fixé à 4500 FCFA qu'elle demande à payer petit à petit ; de plus, elle s'engage à lui faire une offrande importante le jour où elle aura un enfant. Mais ce ne sera pas nécessaire car elle n'obtiendra pas les résultats espérés et cessera de voir le guérisseur - dont elle n'aimait d'ailleurs pas la façon de l'examiner.

Parallèlement à ces thérapeutes traditionnels, elle consulte également des marabouts (c'est elle-même qui fait implicitement cette distinction en ne me signalant pas ces derniers parmi les guérisseurs, *faajkat*, et en les classant sous le nom de *seriñ*). L'un est un Manding qui lui parle de travail maraboutique par "un de ses prétendants". Le second est un Manjak qui lui indique qu'elle est l'objet d'attaques de la part de celui qu'elle a "refusé en mariage". Le troisième enfin est un Peul qui lui dit qu'une sorcière au teint noir et au visage balafgré est entrée dans son ventre. Chacun donne son remède composé de versets et de racines. Chacun fixe son prix : le Manding n'exige rien ; le Manjak demande 2500 FCFA et une paire de chaussures ; le Peul parle de 5000 FCFA, mais comme le mari de Khardiata n'a que 500, il les accepte et repousse à plus tard le reste de la somme. Enfin, il y a les grands marabouts, comme Mountaga

Tall, descendant d'El Madj Oumar, chef de l'une des deux grandes familles de la confrérie tidjane : il a fait sa bénédiction et écrit un verset coranique, et n'a rien pris en paiement.

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

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

qu'ils ne parlent plus le pulaar et ne connaissent pas encore vraiment le wolof : pour eux, la référence au monde des origines n'est plus inscrite dans une expérience de l'enfance et de l'adolescence, mais seulement dans les récits qu'ils en ont par les plus vieux, installés ou de passage, quand elle n'est pas totalement oubliée, comme pour cet homme de parents toucouleur, né à Dakar, qui ne parle pas le pulaar et qui se déclare même wolof lorsqu'on lui demande son ethnie.

### L'offre et la demande

Les manifestations les plus évidentes du décalage entre l'offre médicale et la demande des malades sont perceptibles dans la relation thérapeutique à l'hôpital. Confronté à une symptomatologie douloureuse lombaire, le médecin part sur cette piste sémiologique, demande l'examen complémentaire correspondant et confie son patient à un spécialiste neurologue. A aucun moment, ni lui, ni ses divers collègues intervenant à sa suite, ne tentent de replacer le symptôme dans une anamnèse complète qui fasse apparaître le problème de procréation. Ce que tout l'entourage de Khardiata voit, ce que le médecin comprendrait si le cas se produisait dans sa propre famille, à savoir que la douleur n'est que la somatisation de la stérilité, sa façon de s'exprimer dans le langage du corps, est ici occulté. Tout se passe comme si, en revêtant sa blouse blanche, le thérapeute faisait disparaître temporairement les référents qui, en dehors de l'hôpital, lui servent à interpréter les événements et les rapports sociaux : sa relation au malade, totalement formée sur le modèle enseigné à la faculté de médecine, ne peut prendre en compte que la dimension biologique du trouble somatique. Cette dichotomie dans l'approche du patient résulte de l'existence d'une double grille de lecture : celle de la connaissance académique qui fait entrer le symptôme dans une chaîne physiologique (des diverses plaintes, on ne conserve que la douleur, plus précise et moins équivoque que la faiblesse du corps, et on remonte jusqu'à une explication neurologique ou rhumatologique qu'autorise la réduction préalable de la symptomatologie), et celle de la connaissance empirique acquise dès le plus jeune âge qui relie immédiatement le trouble à un contexte social (s'il y a mal-être et stérilité, c'est que quelqu'un, esprit ou humain, cherche à faire le mal, volontairement ou non). Aucun passage n'est prévu entre les deux : certes, il arrive que le médecin, et plus encore l'infirmier, change inopinément de registre ; mais le plus souvent, il n'utilise, dans son rôle de



thérapeute, que celui de la médecine moderne qui est à la fois plus facile pour lui, et plus valorisant vis-à-vis des autres. Ainsi le voit-on renier avec sincérité "les croyances ancestrales" et "les histoires de sorcières" lorsqu'il est à l'hôpital, et parler de la possibilité d'un acte maléfique ou de la nécessité d'un traitement rituel pour un malade de sa famille vu chez lui. Face à ce discours positiviste du médecin, le patient et son entourage ne peuvent rien : "Chaque fois, on me demande de passer une radio pour savoir ce que j'ai, explique Khardiata. Chaque fois, je reviens avec la radio, mais on ne me dit rien : on me fait une ordonnance et c'est tout. Mais jamais je ne vois d'amélioration de mon état".

Le décalage entre le malade et le soignant est également perceptible dans la médecine traditionnelle. La logique du thérapeute, qu'il s'agisse du guérisseur serer, du marabout peul ou de Mountaga Tall est une logique de pouvoir. La logique du malade, en l'occurrence de Khardiata, est une logique de guérison - plus encore que de sens. Les deux ne se croisent que parce que guérir c'est accroître le pouvoir de celui qui guérit : le thérapeute y gagne en prestige, y augmente ses gains, y renforce son influence. Mais un échec ne le menace pas fondamentalement, sauf dans des cas exceptionnels comme celui du vieux chaman vaincu par Quesalid et qui décide de mourir (LEVI STRAUSS 1959) : s'il n'a pas réussi à sauver le malade ou à donner une descendance à la femme, le thérapeute peut toujours se justifier en invoquant une prescription mal respectée ou une interférence avec un autre soignant.

Si ces remarques valent d'une manière générale pour la relation du malade et du guérisseur, un trait particulier au milieu urbain mérite l'attention : lorsque le sujet consulte un thérapeute de son village, il est le plus souvent avec celui-ci dans un rapport qui se fonde sur une connaissance réciproque, des liens éventuels de parenté ou d'alliance, des relations d'âge ou de statut, des données sur le contexte de survenue de la maladie, et c'est en fonction de l'ensemble de ces éléments, joints au type de demande, que le guérisseur va interpréter la situation et proposer un traitement ; en revanche, à la ville, il se peut qu'il ignore tout de son visiteur, il va donc devoir bâtir une explication et élaborer une thérapeutique sans connaître rien du contexte. Un exemple peut-être donné ici : un jour, je conduisis, à sa demande, une amie européenne auprès d'un guérisseur qui lui fit une divination à l'aide d'écrits coraniques, selon le principe géomantique décrit par C. MONTEIL (1931) ; le vieux Bambara qui était de passage à Pikine, n'avait jamais

prédit "pour un tubaab", et ignorait probablement tout du mode de vie des coopérants à Dakar ; il dut composer avec ses lacunes et livra une interprétation parfaitement générale qui emporta néanmoins la conviction de sa visiteuse, étonnée qu'on ait pu si bien connaître et décrire situation ; c'est en fait la conjonction de l'intelligence (le sens du social.) dont avait fait preuve le devin, et de la prédisposition (le désir de croire) qu'avait manifestée sa consultante qui avait permis ce résultat. Khardiata, lorsqu'elle se rend chez le guérisseur serer ou le marabout peul, est dans une situation semblable : ils ne savent rien d'elle, de son histoire, de son statut ou de sa caste, de ses relations avec sa famille ou sa belle-famille, et pourtant ils vont lui livrer une "interprétation sociale" (qu'il s'agisse de sorcellerie ou de rivalité d'un prétendant) ; explication qui ne prendra son sens que pour autant que Khardiata voudra le lui donner, en lui accordant du crédit.

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

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

### Chapitre XIII : LA QUETE DE SENS

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

#### Les images de la lèpre

Dans un ouvrage récent dont le sous-titre est, de manière révélatrice "Maladie stigmatisée et mort sociale", A. KAUFMANN (1985) montre comment les représentations et les pratiques de la lèpre sont intimement liées, et comment les images sociales de la maladie influencent les comportements des malades et les attitudes de leur entourage à leur égard. Au Sénégal, où elle est surnommée *feebur bu mag*, la grande maladie, en wolof, la lèpre fait l'objet de multiples croyances quant à ses origines, son mode de transmission, ses effets sur l'individu, ses possibilités de guérison. C'est donc comme un révélateur social que nous avons entrepris de l'étudier, en interrogeant une douzaine de thérapeutes de sept ethnies différentes - Wolof, Serer, Toucouleur, Peul, Soninké, Bambara, Diola -, non spécialistes de cette maladie. L'hypothèse était que

les représentations de la lèpre sont différentes selon le milieu ethnique et exercent une influence sur les pratiques sociales à l'égard des lépreux. Mais au fur et à mesure que l'enquête avançait, les choses s'avéraient plus complexes : d'une part, les variations inter-ethniques pouvaient être moindres que les variations intra-ethniques, et donc faire remettre en cause, sauf pour les Diola qui ont un modèle explicatif à part, ce découpage culturaliste; d'autre part, les images du lépreux déterminaient non seulement les conduites collectives à leur égard, mais également les comportements des malades eux-mêmes.

"La lèpre est la plus grave des maladies" est un adage commun aux Wolof, Serer, Haalpulaaren. Il est probable qu'on la redoute à la fois pour sa gravité, son incurabilité et son caractère stigmatisant, mais aussi pour les questions qu'elle suscite du point de vue du sens : maladies contagieuses à transmission et développement très lents, elle donne l'impression de choisir ses victimes à l'intérieur d'un cercle restreint de parents - tous les malades sont des proches mais tous les proches ne sont pas malades -, un peu à la façon dont procèdent les sorciers-anthropophages. Cependant, la crainte que suscite la maladie se manifeste surtout à travers la peur qu'inspire le malade : chez les Wolof, on dit "méchant comme un lépreux". Des anecdotes très révélatrices sont fréquemment rapportées en témoignage de cette méchanceté : "Quand j'étais enfant, raconte un infirmier originaire du Dyolof, il y avait un lépreux au village. Un jour qu'on était aux champs, des corbeaux sont venus boire dans notre canari qui s'est renversé. On m'a donc envoyé chercher de l'eau au village. En arrivant aux premières maisons, j'ai vu le lépreux qui plongeait ses mains avec ses doigts coupés dans tous les canaris. Je me suis caché, car j'avais peur, et puis je suis retourné prévenir les hommes aux champs. D'abord ils ont dit que je mentais, mais un autre avait vu le lépreux et a confirmé que c'était la vérité. Alors, ils sont allés au village, ont attrapé le lépreux, l'ont attaché et bastonné. Mais on ne pouvait quand même pas le tuer". D'autres récits sur la même trame : souillure - châtement circulent, comme celle d'un lépreux qui, dans un village serer, avait touché de ses mains les petits tas de légumes disposés par les femmes sur la place du marché, de façon à les rendre inconsommables, et avait été ensuite lapidé à mort. Véridiques ou inventées, ces histoires sont importantes, car elles fondent l'image du lépreux (mélange d'impureté et de malignité), justifient les conduites collectives (répulsion et rejet) et influent même sur le comportement des malades (deviens ce qu'on dit que tu es).

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

En concevant leur action de lutte contre la lèpre, au cours des années soixante-dix, les services d'hygiène et de santé publique du Sénégal avaient négligé cette diversité, et avaient avancé une seule stratégie : les villages de lépreux . La réponse sociale a donc été nettement différenciée. Dans le Centre, le modèle a été relativement bien accepté : certes, il est en rupture avec les pratiques traditionnelles, mais il permet un regroupement des lépreux satisfaisant à la fois pour ceux-ci (fin de l'isolement) et pour les populations (exclusion définitive) ; quatre villages ont ainsi été ouverts (Peycouk, Mballing, Sowane et Koutal, administrés par le secteur de Mbour). Dans la Vallée du Fleuve en revanche, c'est l'échec de la politique sanitaire du ministère qui se heurte aux habitudes villageoises : les familles gardent leurs malades chez eux ; un seul village a été créé (Diambo, près de Podor) ; encore ne rassemble-t-il qu'un petit nombre de lépreux. En Casamance enfin, l'option des services de santé semble prolonger la prise en charge traditionnelle chez les Diola : il y a multiplication des villages thérapeutiques et, sur les douze que comptent le Sénégal, six sont casamançais (Djibelor, Djifangor, Bambadinka, Tabi, Seydhiou et Kolda). Remarquable illustration de l'importance de la prise en compte des

représentations et pratiques des populations lors de la préparation de stratégies sanitaires.

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

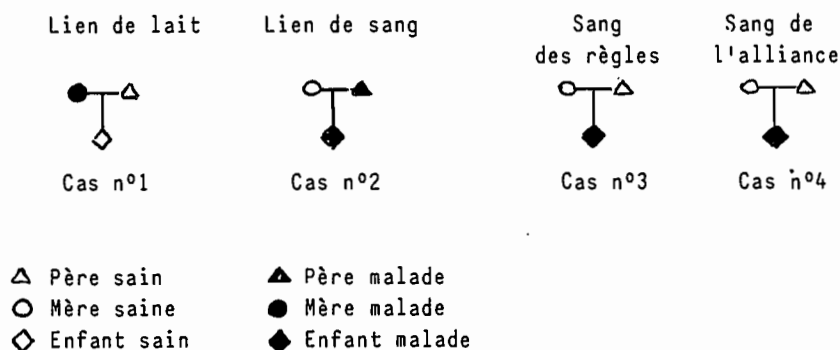
L'ordre causal, dans la lèpre, est complexe car il doit à la fois rendre compte des données empiriques sur la transmission de la maladie et des nécessités théoriques de rechercher du sens. A part les Diola qui ont un système interprétatif très particulier, les autres groupes ont des conceptions sur les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

L'interdit peut être de trois types non exclusifs (un même guérisseur pouvant évoquer successivement les trois). Le plus souvent, c'est le tabou des rapports sexuels en période menstruelle qui est transgressé : l'enfant qui naît de cette relation impure a toute chance de devenir lépreux ; selon les caractéristiques du sang des règles, la maladie aura une allure clinique différente - lèpre rouge pour le sang rouge, lèpre noire pour le sang noir, lèpre blanche pour la fin des règles lorsque le sperme devient plus abondant que le sang. Parfois, l'interdit

rompu est alimentaire ; la nourriture le plus souvent en cause est le poisson (particulièrement le silure dans la Vallée du Fleuve) ou la viande de chèvre (en précisant parfois qu'il s'agit d'un animal tacheté). Enfin, la transgression peut concerner les règles d'alliance : mariages intercastes (le forgeron et le cordonnier) ou interclans (Drame et Diakhate, ou Diara et Traore chez les Soninké). Dans une perspective fonctionnaliste, cette diversité de registres - sexuel, alimentaire, social - pourrait être regardée comme la possibilité de moduler, en fonction du contexte, une interprétation qui se fait toujours a posteriori : s'il y a eu non-respect des règles d'alliance dans les antécédents du lépreux, on invoquera cette cause qui servira à la fois d'explication et de mise en garde ; sinon, on choisira selon la position sociale qu'occupe le malade et peut-être le désir qu'on a de lui nuire, la solution la plus honteuse (règles) ou la moins déshonorante (aliment). Le parallèle avec la sorcellerie s'impose ici, puisqu'il est connu que seuls les plus faibles (femmes, vieux, captifs) peuvent faire figure d'accusé ; cependant, comme le dit M. AUGÉ (1975 : 188) à propos des analyses de M. DOUGLAS, le fonctionnalisme ne rend pas compte de la totalité du phénomène : "la sorcellerie est toujours un fait de structure", et ne peut être réduite à un moyen de "conforter la structure d'autorité", ou de "réduire les velléités d'autonomie". Les interprétations de la lèpre ne se ramènent pas à une simple exigence de maintien de l'ordre social et d'exercice du pouvoir des plus forts.

Le rapprochement avec la sorcellerie se justifie plus encore lorsqu'on s'intéresse au mode de transmission héréditaire. Comme l'indique un guérisseur peul : "la sorcellerie c'est le lait, la lèpre c'est le sang". Chez les Haalpulaaren, c'est dans son matrilignage qu'on hérite de la qualité de sorcier, et dans sa patriligne qu'on reçoit la lèpre. Chez les Wolof, également patrilinéaires, les deux transmissions se font sur le même modèle, comme l'indique le proverbe : *dëm ndeey ngaana baay* (littéralement ; sorcier la mère, lèpre le père). La lèpre est donc doublement une maladie transmise par le sang : celui des règles de la mère, celui du lignage du père. Ainsi (figure 8), la mère malade ne donne pas la maladie à sa descendance (cas n°1) alors que le père malade la lui transmet (cas n°2) ; mais un enfant peut naître de parents non atteints s'il a été conçu en période menstruelle (cas n°3) ou en dehors des règles d'alliance (cas n°4).



**FIGURE 8 : LE SANG DANS L'HEREDITE DE LA LEPRE**

L'image de la souillure est donc présente aux origines de la maladie : le premier cas survenant dans lignage est une impureté, celle de la menstruation ou celle de l'alliance proscrite, accessoirement celle de l'aliment interdit ; c'est ensuite que commence la transmission dans la patriligne. La souillure symbolique est ainsi à la fois le reflet de l'apparence physique du lépreux, l'explication de son image sociale dégradée et la justification des comportements de rejet à son égard. Pour sortir de l'analyse fonctionnaliste, il faut donc voir que la représentation étiologique qu'on donne de la lèpre n'est pas seulement un moyen de contrôle social (ce qu'elle est aussi), mais qu'elle <sup>est</sup> également une façon d'interpréter la société et ses désordres.

### Les quatre cavaliers de la persécution

La partie centrale de la thèse d'A. ZEMPLÉNI (1968) sur les modèles explicatifs de la folie chez les Wolof et les Lebou est constituée par la présentation des quatre agents qui peuvent être rendus responsables des troubles mentaux : "rab", "dömm", "jinné et seytaané", "ligeey". Il ne s'agit pourtant pas d'une classification des maladies : "Les Wolof et les Lebou ne possèdent pas de nosographie. Leurs signes psychopathologiques se réfèrent à quelques exceptions près, à ces unités complexes de représentations que sont les catégories d'interprétation, non à des syndromes au sens occidental" (ZEMPLÉNI 1968 : 71). Les **rab** sont les esprits des ancêtres pour lesquels existent des cultes sur des autels domestiques, et qui se manifestent sous forme de possession. Les **dëm** sont des sorciers-anthropophages qui se transmettent dans la lignée utérine et qui attaquent l'individu en dévorant son principe vital. Les **jinné** et

seytaané sont les esprits musulmans, anges ou démons, dont on trouve des traces dans le Coran, et qui donnent aussi lieu à des phénomènes de possession. Le ligeey (le mot signifie : travail) est un acte de magie interpersonnelle, également nommé maraboutage. De cette tétralogie, M.C. et E. ORTIGUES (1984 : 192) font une trilogie, en ne retenant que les rab, les dëm et le ligeey ; l'abandon par ces auteurs, des jinné et seytaané vient probablement de leur origine islamique qui n'en fait pas des catégories caractéristiques des Wolof et Lebou. En fait, le système interprétatif est plus complexe qu'il n'y paraît car, comme l'indique A. ZEMPLENI (1968 : 105 et 180), d'une part, il existe "une véritable tradition 'animiste' des jinné et seytaané" alors qu'on relève simultanément l'apparition de "rabs mulsumans", et la distinction entre les deux devient plus difficile, d'autant que les informateurs affirment souvent que "les rab sont les jinné des Wolof" ; et d'autre part, la sorcellerie peut s'appuyer dans ses interventions maléfiques sur les rab ou les jinné.

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

Chez les Soninké, c'est encore un système très voisin : les *bisira* sont les génies de la brousse et du fleuve, les *suxuñña* les sorciers-anthropophages, les *jinné* et *seytaané* les esprits islamiques et le *korté* la magie interpersonnelle. Les choses sont en fait un peu plus compliquées : les *bisira* sont de plus en plus confondus avec les *jinné* et *seytaané* ; les *suxuñña* ont évidemment une étymologie commune avec les *sukuñyaaBé* des Haalpulaaren et se doublent par ailleurs d'un autre groupe de sorciers-anthropophages, les *ñama* ; enfin, le *korté* est un acte de magie interpersonnelle qu'on attribue surtout aux Bambara et qui est

souvent indistinguable dans ses effets et son interprétation du maraboutage, **ligeey**.

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

**TABLEAU 7 : LES FIGURES DE LA PERSECUTION DANS QUATRE ETHNIES**

CATEGORIES ETIOLOGIQUES	ETHNIE			
	WOLOF	HAALPULAAREN	SONINKE	DIOLA
Génies pré-islamiques	rab (domestique)	génies (fleuve)	bisira (fleuve)	akaalena (brousse)
Génies islamiques	jinné seytanné	jinneeji seytaaneji	jinné seytanné	ginay seetanay
Sorcellerie-anthropophage	dëm	sukuñaabe	suxuña	ayaalaw
Magie inter-personnelle	ligeey	ligee	korté	brok

Si l'on met en parallèle les quatre systèmes de représentations (tableau 7), on constate l'existence d'une structure interprétative à quatre termes qui paraît relativement fixe. Certes, on relève des différences entre les agents de la persécution, non pas tant pour la sorcellerie-anthropophage dont la généralité dans une grande partie des sociétés africaines est bien connue (AUGE 1975), ni dans la magie inter-personnelle qui repose toujours sur une volonté instrumentée de faire le mal (EVANS-PRITCHARD 1976), ni encore moins bien sûr dans ces

figures de l'islam que sont les **jinné** et **seytaané** et qui traversent les découpages ethniques (ZEMPLÉNI 1968), que surtout dans les génies pré-islamiques : **rab** et **akaalena** sont les esprits d'ancêtres alors que les **bisira** sont sauvages et étrangers, mais les **rab** sont dans la maison, les **bisira** dans le fleuve et les **akaalena** dans la forêt. Encore ces différences se situent-elles plutôt dans ce qu'A. ZEMPLÉNI désigne sous le nom de "valences de l'habitat" (1968 : 176), et plus généralement, dans la topographie de la société, que dans l'interprétation de la maladie et du malheur : ce sont les mêmes tableaux de convulsion, de paralysie, de folie, de crises de possession que l'on attribue aux **rab**, **akaalena** et **bisira**, et d'ailleurs également aux **jinné** et **seytaané** dont on a déjà signalé les nombreux points de convergence avec les génies pré-islamiques. Autrement dit, c'est plus leur place dans la société qui varie que leur valeur d'explication.

Ces quatre catégories de persécuteurs ne résument bien sûr pas la totalité des théories de la causalité dans ces sociétés. Comme le montre N. SINDZINGRE (1984) à propos des Senoufo de Côte-d'Ivoire, les classes causales constituent un empilage fini d'explications non exclusives mutuellement : il est d'ailleurs révélateurs que, dans ce texte, elle introduise une plus grande souplesse - onze catégories : facteur mécanique, Dieu, instance gardienne de l'individu, jumeaux du matrilineage, morts du matrilineage, instance protectrice du matrilineage, esprits de lieu, sorciers de matrilineage, magie instrumentale, poursuite d'animaux tués en brousse, transgression d'interdits" -, que dans une analyse proposée en collaboration quelques années plus tôt (SINDZINGRE et ZEMPLÉNI 1981) où était présenté un schéma tri-partite - cause instrumentale (comment ?), cause efficiente (qui ?) et cause ultime (pourquoi ?). Les schémas étiologiques se prêtent en effet mal aux modèles rigides qui sont beaucoup plus souvent le résultat de la reconstruction anthropologique que le produit de la théorie autochtone - remarque qui renvoie plus généralement au rôle de l'écriture dans la formation des modèles (GOODY 1977 : 74-111).

A côté des quatre figures de la persécution, on aura donc les causes naturelles, comme le froid ou le vent, encore que ce dernier mot recouvre à la fois l'élément physique et la notion d'esprit (FASSIN 1986c) ; les transgressions d'interdits, sexuels, alimentaires, matrimoniaux comme on l'a vu pour la lèpre ; le non-respect des obligations rituelles, notamment en Casamance ; la responsabilité divine,

en ultime instance. Et une affection donnée peut avoir simultanément une étiologie naturelle, une origine divine, et en fonction de son évolution, une cause magique.

Ce qui constitue la caractéristique principale des esprits ancestraux, des génies islamiques, des sorciers anthropophages et des jeteurs de sort, c'est, dans le champ de la maladie, leur situation d'agresseurs : parce qu'ils ont été mal honorés par leurs descendants, les ancêtres se vengeant en prenant possession du corps et de l'esprit de l'un d'eux ; parce qu'ils sont jaloux d'un mari ou d'une épouse, les génies vont s'introduire à l'intérieur de leur victime pour également la posséder ; parce qu'ils ont une dette de chair à payer, les sorciers sont condamnés malgré eux à dévorer leur proie humaine ; enfin, parce qu'ils ont décidé de supplanter ou d'abattre un rival, les jeteurs de sorts exercent leur pouvoir maléfique instrumental. C'est l'un des mérites de l'Ecole de Dakar que d'avoir montré la généralité de l'interprétation persécutive dans les troubles mentaux au Sénégal (voir en particulier : COLLOMB 1965, ZEMPLENI 1968, ORTIGUES 1984) - on pourrait ajouter dans la maladie et en Afrique de l'Ouest - : "La persécution colore toute la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant, interprétatif ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposée par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le marabout", écrivent M. DIOP, P. MARTINO et H. COLLOMB en 1964 (cité par ORTIGUES 1984 : 191). Analyse très ethnopsychiatrique - c'est-à-dire mélange de perspicacité clinique et de connaissance culturelle - qui ne semble pas récusée par une approche plus classiquement anthropologique : "Un trait commun à ces figures de l'interprétation consiste, schématiquement, en un caractère exogène de la causalité : la situation qui enclenche le trouble est le fait d'agents extérieurs à la victime du mal, qui peuvent être humains ou non, observables ou non, subjectivés et doués d'intentionnalité ou impersonnels", généralise N. SINDZINGRE (1984 : 96). Mécanisme interprétatif et projectif, dit le psychiatre. Extériorité du mal, répond l'ethnologue.

La persécution paraît donc fonder la théorie de la maladie et du malheur dans les sociétés traditionnelles africaines, et a ainsi pu être opposée à la culpabilisation, c'est-à-dire à l'intériorisation de la faute, dans les sociétés chrétiennes : il est bien connu, par exemple,

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

### Le crépuscule des sorciers

Dans le modèle, aujourd'hui devenu classique, que proposait E.E. EVANS-PRITCHARD, il y a cinquante ans, l'agression peut prendre deux formes : **witchcraft** qui correspond à la sorcellerie anthropophage, et **sorcery**, qui représente la magie inter-personnelle (1976) ; dans la première, le sorcier agit psychiquement, dans la seconde, le magicien agit instrumentalement. Et il s'agit bien là du couple maléfique fondamental (en faisant abstraction du monde des esprits ancestraux ou islamiques, et en ne s'intéressant qu'aux êtres humains), dans la plupart des sociétés africaines : un individu peut en attaquer un autre, soit en le dévorant, c'est-à-dire en lui prenant son principe vital, acte conscient mais **subi** plutôt que voulu (c'est pour échapper à la mort et payer une dette que la personne rejoint la société des "gens de la nuit" et des "mangeurs d'âmes"), soit en portant ses efforts sur un objet qui appartient à la victime, ou bien a un rapport avec elle, acte conscient mais cette fois-ci **délibéré** (c'est pour rabaïsser ou affaiblir ou tuer un rival).

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

Cette question, M. AUGÉ (1975 : 111-112) l'envisage à la fin d'un chapitre de sa thèse, intitulé "la logique du malheur" : que deviennent "les croyances à la sorcellerie", se demande-t-il, lorsqu'elles sont confrontées aux "phénomènes dits de 'modernisation' et notamment au problème de l'urbanisation et des comportements en ville" ? et lorsqu'on dit qu'il y a moins de sorcellerie en milieu urbain qu'en zone rurale, veut-on indiquer qu'il y a moins de cas, ou qu'il y a moins de croyances ? Dans son étude "the meaning of misfortune for urban Africans", J.C. MITCHELL (1965) donne deux illustrations d'accusations de sorcellerie à Salisbury et en tire trois conclusions générales. Tout d'abord, il constate qu'alors que la famille est le lieu de beaucoup de compétition et d'hostilité dans la vie rurale, dans une ville comme Salisbury, où non seulement les parents, mais également les gens de même ethnie, se rapprochent et se soutiennent pour faire face à la grande majorité d'étrangers, la famille est essentiellement un groupe coopératif étroitement intégré et les tensions proviennent plutôt de la société au sens large" ; mais, dans la mesure où les conditions de vie citadine permettent à "l'hostilité et l'opposition de s'exprimer ouvertement à l'égard des étrangers" (dans le quartier ou sur le lieu de travail), "il n'y a pas besoin d'accusation de sorcellerie". En second lieu, il remarque qu'en milieu traditionnel, les oppositions de lignage trouvent un exutoire dans les accusations de sorcellerie" et que "les individus peuvent faire appel aux autorités traditionnelles et exiger une punition", alors que "dans les villes, ce sont les Européens qui exercent l'autorité et qu'à leurs yeux les croyances à la sorcellerie sont irréelles". Enfin, il observe qu'en ville, puisque "la victime est incapable de prendre des mesures efficaces contre son rival", elle "recherche donc une nouvelle signification de l'infortune, et en trouve deux, l'une qui s'accorde avec la croyance traditionnelle, et l'autre pour laquelle existe un remède reconnu". En résumé, la sorcellerie est moins fréquente en ville, à la

fois parce qu'elle y est moins nécessaire (la rivalité s'y manifestant plus ouvertement) et parce qu'elle y est moins tolérée (dans le cadre d'une justice non coutumière) ; le citadin, lorsqu'il est confronté à une situation de tension ou d'échec, va se référer à un double registre d'interprétation, l'un traditionnel et il y aura éventuellement accusation de sorcellerie en direction du village), l'autre moderne (et il y aura conflit ouvert, permettant une solution efficace).

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

Le rôle de l'islam dans le recul de la sorcellerie diffère de celui de la justice moderne : il ne s'agit pas seulement d'une condamnation et d'une négation, mais aussi et surtout d'une ré-interprétation de cas, normalement imputés à la sorcellerie, dans un autre langage - celui des **jinné**, des **seytaané**, du **ligeey**. La force de ce renversement vient de ce qu'il n'est pas une simple interdiction sanctionnée légalement, mais qu'il propose un surcroît de sens, en même temps qu'une alternative thérapeutique. C'est bien ce qu'avait compris, consciemment ou non, cette jeune citadine diola qui, malgré un rituel de protection parfaitement accompli au village, avait vu son troisième fils



mourir de convulsions à Pikine où elle était rentrée (les deux premiers étant également décédés en bas-âge) : dans un tel cas, le groupe des femmes accuse généralement la mère d'être responsable de la mort de son enfant et la désigne comme sorcière, ce qui permet notamment de garder intact le pouvoir protecteur du rituel puisque, s'il n'a pas sauvé l'enfant, c'est à cause des intentions maléfiques de la mère. Sachant le danger qu'elle encourait, la jeune femme, en rentrant de l'hôpital où elle venait d'apprendre le décès de son fils, fit, devant toute sa famille réunie, une crise spectaculaire de possession où, se roulant par terre et déchirant ses vêtements, elle s'accusait d'avoir tué l'enfant ; en fait ce n'était pas elle qui parlait, mais le **seytané** jaloux qui s'était désigné comme tel par sa bouche. Elle en fut quitte pour un traitement maraboutique, échappa à l'accusation de sorcellerie, et évita probablement un divorce.

La justice des tribunaux est souvent invoquée par les guérisseurs pour expliquer le recul de la sorcellerie. Déjà, à l'époque coloniale des cas d'accusations pouvaient conduire à l'intervention du pouvoir français ou de ses représentants : ainsi, Demba Sall, vieux contre-sorcier toucouleur, raconte qu'au village, une femme accusée de sorcellerie avait été démontrée coupable au cours d'une épreuve où on lui avait fait ingérer une plante ; peu après, elle avait fait une fausse couche spontanée et avait porté plainte auprès du commandant de gendarmerie qui avait mis en prison les contre-sorciers ; ceux-ci n'avaient pu s'en sortir qu'en menaçant la femme de "la faire voler à nouveau" ; elle avait pris peur et ne s'était pas rendue aux convocations du commandant qui avait donc libéré les guérisseurs. De tels récits sont nombreux et trouvent des équivalents plus actuels, largement rapportés par la presse, comme ce procès de Bacary Badji au tribunal correctionnel de Ziguinchor, en Casamance, raconté dans **Le Soleil** (22-23 juin 1985, p. 8) : "Selon Bacary Badji, quelques villageois d'Ourongue venus le trouver à Oussouye, lui avaient soumis un problème : la mort de personnes attribuée aux activités occultes de "sorciers", d'où la démarche des villageois d'Ourongue désireux de le voir les aider à percer ce douloureux mystère. Bacary qui avait affirmé pouvoir remédier à cela tenait d'abord à consulter au préalable le village. C'est ainsi, qui ayant donné rendez-vous à ses visiteurs, il s'est rendu à Ourongue, où sur la grande place du village, il a demandé aux villageois s'ils maintenaient toujours leur demande, non sans avoir attiré leur attention sur les conséquences qui en découleraient s'il arrivait à démasquer des "sorciers" dans cette

foule et parmi elles des personnes qui leur sont proches... Dans un style très personnel et un rituel qui lui est propre, Bacary a tracé des signes, psalmodié des incantations, etc. Son travail terminé, il a promis aux villageois que les "sorciers" passeraient publiquement aux aveux, se confessant eux-mêmes. Pour cela, Bacary avait empoché les 45.000 F qu'il avait réclamés pour ce travail, et les villageois s'étaient cotisés pour honorer cette prestation de service. Après avoir fait état de ce qui était en mon pouvoir mystique, a précisé à la barre Bacary, je m'en suis retourné chez moi à Oussouye et ce sont les sorciers qui se sont démasqués, ajoutant qu'il n'a jamais avancé le nom de qui que ce soit et encore moins exercé des violences sur une quelconque personne. Les quatre plaignants parmi lesquels trois femmes, ont tous donné des faits, une version toute différente de celle de Bacary... Malheureusement pour elle, la mère de Lamine Diédhiou figure sur la liste des sorciers présumés et, de surcroît avec son fils. On devine le trouble et la colère de Lamine... Dans son réquisitoire, le substitut du procureur a précisé que Bacary est poursuivi pour escroquerie, charlatanisme, diffamation, violences et voies de faits. Pour le ministère public, l'affaire n'est pas originale, **compte tenu de certaines croyances et quelques phénomènes qui ne peuvent être expliqués de façon rationnelle\***... Faisant état du déshonneur qui moralement a pesé sur ceux que Bacary a désignés comme étant les sorciers présumés, le substitut du procureur a estimé que cet homme doit être sévèrement puni afin que les gens puissent vivre librement... Le tribunal a déclaré Bacary Badji convaincu des faits qui lui sont reprochés et l'a condamné à 6 mois de prison ferme. Revenant sur la constitution de partie civile des plaignants, il l'a en outre condamné également à leur payer 60.000 F de dommages et intérêts demandés". (On notera au passage la distance que prend le journaliste vis-à-vis de ces pratiques, notamment par l'usage de guillemets ou l'ajonction de adjectif "présumés" au mot "sorcier").

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

---

\* C'est moi qui souligne

comportement qu'elle avait présentés initialement) ; sur plainte de la famille de la défunte, les deux guérisseurs étaient inculpés d'homicide et mis en prison.

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

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

Il faut donc que se développent d'autres formes de persécution pour remplacer les anciennes interprétations et rendre compte des nouvelles tensions sociales. Au Sénégal, et singulièrement à Dakar, c'est le maraboutage, *ligeey*, c'est-à-dire l'acte maléfique volontaire, qui tend, sinon à prendre la place de la sorcellerie, du moins à être de plus en plus fréquemment invoqué dans la recherche de l'agresseur. A. ZEMPLINI (1968 : 448 et 512) a insisté sur l'extension du champ d'application du *ligeey* "dans les situations concurrentielles modernes", et sur l'ambiguïté existant autour de sa valeur positive ou négative : "Le travail demandé par le commis de bureau pour sa promotion est-il "mauvais". Sans équivoque ? Celui qui est destiné à donner un supplément d'intelligence à l'écolier est-il tout à fait bon ?". D'une manière plus générale, le

**ligeey** "met en jeu, au premier chef, la vie de relation du sujet, sa position dans la société". M.C. et E. ORTIGUES (1984 : 232 et 219) ont montré, à partir d'études de cas parmi des enfants, fréquemment en situation de compétition scolaire, que "la distinction entre sorcellerie et maraboutage correspond à un clivage dans l'organisation des pulsions", la première se situant, avec le fantasme de dévoration "sur le plan oral" et le second correspond "au fantasme de puissance phallique". Plus encore, "on peut dire que tout le monde est marabouté ou en instance de maraboutage".

L'existence d'un seul mot, en français, pour désigner **witchcraft** et **sorcery**, **dēm** et **ligeey** chez les Wolof, **mangu** et **ngua** chez les Azandé, est certainement source de confusion. En effet, on entend souvent dire que la sorcellerie est plus fréquente en ville qu'au village. Il faudrait en fait entendre : Les agressions sont plus nombreuses en milieu urbain, et elles se manifestent plus volontiers sous forme d'action maléfique délibérée (maraboutage) que sous forme d'attaque involontaire (sorcellerie).

Ainsi, les changements sociaux liés au mode de vie des citadins sont à l'origine de mutations dans l'univers symbolique où se disputent les deux grandes interprétations du mal. Mais cette redistribution des croyances n'est pas sans effet sur les modalités mêmes de la croyance.

### La croyance et le doute

Les sociologues ont coutume de distinguer "croyance" et "foi" pour reprendre les termes de P. BOURDIEU (1980 : 113) c'est-à-dire "l'adhésion indiscutée, préréflexive, native" et "l'adhésion décidément accordée". La première caractérisant "l'appartenance natale, indigène, originnaire" qui sous-tend les représentations et les pratiques aussi bien du villageois sénégalais que du paysan français. La seconde caractérisant l'adoption "d'un corps de dogmes et de doctrines instituées" qui fonde l'appartenance à l'islam comme au christianisme.

Cette distinction apparaît clairement dans la pratique spirituelle de nombreux guérisseurs, nés dans la croyance au monde des représentations traditionnelles (sorcellerie, possession, rites), et

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

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

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

nécessaire une solution pratique ("je lui ai demandé une protection pour ma maison"). Jeu complexe de critique et d'adhésion qui fait basculer les repères du réel.

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

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

#### Chapitre XIV : UN RITUEL THERAPEUTIQUE

Les Diola pratiquent des rituels dans de nombreuses circonstances de leur vie sociale : mariage, naissance, décès, chasse, guerre, semaison, récolte, maladie, stérilité, etc. On les nomme le plus souvent **sineetes** (pluriel de **eneetey**), ce qui désigne à la fois le lieu où ils sont accomplis, l'action qui s'y déroule et les conséquences qu'ils provoquent lorsqu'on n'en respecte pas les règles. Ainsi, **egootumey**, qui signifie charognard, peut être employé pour nommer l'autel sur lequel se fait le sacrifice qui prévient la maladie, la cérémonie au cours de laquelle on protège l'enfant, et la diarrhée chronique par laquelle se manifeste l'action maléfique de l'oiseau. Le secret et la pratique de chaque **eneetey** est détenu par un lignage du village : on sait, par exemple, dans la forêt des Kalounayes, que **kaneewak** est un rituel de fertilité des Manga de Karone et que **emaakay** est un rituel de puissance sexuelle des Badji de Bamak. En plus des nombreux **sineetes**, il existe quatre grands rituels qui concernent, non plus un individu ou un lignage, mais la totalité d'une catégorie d'âge (futurs initiés), d'activité (guerrier ou chasseurs) ou de sexe. (femmes) : **elũney yati jisootumay** et **elũney yati funoonumēf** qui précèdent la cérémonie du **bukut**, tous les quinze ou vingt ans, au cours de laquelle sont initiés tous les garçons pubères ; **elũney yati fuliĩñoraf** qui se déroule avant le départ à la guerre ou à la chasse ; enfin **elũney yati kañaalenak**, rituel de préservation de la descendance réservé aux femmes qui font des avortements répétés, perdent des enfants en bas-âge ou sont stériles.

Tous les rituels ont pour cadre le village, la forêt, ou une clairière. Ils se déroulent sur des lieux consacrés. Ils rassemblent tout le groupe concerné sous la responsabilité des officiants qui détiennent leur charge à la fois par leur hérédité et par leur histoire personnelle. Ils se réfèrent à un passé collectif au cours duquel a été acquis par l'un des lignages le secret du rituel et à un contexte social qui fixe à chacun son statut et son rôle. On peut donc s'interroger : que deviennent ces rituels, dont l'implantation agraire et villageoise est si manifeste, lorsque les Diola s'installent en ville ? Question à laquelle on essaie de répondre à partir de l'exemple du **kañaalen**, le quatrième des quatre **elũney** cités et le seul qui soit du domaine exclusif des femmes.

## Travestissement et bouffonnerie

"Ce qui est interdit ne l'est pas à tous ni toujours, ou à tout le moins, ne l'est pas toujours à tous. L'étude de ces exceptions qui en ce domaine plus qu'en tout autre, confirment la règle et, pour mieux dire, la constituent ou en constituent certains aspects, se confond, pour une large part, avec celle du rites dits d'inversion", écrit M. AUGÉ (1982 : 260). Ce qui caractérise la conduite rituelle des femmes qui accomplissent le **kañaalen**, les **añaalena**, c'est la théâtrale dérision des conventions sociales relatives à la vie des femmes. Mais ce qui fait le tragique de ce rituel d'inversion - ou mieux : de perversion puisqu'il s'agit sans cesse de simuler le malheur qu'on veut éviter -, c'est la souffrance physique et morale dans laquelle il puise son efficacité. On donne ici une description brève du rituel dont on trouvera la présentation détaillée dans deux articles (JOURNET 1981, FASSIN 1987).

Le **kañaalen** est subi par les femmes dans trois circonstances précises : lorsqu'elles ont perdu plusieurs enfants en bas-âge, lorsqu'elles ont faite plusieurs fausses couches spontanées ou lorsqu'elles demeurent infécondes. C'est-à-dire les trois situations d'impossibilité de se donner une descendance. Cas fréquent si l'on songe que la mortalité infanto-juvénile en Casamance a été estimée à 427 pour 1000 par le Bureau National du Recensement, que la mauvaise surveillance médicale des grossesses élève considérablement le risque d'avortement, et que les infections gynécologiques sont fréquemment à l'origine de stérilités.

La décision de subir le rituel semble alors aller de soi, mais elle est prise de fait par le groupe des femmes représenté par l'**ati eluñey**, officiante principale. L'accomplissement du **kañaalen** n'exclut pas d'une part, la réalisation d'autres rituels de stérilité - comme, par exemple, **kaneewak**, **fusoolaf** ou **kabeeporak** - et d'autre part, la recherche d'un persécuteur - **akaalena** (ancêtre), **ayaalaw** (sorcier-anthropophage), **setaané** (esprit islamique) ou **brok** (travail maraboutique) -, qui sont prescrites par l'**ajuuberew** (devin guérisseur). Une fois les traitements spécifiques entrepris - par exemple purification sur un autel, confection d'amulette, ingestion d'une décoction de plantes -, la femme doit quitter son village et partir en exil pour trois à cinq années dans un autre village (il arrive qu'elle ne change pas de village, mais seulement de quartier, l'essentiel étant qu'elle ne soit jamais amenée à rencontrer son



mari pendant cette période). Le départ se fait nuitamment à l'insu de tous, et notamment du mari, qui ne doit découvrir la fuite qu'au petit matin. Le choix du village - ou du quartier - d'exil tient compte des relations familiales qu'y a la femme (afin qu'elle ne s'y sente pas totalement isolée) et de la notoriété qu'y a le rituel (certains sont réputés plus efficaces que d'autres).

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

Pendant toutes ses années d'**añaalena**, la femme va se confiner dans ce rôle de travestie et de bouffonne. Dans les réunions publiques, elle intervient avec son accoutrement ridicule, prend la parole, prononce des mots obscènes, même joue des scènes érotiques. Lors des repas, elle mange à pleine bouche, s'aidant des deux mains, dévorant la part des autres qui doivent respecter sa glotonnerie. A l'occasion des baptêmes, des noces, des funérailles, elle danse, chante, rit, fait rire. Quotidiennement, elle doit s'acquitter de tâches rudes telles que piler à deux mains, faire des travaux de force. Parfois, elle ne peut contenir sa douleur et laisse passer des sanglots, au milieu des rires et des chants. Mais les règles de la transgression sont précisément édictées, pour elle comme pour le groupe. Elle ne doit jamais faillir à son rôle d'histrionne, car dans ce cas, on l'accuserait de vouloir faire échouer le rituel et de

souhaiter la mort de son enfant ; de même, son obscénité sexuelle s'accompagne d'un interdit de toute sexualité réelle dont la rupture conduit à son exclusion du village et à sa mort sociale. A l'inverse, on ne doit jamais évoquer directement sa condition, ou bien l'appeler par son ancien nom, ce qui est considérée comme dangereux et exige une réparation immédiate.

Son enfant, à qui l'on a donné un nouveau nom, reçoit la protection du village, et particulièrement d'une femme qui devient sa mère adoptive. Toutes les femmes sont tenues pour responsables de sa santé et, s'il se met à pleurer, celle qui le tient à ce moment dans ses bras sent passer sur elle des regards soupçonneux. Lorsque l'enfant tombe malade, il est d'abord conduit auprès de l'un des guérisseurs du village ; mais s'il s'agit d'une affection grave ou résistante au premier traitement, on réunit les femmes au cours d'une cérémonie qui vise à provoquer le malheur pour écarter la menace qui pèse sur l'enfant - on le laisse tomber du toit d'une maison en le rattrapant au dernier moment, on le met au centre d'un cercle de feu pour ne l'en arracher qu'après plusieurs minutes.

La mort de l'enfant est un évènement grave, celle de la mère est un fait insignifiant. En effet, dans le premier cas, on accusera la mère d'être en relation avec les sorciers-anthropophages ou d'avoir pour amant un esprit, et d'être ainsi leur complice ; dans le second, on pensera que la mauvaise mère a reçu sa punition et que sa disparition sauve l'enfant.

C'est vers le sevrage que l'**añaalena** est autorisée à accomplir le rituel final qui conclut la période de l'exil. Elle rentre alors dans son village où elle rejoint son mari, après avoir retrouvé le vêtement et le comportement habituels des femmes diola. Cependant, toute sa vie durant, elle conserve les stigmates de ses années d'**añaalena** : le nom qui est devenu le sien et qu'elle conservera jusqu'à sa mort ; ses attributs de bouffonne, la calebasse, le collier, le bâton, qu'elle doit porter à l'occasion de chaque fête collective où elle doit à nouveau faire rire ; enfin, la blessure de l'humiliation, de la souffrance physique, de la peur permanente, pour elle et son enfant.

## Sens et fonction

Que signifie ce rituel ? A quoi sert-il ? Questions du sens et de la fonction, qui présentent les deux pôles de la dimension sociale de **kañaalen**.

Pour comprendre la signification du rituel, il est important d'en savoir la distribution géographique large et l'inscription dans le cadre des rituels d'inversion. Non pas que toutes ces pratiques propitiatoires disent la même chose ou, pour parler comme C. LEVI-STRAUSS, soient dans un rapport structurellement homothétique ; non pas non plus qu'elles démontrent certaine universalité de la transgression rituelle comme modalité de "réparation" d'une situation "d'affiliation", si l'on adopte la terminologie de V.W. TURNER ; mais plutôt qu'elles incitent à la prudence dans l'interprétation de phénomènes qui dépassent le seul **kañaalen**.

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

responsable de la variole ; mais ces offrandes étaient autant de provocations : il s'agissait d'offrir au dieu de la variole les aliments qui lui étaient interdits en sorte que, écoeuré, il prît la fuite entraînant avec lui l'épidémie dont il était à la fois le symbole, le réceptacle, la protection et le remède. Au moins est-ce ainsi qu'est évoquée localement l'efficacité d'un rite qui postule l'identité des contraires et dont le logique métonymique évoque la cause pour signifier les effets".

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

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

approche structurale ne risque pas de "privilégier l'analyse générale en termes de sens et de symbole aux dépens d'une analyse en termes de fonction et d'idéologie ?".

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

#### Nouvelles données et nouvelle donne.

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

On doit d'abord constater que les circonstances qui rendent nécessaire l'accomplissement du rituel sont considérablement modifiées en ville : la réduction de la mortalité infanto-juvénile - qui, sur des données globales, passe de 427 pour 1000 en Casamance à 172 pour 1000 dans la région de Dakar (GUEYE et SARR 1985) -, la meilleure surveillance des grossesses - dans l'enquête "Accès aux soins", 95% des femmes enceintes ont une consultation prénatale -, et peut-être le traitement plus précoce des infections gynécologiques - on ne dispose pas d'étude sur les stérilités en milieu rural et urbain - rendent beaucoup moins fréquentes

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

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

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

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

Le déroulement suit les étapes du kañaalen dont il offre une version simplifiée et atténuée. C'est le huitième jour - donc en même temps que le baptême musulman avec lequel il est temporellement confondu - qu'a lieu le rituel : on dépose l'enfant au petit matin devant la porte d'une voisine ou sur le lieu rituel choisi ; une femme le "découvre" et le ramène à la maison ; une cérémonie a lieu après le système religieux ; une offrande est faite, on partage un repas, on mime la fustigation et on procède au changement de nom de la mère et de l'enfant (ou puise volontiers dans les langues nouvellement apprises : une femme se nomme ainsi Autorail et un enfant mbaalit, c'est-à-dire "poubelle" en wolof). A partir de ce jour, et jusqu'au sevrage de l'enfant, la mère adopte le comportement de bouffonne rituelle, mais limité essentiellement aux circonstances particulières des baptêmes, mariages, fêtes d'associations ; d'ailleurs en ces occasions, si elle doit se travestir et amuser, elle est contrainte à moins d'humiliations qu'au village notamment dans son accoutrement qui la déguise plutôt qu'il ne la dénude. De plus, elle a moins à subir la violence physique (travail forcené) et symbolique (menace permanente) du groupe. Surtout, elle n'est pas exilée et continue même souvent à vivre auprès de son mari (ne respectant pas l'interdit de relations sexuelles des années d'añaalena). Au terme de cette période, un rite final de réinsertion - ou d'agrégation, pour reprendre les termes d'A. VAN GENNEP (1908) - permet à la femme de réintégrer le groupe qu'elle n'a en fait jamais réellement quitté. Dans la suite, elle a l'obligation de redevenir l'amuseuse travestie de toutes les fêtes collectives, ce dont elle s'acquitte plus ou moins bien (certaines parmi les plus vieilles, et surtout les plus nouvellement citadines, le font, y compris parfois dans

des cérémonies non diola comme un baptême chez une voisine wolof ; d'autres évitent systématiquement toutes les célébrations où elles auraient à se comporter en bouffonne).

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

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



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

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

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

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

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

## DIFFERENCIATION ET DISTINCTION

L'histoire de l'anthropologie est marquée, comme le note P. MERCIER (1966 : 7), par l'opposition souvent revendiquée, et parfois contestée, entre culture et société : d'un côté, les anthropologues sociaux, dans "la filiation intellectuelle de Durkheim et Weber", de l'autre, les anthropologues culturels, dans la continuité "de Tylor et des ethnologues de récits de voyages des siècles précédents", pour reprendre les termes d'E. LEACH (1982 : 13). La tradition culturelle, voire culturaliste - que l'on retrouve, par exemple, chez G. DEVEREUX pour qui la culture est "le concept clé de l'anthropologie" (1970 : 1) - insiste sur les traits communs à l'intérieur d'un groupe donné. Ainsi J. BAZIN (1985 : 91) s'interroge ironiquement : "les Bambaras n'ont-ils pas, depuis longtemps déjà, une âme, une langue, une religion ou plutôt deux, une histoire, etc. ?". Cette approche culturelle, dont l'interprétation culturaliste de l'ethnie est le modèle le plus accompli, néglige en fait les différences et les inégalités à l'intérieur du groupe (considéré *a priori* comme homogène). Pris dans cette logique, certains vont même jusqu'à une généralisation extrême qui fait de la négritude ou de l'africanité une culture, lorsqu'ils parlent de la personnalité "du Noir" (THOMAS et LUNEAU 1975) ou de l'individualité "en Afrique" (ORTIGUES 1984).

Il ne s'agit pas ici de nier l'intérêt de la démarche de l'anthropologie culturelle lorsqu'elle isole les principes structuraux d'une société, ni encore moins d'entériner cette opposition, historiquement développée, entre le culturel et le social : comme l'exprime P. MERCIER (1966 : 8) après A.L. KROEBER et C. LEVI-STRAUSS notamment, la culture et la société sont les deux faces d'une même réalité et par conséquent difficilement dissociables. Il s'agit plutôt de montrer, comment à l'intérieur d'un groupe qui est donné à la fois comme réel et homogène - l'ethnie wolof ou la nation sénégalaise, ou les citoyens de Pikine -, les représentations et les pratiques sociales se différencient selon de multiples critères qui sont aussi bien l'appartenance à un groupe statutaire (y a-t-il des croyances et des comportements spécifiques aux forgerons, aux captifs, aux nobles ?) que le statut professionnel

(l'employé de banque et le vendeur ambulancier se soignent-ils de la même façon ?) ou l'ancienneté de la présence en ville (quelles différences y a-t-il dans la recherche thérapeutique entre une femme née à Dakar et une femme venant de s'y installer qui ont toutes deux leur enfant malade ?). Bien sûr, l'objectif n'est pas de substituer, à une typologie opposant une ethnie à une autre ethnie ou le village à la ville, une autre typologie fondée sur la caste, la profession ou l'urbanisation. La complexité des déterminismes sociaux est au contraire ce dont il faut essayer de rendre compte.

Le propos n'est d'ailleurs pas original : il se place dans la tradition sociale de l'anthropologie, illustrée pour l'anthropologie urbaine, par l'école de Manchester et les travaux réalisés au Rhodes-Livingstone Institute de Lusaka dans les années cinquante et soixante, et en France par G. BALANDIER (1985) distinguant, dans les Brazzavilles noires, des "types" sociaux et des facteurs de "stratification". En fait, l'étude de la différenciation sociale a donné lieu à de très nombreux travaux depuis trente ans dans l'ethnologie française qu'il s'agisse des recherches menées sur les classes d'âge, les relations entre sexes, les distinctions de statut, etc. pour les situer dans l'analyse aussi bien des rapports de production que des pratiques de sorcellerie dans les sociétés africaines.

Les méthodes utilisées pour mettre en évidence les différences font appel à la fois aux enquêtes par questionnaire analysées statistiquement et aux entretiens avec des thérapeutes, des malades, des familles. Les deux techniques semblent en effet indispensables, certaines hypothèses ne pouvant recevoir une confirmation que par l'analyse quantitative (qui montre, de manière probabiliste, que la régularité d'un phénomène observé chez trois ou quatre personnes n'est pas dû au hasard, mais est retrouvé dans un échantillon de plusieurs centaines tirées au sort), et à l'inverse, certains résultats chiffrés n'étant explicables que grâce à une approche qualitative qui permet d'affiner l'instrument étant entendu que les corrélations observées ne peuvent être interprétées qu'à condition d'avoir soumis les méthodes à une critique préalable : représentativité de l'échantillon, ambiguïté de la question posée, test statistique choisi, etc.

## Chapitre XV : ETHNIES ET REGIONS

"Dans une seule contrée, écrit en 1853, à propos du Sénégal, l'abbé BOILAT (1984 : XIII), quelle variété d'hommes, de moeurs, de croyances et de langage ! les uns sont d'un noir d'ébène, les autres d'une nuance un peu plus claire, d'autres sont d'un cuivre foncé, d'autres rougeâtres, d'autres enfin sont simplement basanés. Tels sont les Wolofs, les Sérères, les Mandingues, les Sarackoullés, les Peules, les Toucouleurs, les Bambaras, les Lawbés, les Dhiolas et les Maures. Chaque peuple a son type, sa constitution physique, son tempérament, ses usages, sa langue et son gouvernement. Vivant ensemble, ayant entre eux des rapports journaliers, leurs langages diffèrent autant que leurs traits. Que de mystères ! Comment se fait-il qu'habitant sous le même soleil, usant des mêmes aliments, sujets aux mêmes maladies, il y ait une différence si marquée qu'on distingue au premier aspect, avant de les entendre parler, ceux qui sont de telle ou telle nation ?". Et l'émerveillement de l'écrivain se traduit encore plus naïvement dans le recueil de vingt-quatre illustrations qui accompagnent le texte et représentent une "femme Wolof portant son enfant", un "marabout Mandingue", un "prince Maure", un "homme Bambara", etc...

Voyageurs, missionnaires, ethnologues ont toujours manifesté à l'égard des ethnies un intérêt où se mêlent la fascination pour la diversité au sein de ce qui apparaissait au premier abord comme un ensemble indifférencié - les Africains, les Noirs - et l'attrait pour une objectivation de la connaissance des sociétés traditionnelles à travers des catégories - les ethnies - repérables par des traits physiques plus encore que par des caractéristiques culturelles. Dans le domaine de la maladie, la "manière ethnographique" a connu un réel succès permettant de dresser des inventaires de pharmacopées ou de proposer des systèmes nosographiques dans telle ou telle ethnie. Avoir étudié dans un village, ou parfois auprès d'un thérapeute, les représentations et les pratiques de santé autorisait la généralisation à l'ensemble de l'ethnie.

Deux séries de travaux viennent, par des chemins différents et avec des conclusions pas tout à fait superposables, remettre en cause ces schémas simplificateurs. D'une part, les recherches menées au Rhodes-Lingstone Institute par M. GLUCKMAN, J.C. MITCHELL et A.L. EPSTEIN

- pour ne citer que les plus célèbres de cette école d'anthropologie urbaine (HANNERZ 1983)-, montrant les redéfinitions auxquelles sont soumis les ensembles ethniques lorsqu'ils sont, en ville, confrontés les uns aux autres : plus précisément, la référence à l'ethnicité comme facteur structurant des rapports sociaux des nouveaux citoyens varie selon les domaines où elle s'applique ; elle est forte pour les relations d'alliance ou les parentés à plaisanterie ; elle est plus faible pour les réseaux professionnels (BATES 1970). D'autre part, et plus radicalement, les travaux de déconstruction du concept même d'ethnie dont J.L. AMSELLE (1985) établit la filiation depuis S.F. NADEL : ce qui, aujourd'hui, est livré à l'anthropologue comme une catégorie de toujours et pour toujours n'est en fait qu'un produit de l'histoire et même de l'histoire récente, puisqu'il s'agit le plus souvent de créations ou de redéfinitions de la période coloniale, dans un but politique (DOZON 1985). Ces deux types d'analyses se rejoignent sur un double plan : d'abord, en réintégrant l'historicité de l'ethnie, les uns dans l'actualité des villes africaines, les autres dans le passé proche des espaces coloniaux ; ensuite, en rendant compte de la dimension idéologique de l'ethnie, et de son utilisation à des fins pratiques, notamment politiques. C'est par rapport à ces perspectives théoriques que l'on peut envisager le recours au référent ethnique dans les représentations de la maladie et les pratiques de santé à Pikine.

### Questions de recensements

La "carte ethnique" qui est dressée par V. MARTIN et C. BECKER (1977 : planche 25) est tirée pour une large part d'une enquête administrative de 1955 et du recensement par sondage de L. VERRIERE en 1960 : vingt-et-une ethnies sont dénombrées (tableau 8). Le recensement d'avril 1976 n'en fournit que vingt, mais certains apparaissent sous deux noms différents, comme les "Soninké" et les "Sarakkolé" ou les "Fula" et les "Peul", et d'autres ne correspondent pas à ce qu'on a coutume d'appeler une ethnie, tels les "Laobé" qui constituent la caste des boisseliers (tableau 8). Dès cette simple présentation chiffrée qui fait appel à ce que R.H. BATES (1970) désigne comme une "définition naturelle" de l'ethnie - c'est-à-dire la façon dont les sujets, interrogés au cours d'une enquête, s'identifient eux-mêmes -, on voit apparaître certains enjeux.

TABLEAU 8 : LA POPULATION DU SENEGAL SELON LES ETHNIES

	ENQUETE 1955*		RECENSEMENT DE 1976**		
	SENEGAL	CAP-VERT	SENEGAL	CAP-VERT	
Maure	1,5	2	Maure	1,2	1,5
Wolof	36	37	Wolof	41,0	46,0
Lebou	1,5	23	Lebu	1,9	8,2
Serer	17	6	Sérère	14,7	10,1
Toucouleur	9	13	Toucouleur	10,8	13,1
Peul	16	6	Peul	12,4	5,2
-	-	-	Fula	0,1	0,1
Diola	7	2	Diola	5,4	4,1
Balant-Manjak-Mankagn	1,5	2	Balante	0,7	0,2
-	-	-	Manjaac	0,9	1,9
Bainouk	1	0	-	-	-
Bedik -Bassari-Badiaranké	0	0	Bassari	0,1	0,1
-	-	-	Coniagni	0,1	0,1
Sarakolé	1,5	2	Sarakholé	1,2	1,7
-	-	-	Soninké	0,5	0,1
Manding	5	2	Mandingue	2,9	0,7
-	-	-	Socé	0,8	1,2
-	-	-	Malinké	0,5	0,2
Bambara	1	3	Bambara	1,3	2,2
Diakhanké	1	0	Khassonké	0,1	0,1
Dialonké	0	0	-	-	-
-	-	-	Laobé	0,4	0,3
Autres	1	2	Autres	3,3	3,1
TOTAL	100 %	100 %	TOTAL	100 %	100 %

\* Atlas National du Sénégal, Planche 25, V. MARTIN et C. BECKER.

\*\* Le Sénégal en chiffres.

Ainsi, dans le recensement de 1976, les Manding apparaissent sous deux noms différents : "Mandingue" et "Socé" ; le premier est celui qu'ils se donnent habituellement (ils appartiennent au groupe mandé qui comprend aussi les Soninké et les Bambara), le deuxième est celui que leur donnent généralement les Wolof, et par extension les habitants de Dakar où le wolof est la langue véhiculaire. Au Cap-Vert, 62 % des Manding ont "adopté" ce second ethnonyme pour se décrire aux autorités qui les recensent, alors qu'en Casamance d'où ils sont originaires, 5 % seulement se nomment de cette façon. Tout se passe comme si, pour le Bureau National du Recensement - mais en fait, d'une manière plus générale, pour les autorités administratives -, existaient aujourd'hui deux groupes ethniques : à la ville, les "Socé" ; au village, les "Mandingue". D'ailleurs, pour beaucoup de citadins, les "Socé" et les "Mandingue" sont bien deux groupes distincts - puisqu'ils portent deux noms différents...

De manière encore plus significative, les données statistiques de 1976 ont fait disparaître les Baïnók (ils ne sont plus individualisés comme ethnie), entérinant ainsi leur fusion progressive dans le groupe diola. D'abord vaincus par les armes aux XIXème et XXème siècles, les Baïnók ont abandonné avec le temps leurs "caractéristiques", en commençant par leur langue et en finissant par leur revendication ethnique : à Petit-Koulaye où s'est déroulée l'une des enquêtes, le vieux Kekouta Manga se déclarait diola comme tous les Manga du village mais, interrogé sur l'histoire de sa famille, révélait qu'ils étaient en fait des Baïnók "diolaïsés" ; la liste du recensement vient objectiver cette disparition de "la plus ancienne ethnie de Casamance".

De même, les Lebou sont, au Cap-Vert, 23 % en 1955 et seulement 8,2 % en 1976. Cette brutale diminution, même si elle peut recevoir une explication partielle des méthodes différentes de recueil des données, traduit le phénomène de wolofisation de la presqu'île du Cap-Vert et d'affaiblissement de l'influence lebou qui semble la conséquence à la fois des stratégies matrimoniales des Wolof patrilineaires épousant des Lebou matrilineaires et propriétaires coutumiers, et des processus de domination idéologique par lesquels les Wolof s'imposent en nombre et en pouvoir dans la société dakaroise (LE COUR GRANDMAISON 1972). Signe de ces transformations, les enquêtés à Pikine se déclarent souvent wolof et, lorsqu'on leur fait remarquer qu'ils ont un patronyme lebou, corrigent : "oui c'est vrai, je suis lebou, mais wolof et lebou c'est pareil" ; et dès lors, dans la plupart des études, les deux groupes sont associés dans une même catégories, ce qui parachève la négation de la différence - si elle existe.

Ces quelques illustrations montrent à quel point la notion d'ethnie doit être considérée avec précaution. Qu'un Sénégalais à qui l'on demande son ethnie puisse répondre "lawbé", c'est-à-dire de la caste des boisseliers, indique combien son appartenance à un groupe statutaire le définit mieux à ses yeux que son rattachement à l'ethnie wolof. De manière similaire, si l'on cherchait à identifier le trait qui rapproche le plus les vendeurs ambulants de médicaments au Cap-Vert, ce n'est ni l'ethnie wolof -, ni même la confrérie - mouride -, mais la région d'origine - le Baol - qu'on devrait choisir : ils ont en effet moins en commun avec un Wolof du Saloum ou avec un mouride de Casamance qu'avec n'importe quel **baol baol**, comme ils se désignent eux-mêmes.



Le caractère flottant des traits culturels par lesquels on définit un groupe donné n'apparaît jamais si bien que lorsqu'on change de point de vue ou d'échelle. Ainsi, en pays wolof, lorsqu'on veut donner un exemple de commerçant habile, on évoque souvent, avec un sourire amusé, le "kajoor kajoor" (habitant du Cayor) ; le même personnage devient dans la bouche d'un Sénégalais venu de la brousse, avec une note de mépris, "wolof" sans plus de précision ; qu'on franchisse quelques frontières, et notre marchand sera pour les autres Africains à Abidjan ou à Paris, "un Sénégalais", terme qui, dans ce cas, n'est pas particulièrement flatteur. Selon le lieu d'où l'on parle, la même caractéristique - être un vendeur malin - apparaît donc alternativement comme régionale, ethnique ou nationale (pour un Français, elle semblerait peut-être continentale africaine ou raciale noire...).

### Portraits d'ethnies

Après ces remarques de mise en garde à l'encontre d'un usage sans réserve du concept d'ethnie, on peut brosser à grands traits les descriptions des principaux groupes du Sénégal. Il ne s'agit ici que de rendre compréhensible la suite de l'exposé, et, pour des analyses plus complètes, on pourra se référer aux monographies de D. GAMBLE (1957) et A.B. DIOP (1981) pour les Wolof, de Y. WANE (1969) pour les Toucouleur, de M. DUPIRE (1970) pour les Peul, de H. GRAVRAND (1983) pour les Serer, de L.V. THOMAS (1959) pour les Diola, et surtout de P. PELISSIER (1966) dont *Les Paysans du Sénégal* formule avec beaucoup de finesse les particularités et les différences ethniques dans le contexte historique et spatial.

Les Wolof constituent le groupe le plus important en nombre, puisqu'on lui attribue aujourd'hui plus des deux-cinquièmes de la population du Sénégal et près de la moitié de celle du Cap-Vert. Originaires des régions centrales et septentrionales du pays - le Cayor, le Dyolof, le Walo, le Baol et le Saloum -, les Wolof constituent à Dakar le groupe le plus anciennement implanté (en dehors des Lebou), mais les migrations vers la ville se poursuivent à l'heure actuelle à un rythme élevé. L'unité culturelle, et notamment linguistique, que leur accordent V. MARTIN et C. BECKER (1977), dissimule en fait de profondes différences régionales dans la répartition démographique, l'appartenance confrérique, les pratiques agricoles, en un mot l'histoire. Pour P. PELISSIER (1966 : 100), "le pays wolof représente la région du Sénégal la plus profondément

touchée par l'évolution politique, économique et sociale subie par ce pays depuis un siècle". En particulier, les rapports avec les Européens des comptoirs dans la période pré-coloniale et de l'administration de l'A.O.F. dans la période coloniale ont été plus étroits que pour tous les autres groupes, et ont contribué à assurer la position de prééminence politique et économique des Wolof dans la société sénégalaise actuelle.

Les Lebou, qui leur sont fréquemment associés dans les enquêtes socio-démographiques, se distinguent moins par des différences "originelles", notamment ethniques, qui sont mal connues, que par leur organisation sociale, politique et économique : société matrilineaire constituée au XVIIIème siècle en état théocratique musulman, "la république Lebou", et caractérisée par des activités de pêche, qui les ont conduits à s'implanter le long des côtes. Comme l'ont montré G. BALANDIER et P. MERCIER (1952) puis C. LE COUR GRANDMAISON (1972), leur "particularisme" s'est émoussé sous la pression démographique et foncière au Cap-Vert. Si les **ndēpkat** assurent la continuité rituelle des **ndēp** et des **samp** (ZEMPLENI 1968), si les Lebou restent attachés pour une large part à leur confrérie layenne (COULON 1981), si beaucoup d'hommes des villages côtiers exercent encore le métier de pêcheur (SECK 1970), la vie sociale des Lebou se confond aujourd'hui largement avec celle des Wolof, la transmission matrilineaire de l'héritage se heurtant notamment aux règles patrilineaires wolof et aux prescriptions du droit islamique. Leur poids socio-politique n'est pourtant pas négligeable puisqu'ils continuent à exercer une autorité coutumière sur le Cap-Vert sous l'égide du Grand Serigne de Dakar. A Pikine, leur influence se manifeste à la fois par leur répartition spatiale (les noyaux villageois de Thiaroye et Yeumbeul), leur contrôle foncier (malgré la loi sur le Domaine National) et leur poids politique (contrôle effectif des élections municipales alors qu'ils ne représentent que moins de 5 % de la population).

Les Serer forment un groupe traditionnellement rural qui représente environ un sixième de la population sénégalaise et un dixième de celle du Cap-Vert. "La stabilité de la paysannerie sérère est illustrée par la place très modeste qu'elle a prise dans le développement urbain et qui fait un vif contraste avec l'élan vers les villes qui anime ses voisins du Nord", écrit P. PELISSIER (1966 : 190) : comme il le relève, le recensement de 1955 permettait de déduire qu'environ 3 % seulement des paysans serer avaient quitté leurs terres pour s'installer à Dakar, contre 12 % des Toucouleur et 21 % des Wolof. Les migrations urbaines se

développent depuis deux décennies et sont encore le fait, pour une large part, de travailleurs saisonniers (navétanes) ou temporaires (bonnes). L'attachement des Serer à leurs traditions agraires se manifeste également par la prégnance des cultes, la foi islamique étant d'introduction plus récente et d'un prosélytisme nettement plus marqué que chez les Wolof. A Pikine, où ils assurent la majeure partie des travailleurs agricoles (**suurga**) des niayes (étendues inondables de culture de riz et de primeurs), ils occupent une position socio-politique modeste, n'ayant - à titre indicatif - que 8 % des délégations de quartier, alors qu'ils représentent plus de 10% de la population (d'après G. SALEM).

Les Toucouleur, avec lesquels les Serer ont des affinités très marquées comme le note H. GRAVAND (1983), sont originaires du Fouta Toro, c'est-à-dire approximativement de l'actuelle Région du Fleuve. On fait remonter au XIIème siècle leur première apparition dans un écrit historique, le récit d'EL BEKRI (1913) où il est question du royaume du Tekrour qui aurait donné leur nom actuel à ses habitants. Leurs migrations vers la capitale n'ont cessé de s'accroître depuis le début du siècle, et les années de sécheresse qui, depuis 1972, ont touché avec une particulière dureté les gens du fleuve (DELAUNAY 1984), ont encore accélérées les mouvements démographiques. Déjà au milieu des années soixante-dix, A. LERICOLLAIS et M. VERNIERE (1975) estimaient qu'un Toucouleur sur trois vivait à Dakar, et bien qu'il n'y ait pas de données récentes, on peut penser que les phénomènes migratoires n'ont fait que s'amplifier au cours des dix dernières années. Leur mode d'installation en ville a été remarquablement analysé par A.B. DIOP (1965) qui montre leur forte organisation en communauté où les réseaux de solidarité lignagère, statutaire, villageoise et ethnique facilitent leur insertion dans les circuits de recherche d'un emploi ou d'un lieu de résidence. Par ailleurs, la façon dont ils exercent leur contrôle politique (de la délégation de quartier aux postes ministériels), religieux (fonctions dans les mosquées) et économique (rôle d'intermédiaire auprès des Lebou dans la vente des terrains du Cap-Vert) a été étudié par M. VERNIERE (1977) et S. C. MAACK (1978). A Pikine, leur situation est remarquable, à la fois par leur présence très visible dans la vie politique (36% des délégués de quartier) et par leur concentration dans quelques quartiers irréguliers du centre, Medina-Gounasse et Bagdad en particulier (c'est le seul groupe ethnique, en dehors bien sûr des Wolof, qui soit majoritaire dans certaines zones).

Les Peul s'étendent en Afrique sur un espace considérable, puisqu'ils sont présents jusque dans le nord du Cameroun, et la monographie volumineuse de M. DUPIRE (1970) en présente à la fois les similitudes et la diversité. Au Sénégal, ils constituent deux groupes principaux : les Peul du Fouta Toro que leurs nombreux traits communs avec les Toucouleur (langue, histoire, territoire, et pour les sédentarisés, occupation de l'espace et mode de vie) font considérer comme constituant un groupe unique (ils se nomment eux-mêmes **Haalpulaaren** - ceux qui parlent le pulaar - sans précision d'ethnie) ; et les Peul du Fouta Djallon, originaires de Guinée, et vivant en Haute-Casamance et au Sénégal Oriental (ils se désignent eux-mêmes **Pullo Fuuta**, les Peul du Fouta). De tradition nomade, nombre d'entre eux se sont sédentarisés et cultivent la terre. Leurs migrations vers les villes, bien que moins massives que celles des Toucouleur, ont aussi connu une forte accélération au début des années soixante-dix, la sécheresse ayant entraîné des pertes très importantes dans le cheptel. Leur insertion dans les réseaux citadins est très proche de celle des Toucouleur, tout au moins pour les Peul du Fouta Toro. A Pikine, bien que les enquêtes socio-démographiques ne permettent pas de différencier les deux groupes, une telle distinction mettrait certainement en évidence des situations et des pratiques très contrastées.

Les Bambara, les Soninké, les Manding, les Diakhanké, les Khassonké et les Dialonké représentent le groupe mandé au Sénégal, soit environ 8 % de la population totale. En fait, cet ensemble est hétérogène du point de vue à la fois de l'histoire et de la répartition géographique. Les Soninké (ou Sarakollé) forment un groupe minoritaire au Sénégal, implantés pour la plupart au Sénégal Oriental, principalement autour de la ville de Bakel ; la majorité d'entre eux se trouvent en fait au Mali ; leur histoire récente est marquée par une migration massive vers Dakar d'abord, puis vers la France (KANE et LERICOLLAIS 1975), où ils constituent le groupe le plus important originaire d'Afrique Noire (DUBRESSON 1975 ). Les Bambara ont avec eux certains traits communs, beaucoup ayant vécu ou vivant encore avec des Soninké, au Mali et au Sénégal Oriental ; néanmoins, les Bambara sont répartis sur l'ensemble du territoire sénégalais, notamment au Saloum (MARTIN et BECKER 1977). Les Manding, bien qu'étant d'origine et de langue assez voisines, forment un groupe à part à cause de leur distribution géographique prédominante en Casamance, Gambie et Guinée qui les rapprochent, par le mode de vie, des groupes casamançais en particulier diola ; le processus communément appelé "mandinguisation" constitue en fait un jeu d'influence réciproque entre

les deux principales ethnies de Casamance, et non un phénomène unilatéral de domination du groupe diola par le groupe manding (PELISSIER 1966). Quant aux Diakhanké et Dialonké, ils forment des groupes très peu représentés au Sénégal, ne dépassant pas quelques dizaines de milliers, répartis en Casamance et au Sénégal Oriental (MARTIN ET BECKER 1977).

Les groupes casamançais sont nombreux et présentent des différences encore plus grandes. En fait, le terme même - casamançais - indique bien que leur principal trait commun est leur distribution géographique dans le sud du Sénégal. Les Diola constituent le groupe le plus nombreux, mais comme le remarque P. PELISSIER (1966 : 655 et 656) leur "personnalité ethnique est éminemment géographique" et leur "individualité ethnique ne s'appuie sur aucune unité historique" ; en fait, leur nom même est récent et semble leur avoir été donné par les Manding qui ont envahi la Casamance à la fin du XIXème siècle ; eux-mêmes se désignaient, et se désignent encore, *ajamat*, et leur langue, tout comme leurs pratiques socio-culturelles, varient considérablement d'une région à une autre, parfois d'un village à l'autre ; le gradient d'influence décroissante manding va de la Haute-Casamance (Seydiou, Kolda) à la Basse-Casamance (Oussouye) où elle se fait très discrète voire quasi-inexistante ; même dans les zones où les relations sont étroites entre les deux groupes ethniques, le paganisme reste très prégnant, se manifestant notamment par la vitalité des pratiques rituelles traditionnelles. Les Baïnouk, généralement considérés comme les premiers occupants d'une grande partie de la Casamance, ne se distinguent presque plus des autres groupes, notamment diola (PELISSIER 1966 : 654), sauf dans quelques villages où ils conservent leur nom et leur langue. Les Manjak et les Mankagne ont en commun leur origine guinéenne et leur résistance très forte à l'islam (TRINCAZ 1981 : 10) ; dans un Sénégal presque entièrement islamisé (sauf une partie des Serer), les religions traditionnelles mélangées de christianisme de ces deux groupes leur confèrent une position très particulière ; à Pikine, bien que peu nombreux, ils constituent une collectivité en dehors des réseaux de sociabilité habituels. Les Balant, également originaires de Guinée (TRINCAZ 1981 : 11) forment un groupe minoritaire en Casamance et presque absent du Cap-Vert. En dehors de ces groupes proprement casamançais, il existe une très importante implantation manding et peul, comme on l'a déjà signalé, ainsi qu'une représentation plus modeste de Wolof, Toucouleur, Serer, Soninké.

Pour compléter cette fresque ethnique, il faut citer le petit groupe tenda qu'on rencontre en Haute-Gambie et au Sénégal Oriental, et qui se compose des Bassari, des Bedik, des Badiaranké et des Koniagui (MARTIN et BECKER 1977); ils représentent quelques dizaines de milliers d'habitants au Sénégal et quelques centaines seulement au Cap-Vert.

Ainsi qu'on l'aura noté, cette brève présentation des ethnies du Sénégal se conforme aux descriptions les plus classiques, paraissant ne pas tenir compte des précautions inaugurales sur la relativité de la notion d'ethnie. Cette façon de procéder s'explique, en fait, à la fois par souci de clarté et - peut être plus encore - par la nécessité de rendre compte des résultats des enquêtes quantitatives ; lorsque seront abordées les données qualitatives, on verra comment la maladie peut servir à redéfinir les groupes ethniques.

#### Ressemblances ou différences ?

L'enquête "Accès aux soins" présentée dans (l'introduction méthodologique) essaie d'intégrer la dimension ethnique dans la différenciation des pratiques de santé. En fait, certains regroupements ont été nécessaires, à la fois pour rapprocher des groupes artificiellement séparés (notamment les Toucouleur et les Peul qui se désignent eux-mêmes indifféremment comme Haalpulaaren) et pour obtenir des effectifs suffisants dans chaque catégorie (les ethnies très minoritaires, comme les différents groupes casamançais, ne pouvaient être traités individuellement). Ainsi, Wolof et Lebou, Toucouleur et Peul, Soninké et Bambara, Diola, Manding, Manjak et Mankagne ont été, respectivement, associés ; les Serer sont analysés seuls ; la catégorie "autres" est constituée essentiellement de Maures, accessoirement de Cap-Verdiens et de Guinéens.

L'échantillon étudié peut être considéré comme représentatif de la population des mères de Pikine, puisqu'il a été tiré au sort. La répartition ethnique montre une forte prédominance de Wolof et Lebou (49,8%), une proportion importante de Toucouleur et Peul (28,4%), et une présence plus modeste des Serer (11,4%). En revanche, même regroupés, les Soninké et Bambara qui ne sont que treize (soit 2,6 %), ainsi que les divers Casamançais qui représentent juste le double (5,2%), constituent des minorités pour lesquelles les effectifs faibles rendent difficiles les

extrapolations à l'ensemble de ces groupes et les comparaisons avec les autres groupes. Dans la suite de la présentation des résultats, c'est toujours l'ethnie de la mère qui sera utilisée comme variable indépendante, dans la mesure où ce sont elles qui étaient effectivement interrogées, et non les pères des enfants (dont certains étaient, d'ailleurs, morts ou séparés) ; on pourrait bien sûr faire remarquer que c'est parfois le père ou le chef de ménage qui décide d'une thérapeutique ou d'une vaccination ; néanmoins, la fréquence des alliances intra-ethniques fait que les analyses ne sont pas significativement modifiées lorsque l'on considère l'ethnie du chef de ménage comme variable indépendante (tableau 9).

TABLEAU 9 : ETHNIE DE LA MERE ET ETHNIE DU CHEF DE MENAGE

ETHNIE DE LA MERE \ ETHNIE DU CHEF DE MENAGE	Wolof Lebou	Serer	Toucouleur Peul	Soninké Bambara	Diola Manjak Manding	Autres	TOTAL
Wolof - Lebou	<u>220</u>	7	8	2	5	0	242
Serer	10	<u>37</u>	2	0	0	1	50
Toucouleur - Peul	9	8	<u>120</u>	3	2	1	143
Soninké - Bambara	2	1	4	<u>5</u>	1	0	13
Diola - Manjak - Manding	5	3	5	2	<u>18</u>	0	33
Autres	3	1	2	1	0	<u>11</u>	18
TOTAL	249	57	141	13	26	13	499

Examinant l'influence du facteur ethnique sur les autres caractéristiques socio-culturelles (tableau 10), on ne peut qu'être frappé par sa faiblesse. Certes, quand on s'intéresse à chaque variable, il existe des fluctuations d'un groupe à l'autre, notamment dans les trois colonnes à faibles effectifs, mais le plus souvent, elles sont insuffisamment importantes pour qu'on puisse affirmer qu'elles ne sont pas simplement dues au hasard du tirage au sort - ce qu'indique la signification des tests. Ainsi, sur les quatorze points étudiés, quatre

TABLEAU 10 : ETHNIE DES MERES ET FACTEURS SOCIAUX\*

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES	ETHNIE DE LA MERE	Wolof Lebou (n=249)	Serer (n=57)	Toucouleur Peul (n=142)	Soninké Bambara (n=13)	Diola Manjak Manding (n=26)	Autres (n=13)	TEST (Chi2)
	1. N'est jamais allée à l'école		72,3 %	70,2 %	74,6 %	38,5 %	53,8 %	84,6 %
2. Est venue à Dakar avant l'âge de 10 ans		52,9	43,9	49,6	53,8	36,0	41,7	N.S
3. A passé plus de 10 ans à Dakar		78,2	73,7	73,4	76,9	52,0	75,0	N.S
4. A son père et/ou sa mère à Dakar		47,2	35,1	39,4	53,8	34,6	38,5	N.S
5. Parle la langue de son ethnie		100	78,9	89,3	38,5	88,5	84,6	n.i.
6. Est retournée au village depuis - de 5 ans		60,5	70,2	48,9	41,7	73,1	46,1	= 0,02
7. Fait partie d'une association villageoise		6,5	5,2	11,3	23,1	19,2	0	n.i.
8. Parle la langue véhiculaire (Wolof)		100	89,5	81,7	76,9	92,3	69,2	n.i.
9. Connait le nom du délégué de quartier		81,8	71,9	80,9	84,6	50,0	92,3	n.i.
10. Fait partie d'une association de quartier		22,1	14,0	19,7	15,4	30,8	15,4	N.S.
11. A un mari salarié ou fonctionnaire		30,1	50,0	41,5	15,4	46,1	38,5	< 0,02
12. Est propriétaire de son habitation		71,1	56,1	69,0	30,8	57,7	53,8	= 0,01
13. Possède un salon ou un réfrigérateur		36,5	29,8	31,0	15,4	50,0	23,1	N.S
14. Est jugée pauvre par l'enquêteur		58,3	70,4	65,7	60,2	60,0	76,9	N.S

\* Le pourcentage indiqué correspond à la proportion de femmes présentant le caractère étudié dans l'ethnie considérée. Ainsi, 72,3 % des femmes Wolof ou Lebou ne sont jamais allées à l'école. Lorsque l'un des effectifs théoriques était nettement inférieur à 5, le test de chi2 n'est pas interprétable (n.i.).

seulement permettent la mise en évidence d'un effet de l'ethnie. Le taux de scolarisation diffère significativement, les meilleurs résultats étant relevés chez les Soninké-Bambara, puis chez les Casamançais, et les trois principaux groupes obtenant des pourcentages très voisins. La source de revenus du ménage est également corrélée à l'ethnie, les groupes qui bénéficient le moins d'un salaire régulier étant les Bambara - Soninké et les Wolof - Lebou. La propriété de l'habitation du ménage varie aussi avec



l'ethnie, les groupes les plus favorisés à cet égard étant les Wolof-Lebou et les Toucouleur - Peul, ce qu'on peut expliquer en termes à la fois d'ancienneté de présence au Cap-Vert et de stratégies foncières, comme on l'a signalé précédemment. Enfin, la notion d'un retour récent au village est plus fréquemment rencontrée chez les Casamançais et les Serer, ce qui recoupe les constatations de P. PELISSIER (1966) concernant l'attachement au monde rural et au groupe d'origine dans ces deux ethnies dont les migrations vers la ville sont relativement récentes.

Bien que certaines différences ne soient pas significatives, lorsqu'on compare toutes les ethnies ensemble - et il est légitime de penser que la perte de puissance liée aux petits effectifs des trois dernières classes n'y soit pas étrangère -, on peut relever des faits intéressants caractérisant les groupes ethniques, au moins dans l'échantillon. Les Wolof et les Lebou apparaissent ainsi comme des citadines de longue date (venues tôt et restées longtemps), vivant dans des conditions socio-économiques précaires (aussi bien par les mesures objectives des salaires que par les mesures subjectives des enquêteurs), et ayant un fort taux d'analphabétisme. Les Serer, d'urbanisation plus récente et moins stabilisée (venue tardive, retour récent et parents au village), se situent en position socio-économique moyenne (salaire régulier mais impression de pauvreté, certainement entretenue par l'absence de signes de richesse comme le salon), avec un degré d'instruction faible. Les Toucouleur et les Peul sont placés en situation intermédiaire par rapport à ces diverses variables : vie citadine déjà ancienne (avec participation à des associations de quartier), mais maintien des valeurs d'origine (connaissance du pulaar), niveau socio-économique moyen (correspondant en fait à la sommation de valeurs extrêmes), et scolarisation faible. Les Soninké et les Bambara sont ici à la fois les plus urbanisées (venue précoce, longue durée, parents en ville) et les moins attachées au groupe d'origine (perte de la langue, absence de retour au village), les moins favorisées économiquement (salaire, propriété, salon) et les plus scolarisées. Les Casamançais ont l'expérience urbaine la plus neuve et la plus brève, l'attachement villageois le plus manifeste, un niveau socio-économique assez bon et un taux d'alphabétisme élevé. Enfin, les autres, parmi lesquelles les Maures ont le poids le plus important quantitativement, semblent les plus défavorisées tant en ce qui concerne les indicateurs économiques que le niveau d'instruction.

Malgré son caractère très sommaire, cette description a paru utile pour fixer quelques repères, en l'absence de toute enquête socio-démographique depuis celle menée par M. VERNIERE en 1973 (1977) et en raison de la perte des documents du recensement de 1976. A ce qui serait donc l'ébauche d'une typologie des ethnies à Pikine, on peut faire correspondre une analyse des pratiques de santé à partir de quatre indicateurs, deux concernant la mère (le lieu de son dernier accouchement, et le lieu de sa consultation la dernière fois qu'elle a été malade) et deux concernant son plus jeune enfant (l'état de ses vaccinations, et le lieu de sa consultation la dernière fois qu'il a été malade).

En effet, lorsqu'on parle, en Afrique, des "obstacles culturels" à la bonne réalisation d'un programme de vaccination ou d'un projet de soins de santé primaires, on les évoque très souvent en termes ethniques : les X acceptent mieux la médecine moderne que les Y, ou bien : les X sont très coopérants alors que les Y résistent à toute innovation. Certaines études épidémiologiques vont d'ailleurs dans ce sens : à Yaoundé, par exemple, J. BROWN constate une variation sur la couverture vaccinale selon le groupe ethnique (1982). On peut donc se demander si, à Pikine, le facteur ethnique influe sur le comportement, pour des recours aux soins exprimant divers types de contact avec la médecine moderne : accouchement, consultation, vaccination.

Pour aucun des quatre indicateurs, l'ethnie ne joue un rôle statistiquement significatif, que l'on fasse des tests globaux ou que l'on compare les groupes deux à deux (tableau 11). Certes les pourcentages indiquent là encore des fluctuations, mais de manière trop faible pour atteindre les seuils de signification. Ainsi, pour l'accouchement, on constate une proportion plus élevée d'actes à domicile chez les Toucouleur - Peul, et plus faible chez les Soninké - Bambara et les Casamançais qui, par ailleurs, ont plus souvent recours aux cliniques privées ; de même pour les consultations des mères et de leurs enfants; on relève un taux de non-recours supérieur dans ces deux derniers groupes qui par contre ont les meilleures couvertures vaccinales ; en fait, pour ces deux ethnies, la faiblesse des effectifs peut suffire à rendre compte des différences (chaque Soninké compte pour 7,7 % alors que chaque Wolof ne représente que 0,4 %...). En somme, aucune différence de comportement de recours aux soins n'est réellement observée entre les ethnies. Une constatation semblable a été faite en Côte d'Ivoire où les différences d'utilisation des services de santé entre les Gouro et les autres groupes observés dans les villages disparaissent en ville (LASKER 1981).

**TABEAU 11 : ETHNIE DES MERES ET COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS**

RECOURS AUX SOINS		ETHNIE DE LA MERE						TEST (Chi2)
		Wolof Lebou (n=249) %	Serer (n=57) %	Toucouleur Peul (n=142) %	Soninké Bambara (n=13) %	Diola Manjak Manding (n=26) %	Autres (n=13) %	
ACCOUCHEMENT	. Domicile	5,6	7,1	12,8	0	3,8	7,7	N.S
	. Public	87,6	89,3	76,6	84,6	80,8	84,6	
	. Privé	6,8	3,6	10,6	15,4	15,4	7,7	
CONSULTATION	. Aucune	20,2	25,4	21,2	30,8	32,0	16,7	N.S
	. Public	70,5	65,5	69,3	46,1	56,0	75,0	
	. Privé	9,3	9,1	9,5	23,1	12,0	8,3	
VACCINATION ENFANT	. Aucune	34,5	37,5	39,0	15,4	23,1	38,5	N.S
	. Incomplète	26,5	26,8	27,7	23,1	42,3	23,1	
	. Complète	37,0	35,7	33,3	61,5	34,6	38,4	
CONSULTATION ENFANT	. Aucune	23,1	22,2	21,8	38,5	24,0	30,8	N.S
	. Public	74,0	74,1	74,7	61,5	64,0	69,2	
	. Privé	2,9	3,7	3,5	0	12,0	0	

**TABEAU 12 : REGION D'ORIGINE ET COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS**

RECOURS AUX SOINS		REGION D'ORIGINE DE LA MERE					TEST (Chi2)
		CAP-VERT (n=114) %	CENTRE (n=228) %	FLEUVE (n=110) %	CASAMANCE (n=21) %	ETRANGER (n=23) %	
ACCOUCHEMENT	. Domicile	4,3	7,5	12,8	4,8	4,3	N.S
	. Public	83,5	87,2	77,1	90,4	82,7	
	. Privé	12,2	5,3	10,1	4,8	13,0	
CONSULTATION	. Aucune	19,5	23,4	17,3	38,1	23,8	N.S
	. Public	69,0	67,4	73,1	61,9	57,2	
	. Privé	11,5	9,2	9,6	0	19,0	
VACCINATION ENFANT	. Aucune	20,2	38,2	44,5	33,3	39,1	← 0,05
	. Incomplète	30,7	25,9	26,4	33,3	30,4	
	. Complète	49,1	35,9	29,1	33,4	30,5	
CONSULTATION ENFANT	. Aucune	20,9	24,0	23,1	33,3	22,7	N.S
	. Public	73,0	72,8	76,0	57,2	77,3	
	. Privé	6,1	3,2	0,9	9,5	0	

\* Il s'agit du dernier accouchement, de la consultation de la femme à l'occasion de son dernier épisode de maladie, de la vaccination de son plus jeune enfant âgé d'un à cinq ans, et de la consultation de son plus jeune enfant à l'occasion de sa dernière maladie. Par exemple, 5,6 % des femmes Wolof ou Lebou ont accouché à domicile.

En revanche, lorsqu'au lieu d'étudier l'ethnie, on choisit la région d'origine comme variable indépendante, on observe effectivement des corrélations avec les pratiques de santé (tableau 12). C'est le cas pour les vaccinations, où la répartition géographique fait apparaître une couverture meilleure chez les originaires du Cap-Vert (c'est-à-dire citadins de naissance) et moins bonne chez les migrants du Fleuve (région qui comprend, dans le découpage proposé ici, toute la vallée, y compris le Sénégal Oriental). Autrement dit : lorsqu'on utilise l'ethnie comme catégorie descriptive, on perd de vue la complexité et l'hétérogénéité des situations sociales qu'elle inclut, et on rend impossible la mise en évidence de différences des pratiques sociales faute d'avoir choisi la variable pertinente. Ainsi, il y a une plus grande distance culturelle - tout au moins par rapport au recours à des services de santé - entre un Wolof né à Dakar et un Wolof qui a passé toute sa vie dans le Dyolof qu'entre celui-ci et un Peul sédentarisé qui vit dans le même village ; or, dans l'analyse par ethnie, on assimile les deux premiers et on sépare le second du troisième. En s'intéressant donc à la région d'origine plutôt qu'à l'ethnie, on ne fait qu'étendre à la période actuelle la méthode d'analyse proposée par J.L. AMSELLE (1985) pour la période précoloniale, à savoir le recours à la notion "d'espaces sociaux", qui peuvent être notamment "des espaces d'échanges" et "des espaces culturels et religieux" (ce type d'approche est ici seulement ébauché).

Si l'on affine les techniques d'analyse et que l'on contrôle successivement le niveau socio-économique (tableau 13) et le degré d'instruction (tableau 14), pour isoler - en quelque sorte - l'effet ethnique sur la couverture vaccinale, on constate, d'une part, qu'à statut professionnel ou scolarisation constants, les différences sont négligeables entre ethnies, et d'autre part, que les différences - non significatives - observées précédemment et favorables aux Soninké-Bambara et Casamançais (tableau 11) sont en fait expliquées presque en totalité par la proportion plus élevée de mères scolarisées dans ces deux groupes. Autrement dit, si dans cet échantillon, certaines ethnies semblent mieux protégées que d'autres par les vaccinations, c'est simplement qu'elles bénéficient d'un niveau d'instruction en moyenne supérieur, et dans le cas des Casamançais, d'une source de revenus plus stable.

En rapprochant ces résultats de ceux de R.H. BATES (1970) sur la syndicalisation des mineurs des townships Nkana de Zambie, on peut mieux en préciser la portée et les limites. En effet, étudiant les taux

**TABLEAU 13 : INFLUENCE DE L'ETHNIE DE LA MERE SUR LA COUVERTURE VACCINALE A STATUT PROFESSIONNEL CONSTANT\***

ETHNIE DE LA MERE	Wolof	Serer	Toucouleur	Soninké	Diola	Autres
	Lebou		Peul	Bambara	Manjak Manding	(n=13)
STATUT PROFESSIONNEL DU CHEF DE MENAGE	(n=249) %	(n=55) %	(n=141) %	(n=13) %	(n=26) %	(n=13) %
Non salarié	41,4 (n=174)	39,3 (n=28)	51,2 (n=82)	18,2 (n=11)	28,6 (n=14)	50,0 (n=8)
Salarié	18,7 (n=75)	33,3 (n=27)	22,0 (n=59)	0 (n=2)	16,7 (n=12)	20,0 (n=5)
Test ajusté (Boyd and Doll)	N.S.					

**TABLEAU 14 : INFLUENCE DE L'ETHNIE DE LA MERE SUR LA COUVERTURE VACCINALE A DEGRE D'INSTRUCTION CONSTANT\***

ETHNIE DE LA MERE	Wolof	Serer	Toucouleur	Soninké	Diola	Autres
	Lebou		Peul	Bambara	Manjak Manding	(n=13)
DEGRE D'INSTRUCTION	(n=249) %	(n=55) %	(n=141) %	(n=13) %	(n=26) %	(n=13) %
Jamais scolarisée	42,2 (n=180)	42,5 (n=40)	43,4 (n=106)	20,0 (n=5)	28,6 (n=14)	45,4 (n=11)
Au moins primaire	14,5 (n=69)	25,0 (n=16)	25,7 (n=35)	12,5 (n=8)	16,7 (n=12)	0 (n=2)
Test ajusté (Boyd and Doll)	N.S.					

\* Les pourcentages indiqués représentent la proportion d'enfants non vaccinés et les effectifs entre parenthèses le nombre total d'enfants dans la catégorie. Ainsi parmi les 174 enfants de mère Wolof ou Lebou vivant dans un ménage sans salaire régulier, 41,4 % n'ont reçu aucune vaccination. Le résultat des tests d'ajustement montre qu'il n'y a pas d'influence de l'ethnie de la mère sur la couverture vaccinale de l'enfant, à statut professionnel constant et à degré d'instruction constant.

d'appartenance au syndicat des mineurs, cet auteur montre qu'il n'y a aucune différence entre les Bemba et les autres ethnies, alors qu'il en existe une en fonction du statut matrimonial, du niveau de revenu et de l'ancienneté dans la profession ; il peut ainsi écrire que, "dans le champ des relations entre Blancs et Noirs - comme les relations de travail - les facteurs ethniques ne jouent aucun rôle". Dans le cas des pratiques de santé à Pikine, il faut garder présent à l'esprit que les quatre indicateurs étudiés - accouchement, consultation mère, vaccination, consultation enfant - ne mesurent que le recours à la biomédecine. On peut donc proposer la formulation suivante : l'appartenance ethnique n'a pratiquement aucune influence, en ville, sur les comportements de recours aux soins modernes, et les rares différences observées entre groupes ethniques ne sont que le reflet d'un écart de revenus ou de scolarisation.

En se référant cette fois aux travaux de J.C. MITCHELL (1956) sur la danse du Kalela, on peut aller un peu plus loin dans l'analyse du facteur ethnique. Dans sa description des troupes de danseurs du Kalela à Luanshya, dans le Copperbelt, cet auteur montre comment la ville est le lieu d'une redéfinition de l'ethnicité. Bien que n'ayant rien de "traditionnel" - puisqu'il fait intervenir des personnages de docteur et d'infirmière -, le Kalela est l'occasion, pour les Bisa qui n'ont plus, en ville, la cohésion sociale que confère la vie sur un territoire commun, de se réaffirmer par rapport aux autres groupes - cette danse étant la leur -, et de différencier ces groupes - les plaisanteries stéréotypées permettant de marquer les distances culturelles avec chacun d'eux. Pour les pratiques de santé étudiées à Pikine, l'absence de différence de recours aux soins modernes entre ethnies ne signifie pas la disparition de toute valeur ethnique autour de la maladie, bien au contraire.

### A chacun son infidèle

Ainsi, paraphrasant J. BAZIN (1985) - "à chacun son Bambara" - qui ironise sur la multiplicité des représentations de la "bambaraïté" parmi les ethnologues, et déplaçant le point de vue de l'anthropologue vers les sujets eux-mêmes, on peut montrer comment le discours "ethniquisant" des Sénégalais renvoie en permanence à une construction de l'image de l'Autre.

Si l'on considère, dans une aire géographique donnée, les deux groupes ethniques prééminents, on voit notamment comment chacun se situe lui-même et situe l'autre, dans le champ magico-religieux. Pour les Wolof vivant parmi les Serer du Sine-Saloum, ceux-ci apparaissent comme "les animistes", c'est-à-dire à la fois mauvais musulmans et gardiens de la tradition, alors que, pour les Serer, les Wolof sont les propagateurs de l'islam et les détenteurs du pouvoir confrérique. De même, dans le Fouta Toro, les Peul sont décrits par les Toucouleur comme les dangereux connaisseurs des secrets des plantes et des animaux, alors que les Toucouleur sont, aux yeux des Peul, les garants de l'orthodoxie islamique par l'intermédiaire de la caste maraboutique des **tooroBé**. Au Sénégal Oriental également, les Soninké font des Bambara leurs païens et redoutent leur **korté** (pouvoir maléfique à distance) alors que les Bambara considèrent les Soninké comme leurs bons musulmans. Enfin, en Casamance, les Manding décrivent les Diola comme des "traditionnalistes" dont ils craignent les pouvoirs magiques, alors que les Diola se réfèrent aux Manding pour tout ce qui tient à la religion, ayant repris et intégré tout leur vocabulaire concernant islam et marabouts.

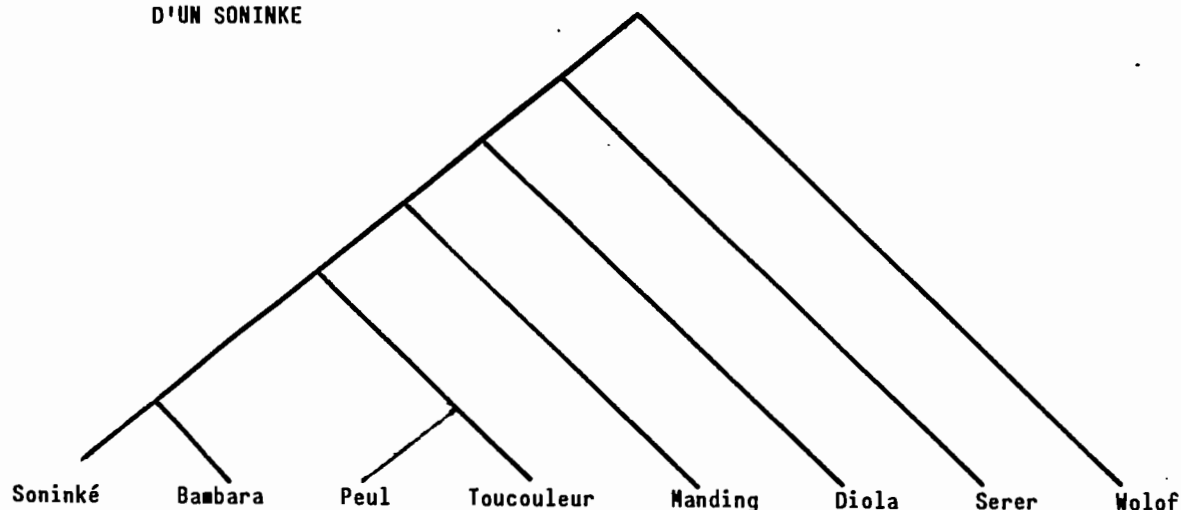
Dans chaque cas, on constate un mélange ambigu de supériorité et de crainte de la part des uns, d'infériorité et d'affirmation de la part des autres : les "bons musulmans" considèrent leurs voisins mécréants avec à la fois la hauteur qu'on a pour des primitifs cheminant dans l'erreur, et le respect qu'on témoigne à un plus fort que soi ; les "vrais animistes" regardent leurs voisins fidèles comme des sages engagés dans la voie du salut mais revendiquent en même temps "la suprématie finale de l'animisme sur les autres religions". Le rapport du guérisseur serer Al Djouma Seck avec son marabout wolof évoqué à propos des savoirs, illustre bien cette ambiguïté.

Or, si l'histoire révèle effectivement la réalité qui sous-tend ces représentations ethniques - le prosélytisme conquérant des mourides wolof au Sine-Saloum, la révolution maraboutique toucouleur au Fouta Toro, la transmission héréditaire des charges religieuses parmi certaines familles soninké au Sénégal Oriental et le jihad des guerriers manding en Casamance -, la situation actuelle ne permet plus un tel découpage religieux : une majorité de Serer, de Bambara et de Diola sont musulmans, ainsi que la totalité des Peul qui occupent souvent de hautes fonctions dans les hiérarchies confrériques. En fait, cette affirmation ethnique dans le champ magico-religieux permet à la fois de souligner un

rapport de forces où les musulmans se situent en position dominante mais où les païens également tirent parti de leur situation dominée, et de se démarquer de son plus proche voisin, c'est-à-dire de renforcer la distance culturelle lorsqu'il y a proximité spatiale.

Cet effet de distanciation fait en permanence l'objet de redéfinitions en ville. Ainsi, Ablaye Traore, mon compagnon de travail soninké insiste longuement sur les différences culturelles entre Bambara et Soninké, puis il me parle d'un ami proche qui vit dans le même quartier, mais n'arrive pas à m'en préciser l'ethnie, car il est de père bambara et de mère soninké ; "d'ailleurs, c'est à peu près la même chose", conclut-il. A Pikine, parmi toutes les ethnies du Sénégal qui se côtoient, c'est effectivement des Bambara - avec lesquels il a vécu au village - qu'il se sent le plus proche. Souvent, de même, il m'explique sa défiance vis-à-vis des Peul, qu'il a bien connus à Bakel ; de manière très significative, il ajoute que ce sont les seuls dont il n'épouserait pas une fille ; or, certains de ses amis pikinois sont peul et surtout, je l'entends à plusieurs reprises s'associer à eux dans un "nous les gens de la brousse" qui les opposent aux vrais citadins appelés de manière générique "les Wolof" auxquels il attribue la dégénérescence des valeurs traditionnelles. Comme le fait J.C. MITCHELL (1974) à propos des ethnies de Zambie, on pourrait donc figurer la perception des distances sociales entre ethnies sous la forme d'un arbre où se rassembleraient progressivement - à chaque embranchement - les divers groupes qui apparaissent alternativement lointains, voire opposés, dans un contexte oligoethnique, et proches, voire indiscernables, dans un contexte polyethnique, surtout lorsque joue un phénomène de minorité (figure 9).

**FIGURE 9 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA DISTANCE SOCIALE INTER-ETHNIQUE DANS LA PERCEPTION D'UN SONINKE**





L'ethnie comme mode d'identification et de classement des autres, c'est aussi ce qu'on retrouve dans les représentations de la maladie. Ainsi, la croyance la plus répandue concernant les convulsions du nourrisson - dont le tétanos néo-natal réalise une forme particulière, qui survient de manière très stéréotypée le huitième jour de la vie, c'est-à-dire le jour du baptême musulman -, fait intervenir une corne (généralement de chèvre), appelée **bējeen** en wolof, **alaadu** en pulaar, et **disiinaj** en diola. Pour protéger sa grossesse, toute femme enceinte doit porter cette corne en guise d'amulette jusqu'à la naissance de l'enfant ; à ce moment, elle doit l'attacher à l'aide d'une cordelette autour des reins du nouveau-né. Si elle n'est pas pourvue d'une telle protection, elle met son enfant en danger sitôt qu'elle croise sur son chemin une autre femme qui porte la corne ; en effet, le nouveau-né est alors "pris" et commence à convulser. Le seul remède est d'obtenir de la coupable sa corne afin de la tremper dans une eau qui sera bue par la mère pour une partie, et sera utilisée pour laver le corps de l'enfant pour l'autre partie. On peut se demander quel intérêt peut avoir une femme à conserver sur elle une amulette nocive contre n'importe quelle femme enceinte rencontrée : c'est que, dit-on, si elle tue de cette façon sept nouveaux-nés, elle assurera la prospérité à sa propre descendance (explication entendue de nombreuses fois). En fait, l'interprétation des motivations de la coupable dépend du contexte comme en témoigne cette pièce radiophonique racontée par un Pikinois : "C'est un homme et une femme mariés depuis dix ans. Ils sont sans enfant, alors lui décide d'épouser une seconde femme. Comme elle est enceinte, la première devient jalouse. Le jour du baptême, l'enfant est saisi par la corne. Le vieux qui assiste à la cérémonie crie : que personne ne quitte la maison. Et il fouille toutes les personnes présentes. Lorsqu'il découvre la coupable, elle le supplie de ne pas la dénoncer. Alors le vieux donne la corne à la mère. Les rituels sont faits. L'enfant est sauvé".

La première fois que cette explication me fut donnée, c'était par des Wolof qui me précisèrent que cette maladie de la corne avait été introduite par les Peul. Quelques temps plus tard, un Soninké me dit qu'il n'avait eu connaissance de cette interprétation qu'à Dakar, cette maladie n'existant pas dans la Vallée du Fleuve, ce que confirmèrent plusieurs autres. Enfin, au cours d'enquêtes en Casamance, j'interrogeais les vieux d'un village qui me donnèrent le même récit de la corne, mais attribuèrent son introduction aux Manding. Or, imputer ainsi à un groupe donné, les origines de l'explication, c'est en même temps, lui donner la

responsabilité de l'affection elle-même. On ne dit pas : "ce sont les Peul qui nous ont apporté cette interprétation ; avant, nous ne la connaissions pas". Mais : "ce sont les Peul qui nous ont apporté cette maladie ; avant, elle n'existait pas chez nous". Distinction qui n'est pas sans importance lorsqu'il s'agit d'une maladie redoutée et attribuée à un maléfice. Dans cette illustration, on voit donc comment la désignation du coupable à l'extérieur du groupe est le moyen de rejeter ailleurs la faute, mais aussi de constituer une conscience ethnique.

L'ethnie ne va pas de soi - le dire ou l'écrire est même une banalité. La ville, lieu de confrontation de groupes d'origines géographiques et culturelles très différentes, rend nécessaire un réaménagement des configurations ethniques. Les Diola se donnent une identité qu'on ne leur avait jamais connue en Casamance, les Soninké se rapprochent des Bambara, les Toucouleur renouent leur liaison à plaisanterie avec les Serer. Et tous, gens de brousse, quelle que soit leur ethnie, s'associent pour s'opposer aux citadins : comme les seconds appellent les premiers *Lakakat*, expression qui désigne sur le mode de l'onomatopée les difficultés des villageois à maîtriser la langue véhiculaire, à leur tour les premiers désignent les seconds comme *Wolof*, ajoutant souvent que les *Wolof* ne constituent pas une ethnie, mais "un mélange de plusieurs races".

Au village, on s'identifie par son lignage et son groupe statutaire. A la ville, on se reconnaît par sa région d'origine et par son ancienneté de citadin. L'ethnie est un moyen de différenciation de moins en moins opératoire, ce qui n'empêche pas, et parfois exacerbe au contraire, sa revendication. Plus exactement le facteur ethnique influe peu dans certains registres de la vie urbaine, notamment dans les pratiques concernant le monde du travail salarié, des services publics, de la culture occidentale : tout ce qu'on pourrait désigner en première intention comme les contacts avec le secteur moderne - dont les dispensaires et les hôpitaux sont une illustration. En revanche, il joue un rôle important dans d'autres registres comme l'interprétation des faits (qu'il s'agisse de maladie ou de politique) ou la constitution des solidarités (qu'elles soient institutionnalisées dans des associations ou non). En fait, on pourrait dire, pour reprendre une terminologie proche de

celle de J.C. MITCHELL (1974), que l'ethnie a un faible impact sur les comportements (recours aux soins, pratiques professionnelles, choix vestimentaires), mais qu'elle existe comme mode de perception de la vie sociale (recherche de sens, reconnaissance d'affinité). Mode de perception qui détermine à son tour des pratiques, car du seul fait qu'on l'affirme, l'ethnie devient réelle : ainsi, dire que la maladie de la corne vient des Peul, que le gouvernement est contrôlé par les Toucouleur, ou que les Wolof sont responsables de la perte des valeurs archaïques, tout comme se réclamer de ses origines soninké ou diola pour bénéficier d'une aide, c'est (re)donner une réalité sociale à l'ethnie.

Comme l'a montré E.P. SKINNER (1975), l'utilisation de l'ethnie est presque toujours le fruit d'une stratégie "dans la compétition pour les ressources dont disposent les sociétés" : pour obtenir des voix dans une élection, des partisans dans un conflit, des membres dans une association, faire appel à l'ethnicité est une manoeuvre souvent efficace, comme on l'a vu dans le cas du comité de santé à Médina-Gounasse où la guerre des candidats à la présidence avait été fallacieusement présentée comme une rivalité ethnique ; et ce point doit être souligné dans une période où la presse se fait largement l'écho du discours trivial sur l'ethnie (on peut se référer notamment à une série d'articles de J. DE BARRIN dans *Le Monde* en janvier-février 1986 dont le plus long s'intitulait significativement : "les méfaits du tribalisme", 2.1.1986, p.1). Mais l'affirmation ethnique est aussi, comme l'indique F. BARTH (1969), "un processus subjectif d'identification statutaire", c'est-à-dire une manière de découper la société pour y reconnaître ceux qui sont les mêmes et ceux qui sont les autres ; elle sert donc à donner du sens au social, tout en agissant sur lui par le simple fait d'y nommer l'ethnie.

## Chapitre XVI : PAUVRETE ET SCOLARITE

La question de la pauvreté en Afrique urbaine a fait l'objet, depuis une vingtaine d'années, de nombreux débats, essentiellement autour de deux thèmes : y-a-t-il des classes sociales ? - correspondant à une remise en cause des analyses marxistes classiques pour les sociétés africaines (BALANDIER 1974) -, et : qu'est-ce que la marginalité ? - conduisant au dépassement des thèses de l'école de Chicago insuffisantes pour décrire la complexité des villes africaines (MARIE 1981). "Les pauvres ont-ils une conscience de classe ?" se demandent en écho P.C.W. GUTKIND (1975), à Ibadan, et M. VERNIERE (1975), à Pikine. Les travailleurs migrants d'origine rurale ne sont-ils pas devenus "ce que certains sociologues considèrent comme des marginaux" ? s'interroge C. MEILLASSOUX (1982 : 197). Mais tout d'abord, sur quoi fonder une définition de la pauvreté ? Comment tracer la frontière entre les pauvres et les non-pauvres dans des villes où les conditions économiques paraissent très précaires pour la quasi-totalité de la population ? Et même, est-il pertinent d'aborder la différenciation dans les pratiques sociales en général, ou dans les pratiques de santé en particulier, en termes de pauvreté ? Telles sont quelques-unes des questions que l'on doit se poser en commençant.

Sans prétendre y répondre de manière complète ou définitive, on peut partir de quelques constatations faites au village et en ville, au sujet de la pauvreté. En zone sahélienne où nous avons enquêté - précisément à Barobé-Diakel -, il est apparu si difficile de discriminer les ménages (ou les mères) sur leur niveau socio-économique que nous avons renoncé à introduire ce critère dans le recueil des données : ni en se fondant sur le statut social (marabouts, forgerons et captifs semblaient aussi touchés par la dureté des conditions d'existence), ni en se basant sur le lignage (celui des chefs politiques, Baro, ne paraissait pas mieux pourvu que les autres), ni en considérant l'âge ou le sexe (vieux et jeunes, aînés et cadets, hommes et femmes vivaient tous dans une même précarité), nous ne pouvions établir une différenciation économique claire ; partout, la même composition des plats, le midi (du riz mais peu de légumes et rarement du poisson) ou le soir (du mil, de la salade cuite et du lait), le même vêtement, le même mobilier, pour dire vite : la même pauvreté. Autrement dit : l'impression qui prévalait était celle de

conditions socio-économiques essentiellement tributaires du contexte écologique, c'est-à-dire la sécheresse et la désertification, et donc d'un niveau de vie globalement bas et peu différencié, malgré le caractère très hiérarchisé de la société toucouleur (selon le groupe statutaire, le lignage, la classe d'âge, le sexe). En Casamance où nous avons travaillé près de Bignona, nous avons fait des constatations similaires, cette fois dans une société classiquement considérée comme "égalitaire", tant dans les rapports entre lignages que dans les rapports entre sexes : certes, la sécheresse y est moins ressentie qu'au Sahel, mais la désertification s'y manifeste dans la mangrove comme dans les champs ; et là non plus, impossible de distinguer les ménages par la façon dont le riz était préparé, dont les enfants étaient habillés, dont les maisons étaient construites.

En présentant ces observations, il ne s'agit pas de conclure hâtivement à une sorte de "justice sociale dans la misère villageoise", car, d'une part, ce ne sont là que des impressions recueillies au cours de séjours assez brefs - mais paraissant confirmées par des travaux socio-économiques (DELAUNAY 1984) -, et d'autre part, elles ne concernent pas la richesse sous toutes ces formes, en particulier, celles qui entrent en considération dans les alliances matrimoniales - mais seulement celles qui pourraient déterminer, dans la vie quotidienne, des pratiques alimentaires, vestimentaires ou sanitaires différentes. Méthode subjective et critères spécifiques qu'on peut essayer de rechercher également en ville.

Or, à Pikine, c'est au contraire à une différenciation économique très marquée qu'on semble avoir affaire, avec des écarts de revenus considérables, des situations professionnelles diversifiées, des types d'habitat variés, des façons de s'habiller multiples, sans pourtant qu'il soit facile - comme on va le voir - de reconnaître le pauvre du riche, ou tout au moins le très pauvre du moins pauvre. Si donc la population pikinoise paraît se distribuer sur une échelle de ressources très étendue, il n'en faut pas moins tenter de choisir des critères subjectifs et objectifs, avant de s'interroger sur les conséquences du niveau socio-économique sur les pratiques de santé.

## Représentations de la pauvreté

Dans un texte intitulé : "The View from below : Political consciousness of urban poor in Ibadan", P.C.W. GUTKIND (1975) se demande à juste titre quelle est la pertinence sociale, et d'abord linguistique, de la rupture pauvres/riches chez les Yoruba, pour conclure qu'il existe effectivement une reconnaissance mutuelle de deux groupes sociaux, "les pauvres" et "les riches", donc une pensée politique (political mind) - alors qu'il montre par ailleurs qu'il n'y a pas d'action politique (political activism). Et c'est bien la première question à (se) poser : les gens eux-mêmes identifient-ils des pauvres et des riches ?

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

D'une part, les Pikinois élevés au village et restés attachés aux conceptions traditionnelles, se réfèrent à l'auto-suffisance, à l'hospitalité, à l'entourage. Un enquêteur commente ainsi : "La richesse au village, c'est d'abord la nourriture. Et ce qu'on offre à manger à celui qu'on reçoit. Autrefois, quand on demandait une fille en mariage, le père demandait : est-ce qu'il a assez de farine ?". Et encore : "Le pauvre c'est celui qui n'a pas assez pour manger à tous les repas ou qui ne peut pas recevoir ses étrangers : celui qui ne sait pas laver son propre dos".

Ainsi se distinguent celui qui a et celui qui n'a pas. Mais celui qui a beaucoup se distingue aussi de celui qui n'a qu'un peu, par les flatteurs qui se pressent autour de lui. "Est riche celui qui est entouré de griots". De manière significative, l'un des plus puissants hommes d'affaires sénégalais, transporteur routier qui a fait sa fortune dans le secteur capitaliste de l'économie du pays, manifeste sa richesse par ces mêmes valeurs traditionnelles : hospitalité ostentatoire (les pauvres du quartier reçoivent quotidiennement à manger, les aveugles et paralytiques de tout Pikine ont leur jour hebdomadaire pour recevoir de l'argent), et cour de griots (chaque soir, des musiciens viennent chanter ses louanges et en reçoivent leur récompense).

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

D'après ces critères subjectifs variés, quelle est la fraction de la population jugée pauvre ? Les données de l'enquête "Accès aux soins" apportent ici des éléments : en effet, à la fin de son entretien avec la mère interrogée, l'enquêteur devait répondre à la question : "le ménage vous paraît-il pauvre ?". Il faut préciser que, bien que tous issus de milieu modeste et trois sur quatre résidant à Pikine, les enquêteurs étaient globalement d'un niveau socio-économique supérieur à leurs enquêtés. Ils avaient ainsi tendance à considérer d'emblée comme pauvres pratiquement tous les ménages tirés au sort. De manière significative, l'une des deux équipes d'enquêteurs ayant commencé ses entretiens dans le quartier habituellement considéré comme parmi les plus aisés (Golf Sud),

elle y avait estimé pauvres quatorze des vingt ménages étudiés, soit plus que la moyenne générale de Pikine, alors que les critères objectifs de richesse (salaire, statut foncier, signes de richesse) apparaissaient, comme attendu, plus fréquemment que dans les autres zones : c'est que les enquêteurs avaient placé trop haut leur seuil subjectif ; et d'eux-mêmes ils l'avaient rectifié dès le second quartier étudié. Sur l'ensemble de Pikine, 63% des ménages étaient considérés comme pauvres par les enquêteurs.

Confrontée aux indicateurs objectifs, l'estimation subjective présente des corrélations très nettes (tableau 15 ). Ainsi, les enquêteurs jugeaient pauvres 68% des ménages sans salaire régulier, et seulement 53% de ceux qui en disposaient ; 79% des locataires, et seulement 54% de ceux qui étaient propriétaires ; surtout, 86% des habitations sans salon, ni réfrigérateur et seulement 17% de celles qui en étaient pourvues. Comme on pouvait s'y attendre, sachant que les quatre enquêteurs étaient nés et avaient vécu à Dakar, et adhéraient au second système de valeurs initialement décrit, c'est avec les "signes extérieurs de richesse" que l'association est la plus forte : on a cinq fois plus de chance d'être considéré comme pauvre si l'on n'a ni salon, ni réfrigérateur que, si l'on a l'un des deux au moins ; ce rapport n'est que 1,3 pour la source de revenu et 1,5 pour le statut foncier. Mais si l'on est à la fois salarié, propriétaire de sa maison et possesseur d'un salon, on a dix fois moins de chance d'être considéré comme pauvre que si l'on présente aucun des trois caractères.

C'est dire l'intérêt complémentaire de ces trois indicateurs objectifs, chacun représentant un aspect différent de la situation socio-économique. Ainsi, un riche commerçant ou un puissant marabout risquerait, avec le seul critère du salaire, d'être rangé parmi les catégories défavorisées, tout comme, avec celui du statut foncier, un instituteur locataire dans une habitation à loyer modéré de bon standing, ou, avec celui des signes extérieurs, une famille maure ou peul qui préférerait s'asseoir sur des nattes plutôt que sur des fauteuils de salon... L'indicateur synthétique qui totalise les résultats des trois questions offre donc une plus grande justesse, en même temps qu'il répartit en quatre catégories de niveau socio-économique croissant - au lieu de deux - l'ensemble de la population (tableau 15). Toutefois dans la suite, nous conserverons chacun des trois critères objectifs afin de préserver comme on va le voir, leur diversité de signification. Mais



comment pourrait-on penser rendre compte de la réalité socio-économique avec ces seuls chiffres ?

**TABLEAU 15 : APPROCHE OBJECTIVE ET SUBJECTIVE DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE\***

CRITERES SUBJECTIFS		IMPRESSION DE PAUVRETE		TEST	
		Oui (n=308) %	Non (n=184) %	Chi2	P
SALARIE	Non	68,0	32,0	11,3	<10-3
	Oui	52,6	47,4		
PROPRIETAIRE	Non	79,3	20,7	29,2	<10-7
	Oui	54,3	45,7		
SALON	Non	85,8	14,2	221,0	<10-7
	Oui	17,4	82,6		
INDICATEUR SYNTHETIQUE	0	91,4	8,6	159,5	<10-7
	1	82,4	17,6		
	2	41,7	58,3		
	3	9,3	90,7		

\* La question à laquelle devait répondre l'enquêteur, à la fin de son entretien avec la mère, était : "ce ménage vous paraît-il pauvre ?". Les pourcentages se lisent de la façon suivante : 68 % des non-salariés étaient considérés comme pauvres par l'enquêteur, et seulement 52,6 % des salariés. L'indicateur synthétique est la somme des trois critères objectifs, où chacun prend la valeur 0 si la réponse est non, et 1 si elle est oui. Ainsi, un ménage sans salaire régulier, mais propriétaire de son logement et possédant un salon, est coté : 0 + 1 + 1 = 2, et on remarque que 41,7 % des ménages cotés "2" sont considérés comme pauvres par l'enquêteur.

### Images de la misère

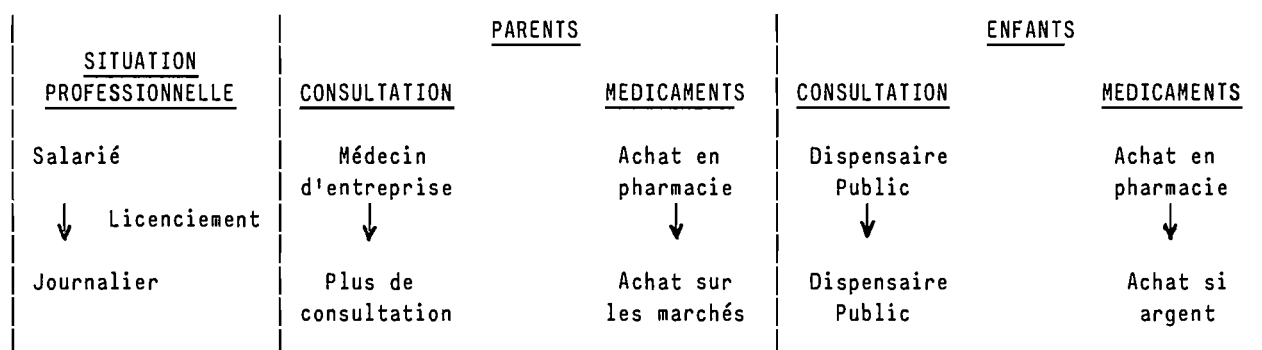
Abdoul Ka est un Peul venu en 1951 à Dakar où il a travaillé pendant quatorze ans comme journalier, passant l'hivernage au village et la saison sèche à la ville. En 1965, il a été embauché comme salarié dans une usine du port et s'est donc installé complètement au Cap-Vert, achetant une maison dans les quartiers de Médina-Gounasse à Pikine. Malgré

cette apparente intégration dans la vie citadine, sa vraie richesse restait un troupeau de bovins dans la Vallée du Fleuve où il retournait chaque année. Et c'est ce qu'il perd en 1972 avec la sécheresse qui entraîne la disparition de presque tout son cheptel. Un peu plus tard, son père meurt et Abdoul Ka cesse d'aller au Fouta où plus rien ne l'attend. Il est maintenant pikinois. Il a deux épouses, sept enfants avec la première (dont deux sont décédés en bas-âge) et quatre avec la seconde (dont deux sont également morts). Il est gardien au port, gagne correctement sa vie, se trouve à deux ans de la retraite. Mais l'acuité visuelle de son oeil unique (de l'autre, il est aveugle depuis une rougeole dans l'enfance) a considérablement baissé ; un ophtalmologiste consulté lui explique que c'est une cataracte, que l'opération est un geste simple et qu'il recouvrera la vue rapidement. Malheureusement, l'intervention échoue et Abdoul Ka comprend très vite qu'il ne verra plus jamais. Néanmoins, pour ne pas perdre son emploi, il ne dit rien et reprend le travail. Au bout de quelques jours, sa cécité est découverte : le médecin du travail lui explique que l'usine est contrainte de le mettre en retraite anticipée. Il reçoit une indemnité qui correspond à environ quatre mois de salaire. Puis plus rien, malgré les nombreuses interventions auprès des divers services sociaux. Lorsque nous faisons sa connaissance en novembre 1984, dix mois après son départ de l'usine, toutes les démarches ont échoué, il est sans argent, sa famille survit grâce à une minime aide de parents et voisins, sa seconde épouse l'a quitté se plaignant de n'être plus entretenue, sa première femme est enceinte mais n'est pas suivie en consultation prénatale car il n'y a plus d'argent à la maison.

Amadou Sy est un Toucouleur qui habite sur le front le plus avancé d'urbanisation entre Yeumbeul et Guedjawaye : tout autour de sa maison encore en baraque, des parpaings empilés indiquent des ébauches de murs et de futures habitations, mais lors de notre visite en juillet 1985, il n'y a encore qu'une dizaine de familles qui logent effectivement dans cette zone venu de la Vallée du Fleuve, il a travaillé dans une usine de Dakar comme salarié de 1962 à 1984 : sa femme et lui-même se faisaient soigner à l'infirmerie de l'entreprise ; ses quatre enfants, âgés de deux à quatorze ans, étaient amenés au dispensaire voisin lorsqu'ils étaient malades ou lorsqu'une vaccination était prévue. Au début de 1984, un licenciement collectif survient, pour cause de faillite économique : il part à la recherche d'un nouvel emploi ; depuis plus d'un an, il est devenu alternativement journalier temporaire, chômeur ; les revenus sont

irréguliers, il n'y a plus de couverture sociale. Pendant l'hivernage 1984, ils ont tous eu de la fièvre : les enfants ont été conduits au dispensaire où ils ont reçu un traitement ; mais pour eux-mêmes, le père et la mère sont allés acheter directement l'aspirine et la nivaquine sur un marché. Récemment, le plus jeune enfant a eu de la fièvre ; ils l'ont amené au dispensaire public où l'infirmier a rédigé une ordonnance ; le pharmacien a compté pour 3.600 F CFA de médicaments qu'ils n'ont pas pu acheter. Il semble donc, dans ce cas, que le ralentissement du licenciement ait été plus marqué sur les pratiques de santé concernant les parents que sur celles concernant les enfants, le problème du paiement des médicaments dépendant néanmoins de la situation financière au moment de l'ordonnance (figure 10).

**FIGURE 10 : CONSEQUENCES DE LA DEGRADATION DES CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES SUR LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS DANS UNE FAMILLE TOUCOULEUR DE PIKINE**



Aminata Sarr est la première épouse d'un ébéniste wolof qui sculpte des statuette et des masques qu'on vend aux touristes à l'entrée des grands hôtels de Dakar. Elle vit dans le centre de Pikine depuis quinze ans avec son mari et ses cinq enfants. Au début de 1985, lui part en Espagne pour essayer d'y vendre ses sculptures ; les trois premiers mois, Aminata et Aby Fall, sa coépouse, reçoivent des lettres et des mandats qui leur permettent de payer le loyer et de nourrir la famille. Puis, à partir de l'hivernage, elles n'ont plus de nouvelles et doivent se débrouiller seules. Chacune prépare le repas un jour sur deux avec son propre argent, mais alors qu'Aby bénéficie de dons de ses frères, Aminata n'a aucun parent pour lui apporter une aide régulière. Les jours où elle n'est pas de cuisine, elle part donc très tôt au marché Syndicat pour y

acheter des fruits et des légumes qu'elle revend au détail près de chez elle ; elle obtient ainsi quelques centaines de francs qui lui permettent de trouver le riz, l'huile et le poisson pour le plat du lendemain.

Lorsque les bénéfices ont été trop maigres, elle ne dispose plus d'une somme suffisante pour acheter ses produits en gros et alimenter son petit commerce ; elle doit alors emprunter à des voisines sans pouvoir rendre, puisque les gains couvrent à peine les frais du repas. Progressivement, elle s'est ainsi endettée ; les quelques billets de 1.000 F CFA qu'elle a reçus d'amis ou de parents ont servi à rembourser une partie de l'arriéré du loyer et à apaiser la mauvaise humeur du propriétaire. Fin 1985, son plus jeune fils qui a un an commence à être malade : il a la diarrhée, il maigrit ; mais elle n'a pas d'argent pour aller au dispensaire ; elle n'a pas le temps non plus, car elle doit subvenir aux besoins du reste de la famille. L'état du nourrisson s'aggrave lentement et à la mi-décembre, le petit garçon meurt dans un état de marasme, faute d'avoir reçu les soins dispensés à trois cents mètres de là, au Centre de Récupération Nutritionnelle de Guedjawaye.

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

### Inégalités ou différences ?

Le niveau socio-économique est étroitement lié au degré d'instruction (tableau 16) : le taux d'analphabétisme des femmes est de 78% dans les ménages sans salaire et de 60% dans ceux avec un revenu régulier ; de 79 % dans les familles sans signes de richesse et de 56%

dans celles avec salon ou réfrigérateur ; en revanche, le fait d'être propriétaire ou locataire n'est pas corrélé avec la scolarisation des femmes. Misère de l'analphabétisme et analphabétisme de la misère : on ne s'étonnera pas de trouver associés deux faits qui traduisent sous deux formes proches une situation défavorable dans les rapports de production. Paysans-prolétaires de C. MEILLASSOUX (1982), sous-prolétariat marginalisé d'A. MARIE (1981), ces citadins qui ne sont pas intégrés dans le système économique moderne redoublent leur handicap social en étant à la fois sans salaire et sans instruction.

**TABLEAU 16 : INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET VARIABLES SOCIO-CULTURELLES**

VARIABLES "SOCIO-CULTURELLES"	VARIABLES "SOCIO-ECONOMIQUES"		SALARIE		PROPRIETAIRE		SALON	
	Non (n=318) %	Oui (n=181) %	Non (n=162) %	Oui (n=330) %	Non (n=324) %	Oui (n=168) %		
Absence de scolarité	77,7 P < 0,001	59,7	71,8 N.S	70,9	78,8 P < 0,001	56,5		
Association de quartier	19,2 N.S	23,2	19,8 N.S	21,0	22,4 N.S	17,1		
Association villageoise	5,7 P < 0,01	13,8	10,2 N.S	7,8	6,7 P < 0,05	12,3		
Venue à Dakar avant l'âge de 10 ans	47,4 N.S	54,2	45,3 N.S	52,0	45,5 P < 0,01	58,2		
Séjour à Dakar depuis plus de 10 ans	73,6 N.S	76,8	62,7 P < 0,001	80,9	72,5 N.S	79,4		
Retour au village depuis - de 5 ans	59,4 N.S	55,6	60,5 N.S	56,9	59,2 N.S	55,9		

\* Les variables "socio-économiques" sont ici considérées comme variables indépendantes et les variables "socio-culturelles" comme variables dépendantes. Ainsi, il faut lire que 77,7% des femmes vivant dans un ménage sans salaire régulier ne sont jamais allés à l'école, et que 80,9% de celles qui sont propriétaires de leur logement sont depuis plus de 10 ans à Dakar.

L'expérience urbaine est également corrélée au niveau socio-économique, mais moins nettement qu'on aurait pu l'imaginer (tableau 16). Les plus favorisés sont aussi ceux qui sont venus plus jeunes à Dakar, ce qui indique une insertion dans le secteur économique moderne d'autant meilleure qu'elle est plus précoce, mais le seuil de signification n'est atteint que pour les signes de richesse dont on a vu que c'était le critère le plus discriminant, et non pour le salaire et le statut foncier. Par ailleurs, les propriétaires ont une ancienneté de présence en ville nettement supérieure à celle des locataires, ce qui traduit le succès dans la recherche d'un accès à la propriété. Enfin, s'il n'y a pas de différence marquée pour les retours au village, les femmes de milieux moins pauvres ont un taux de participation plus élevé aux associations villageoises, ce qui pourrait être lié à la possibilité d'acquiescer les cotisations - à moins que ce ne soit simplement une meilleure aisance des femmes instruites par rapport à une question qui peut être considérée comme indiscrete, tout comme celle sur les associations de quartier. Quoi qu'il en soit, ces corrélations diverses entre niveau socio-économique et expérience urbaine devront être prises en considération lors de l'étude des comportements de recours aux soins : il est possible en effet que certains de ces facteurs influent sur les pratiques de santé par l'intermédiaire d'autres, que par exemple l'arrivée en ville à un âge jeune ne favorise une meilleure couverture vaccinale que parce que les femmes venues tôt sont en moyenne moins pauvres (ce que les divers tests d'ajustement pourront analyser).

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

Avant d'analyser en détail les inégalités de l'accès aux soins, il est nécessaire d'en avoir une vision moyenne qui permette de relativiser les disparités ultérieurement présentées. Compte tenu de la taille de la ville et du contexte socio-économique, on peut s'étonner du bon niveau de la couverture sanitaire, d'autant que dans l'échantillon tiré au sort figurent des quartiers à la fois périphériques, peu accessibles et mal dotés en dispensaires, comme Taïf, Sourour Yeumbeul ou Guinaw Rails (carte 5). Ainsi, moins de 8% des femmes déclarent avoir accouché à domicile, 22% d'entre elles et 23% de leurs enfants n'ont pas consulté à l'occasion de leur dernier épisode de maladie, enfin 35% des enfants n'ont jamais été vaccinés et 27% ne le sont qu'incomplètement. Chiffres globaux qui révèlent toutefois une meilleure accessibilité des services curatifs que préventifs - différence qui semble attribuable à une moindre conscience de l'immunisation comme besoin, renforcée par la faiblesse de l'information sur le Programme Elargi de Vaccination.

Des trois indicateurs socio-économiques, c'est le salaire qui a le plus d'impact sur les comportements de recours aux soins, suivi par les signes de richesse et le statut foncier (tableau 17). En observant les résultats de plus près, on constate que, pour les accouchements et les consultations, le niveau socio-économique intervient moins sur le fait de recourir que sur le lieu de recours : les femmes consultent autant et accouchent à peine moins à domicile lorsqu'il y a un revenu régulier dans le ménage que lorsqu'il n'y en a pas ; en revanche, elles consultent près de cinq fois plus dans le secteur privé et accouchent plus de sept fois plus souvent en clinique. Ces différences sont constatées plutôt avec l'existence d'un salaire - qui correspond à la possibilité d'une prise en charge sociale (imputations budgétaires, instituts de prévoyance-maladie) - qu'avec les autres critères : quand on appartient aux catégories les moins défavorisées, on est d'autant plus prêt à se faire soigner en médecine libérale qu'on a également une couverture sociale et qu'on ne paie donc que le cinquième des frais médicaux. Par ailleurs, en comparant l'attitude des mères lorsqu'elles-mêmes sont malades et lorsqu'il s'agit de leur enfant, on observe une plus grande sensibilité au niveau socio-économique dans le second cas de figure : ainsi qu'elles appartiennent ou non à un ménage bénéficiant de revenus réguliers, elles consultent autant pour elles-mêmes, mais non pas pour leur enfant qui subit le contre-coup de la plus grande précarité ; de même, lorsque le chef de ménage n'est pas salarié, elles font plus souvent l'effort financier d'une consultation privée pour elle-même (rapport de un à cinq),

TABLEAU 17 : INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS

RECOURS AUX SOINS*	INDICATEURS "SOCIO-ECONOMIQUES"	SALARIE		PROPRIETAIRE		SALON	
		Non (n=318) %	Oui (n=181) %	Non (n=166) %	Oui (n=333) %	Non (n=329) %	Oui (n=170) %
ACCOUCHEMENT	. Domicile	8,9	5,6	6,0	8,5	9,4	4,1
	. Public	89,6	76,1	85,6	83,3	86,0	80,5
	. Privé	2,5	18,3	8,4	8,2	4,6	15,4
		P < 0,0001		N.S		P < 0,001	
CONSULTATION	. Aucune	21,9	22,1	21,1	22,3	22,1	21,6
	. Public	73,9	58,2	69,0	68,0	70,3	64,2
	. Privé	4,2	19,7	9,9	9,7	7,6	14,2
		P < 0,0001		N.S		N.S	
VACCINATION ENFANTS	. Aucune	42,6	21,7	41,2	32,1	40,9	24,1
	. Incomplète	27,1	28,3	27,9	27,3	26,5	29,4
	. Complète	30,3	50,0	30,9	40,5	32,6	46,5
		P < 0,0001		N.S		P < 0,001	
CONSULTATION ENFANTS	. Aucune	27,5	16,0	23,0	23,5	24,1	21,8
	. Public	72,2	74,9	73,3	73,1	72,8	74,0
	. Privé	0,3	9,1	3,7	3,4	3,1	4,2
		N.S		N.S		N.S	

TABLEAU 18 : DEGRE D'INSTRUCTION DE LA MERE ET COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS

RECOURS AUX SOINS*	DEGRE D'INSTRUCTION	JAMAIS SCOLARISEE	AU MOINS PRIMAIRE
		(n=356) %	(n=144) %
ACCOUCHEMENT	. Domicile	9,6	2,8
	. Public	86,5	78,3
	. Privé	3,9	18,9
		P < 0,001	
CONSULTATION	. Aucune	22,9	19,4
	. Public	70,3	63,3
	. Privé	6,8	17,3
		P < 0,001	
VACCINATION ENFANTS	. Aucune	41,8	18,3
	. Incomplète	25,9	31,7
	. Complète	32,3	50,0
		P < 0,001	
CONSULTATION ENFANTS	. Aucune	23,5	22,7
	. Public	73,9	71,7
	. Privé	2,6	5,6
		N.S	

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



que pour leur enfant (rapport de un à trente). Pour résumer, les conditions socio-économiques, et singulièrement l'existence d'un salaire, c'est-à-dire d'un revenu régulier et d'une protection sociale, influent moins sur le niveau de consultation que sur le lieu, et entraînent des différences plus grandes pour les pratiques de santé touchant les enfants que les mères. Quant au degré de scolarisation, il a un impact superposable à celui du salaire - confirmant ainsi sur les comportements, l'association déjà notée avec les critères socio-économiques -, sauf pour la différence mère/enfant qui disparaît - ce qui semble indiquer le caractère exclusivement économique, et non lié à l'instruction, de l'écart observé.

Sur les vaccinations, la différenciation est particulièrement intéressante à étudier, car la contribution financière demandée paraît modeste : 100 Francs CFA pour un carnet obligatoire, puis 100 Francs CFA pour chacune des trois séances (qui comprennent au total les trois doses contre diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, et la dose unique contre la tuberculose, rougeole et fièvre jaune), soit 400 Francs CFA, alors que le coût moyen de l'ordonnance délivrée dans les dispensaires est de 5.000 Francs CFA (tableau 3). La corrélation avec les indicateurs socio-économiques est très nette (tableau 17) : un enfant a deux fois plus de risque de n'être pas vacciné lorsque le ménage n'a pas de salaire régulier ; le rapport est 1,7 avec les signes de richesse et 1,3 avec le statut foncier. Pour le niveau d'instruction, on observe une relation encore plus forte avec un risque relatif qui atteint 2,3. En somme - et on ne s'en étonnera guère -, moins on est pauvre ou mieux on est scolarisé, et plus on s'attache à bien vacciner ses enfants. Aussi évidente soit-elle, cette assertion mérite une précision et une explication. La précision : ces deux facteurs - pauvreté et scolarité - sont-ils tellement liés qu'ils sont redondants, ou bien ont-ils chacun un impact indépendant ? L'explication : étant donné la réponse à la question précédente, comment rendre compte de l'influence (combinée ou séparée) de ces deux facteurs sur une pratique peu coûteuse et facilement réalisable - la vaccination ?

En premier lieu, le niveau socio-économique et le degré d'instruction, quoiqu'étroitement corrélés, agissent de manière indépendante : à statut professionnel constant, l'analphabétisme reste un élément péjoratif, et à scolarisation égale, le salaire garde une influence favorable (tableau 19) ; on peut en avoir une confirmation dans une analyse multivariée qui tient compte simultanément de tous les

**TABLEAU 19 : INFLUENCE DU STATUT PROFESSIONNEL ET DU DEGRE D'INSTRUCTION SUR LA COUVERTURE VACCINALE (TEST D'AJUSTEMENT)\***

VARIABLES	NIVEAU D'INSTRUCTION		CHI2 (COCHRAN) Influence du statut professionnel à instruction constante
	Aucun	au moins primaire	
SALAIRE REGULIER	Non 45,7% n = 247	31,4% n = 70	P < 0,001
	Oui 32,4% n = 108	5,6% n = 72	
CHI2 (COCHRAN) Influence de l'instruction à statut professionnel constant	P < 0,001		

\* Le pourcentage indiqué et celui d'enfants non vaccinés

**TABLEAU 20 : INFLUENCE SEPARÉE DE CHACUNE DES VARIABLES SUR LA COUVERTURE VACCINALE (REGRESSION MULTIPLE)**

VARIABLES *	COEFFICIENT	TEST
Degré d'instruction	0,176	0,0003
Revenu salarié du chef de ménage	0,263	0,0004
Participation à une association villageoise	-0,120	0,005
Retour récent au village	0,099	0,03
Possession d'un salon	-	N.S
Parents vivant en ville	-	N.S
Propriété de la concession	-	N.S
Age de venue en ville	-	N.S

\* L'étroite corrélation des trois variables socio-économiques ne permet pas de les faire apparaître simultanément dans l'analyse ; introduites séparément, elles sont significativement associées à la couverture vaccinale, mais étudiées ensemble, elles ne permettent la mise en évidence que de la corrélation la plus significative, c'est-à-dire le revenu salarié.

facteurs étudiés et qui montre à nouveau le rôle joué par les deux variables (tableau 20). Ces résultats ont des conséquences pratiques importantes pour les responsables de santé publique : il semble en effet possible d'améliorer la couverture vaccinale en agissant sur l'un ou l'autre de ces deux facteurs, c'est-à-dire par exemple en l'absence de toute élévation du niveau de vie, on peut espérer réduire, par des programmes éducatifs, les inégalités dans la prévention, et donc devant la maladie et la mort - la rougeole étant la première cause de décès avant cinq ans à Pikine (FASSIN 1986a).

En second lieu, ces données statistiques étant établies, encore faut-il les expliquer : comment rendre compte du rôle du niveau socio-économique indépendamment du degré d'instruction, et inversement. Pour l'influence de la pauvreté, plusieurs hypothèses peuvent être suggérées : tout d'abord, la somme exigée, même petite, peut devenir un obstacle - beaucoup de femmes ne disposent chaque jour que de quelques centaines de francs qui leur permettent seulement d'acheter les légumes et le poisson pour accompagner le plat de riz, et n'autorisent pas le prélèvement de 100 ou 200 Francs CFA pour les vaccinations ; ensuite, il arrive que la quantité de doses prévues par les responsables des programmes d'immunisation s'avère insuffisante - on demande alors aux mères d'acheter le vaccin à la pharmacie où il vaut entre 900 et 1000 Francs CFA ; enfin, beaucoup de femmes ignorent le prix de la vaccination - elles la croient hors de leur portée financière. Pour l'influence de la scolarisation, les raisons paraissent plus univoques : la pauvreté de l'information en matière de vaccination, et plus généralement de prévention, aggrave les inégalités, car les mères instruites ont souvent entendu parler de vaccins à l'école, dans les cours d'hygiène, ont pu lire dans les dispensaires les jours de venue des vaccinateurs, mais surtout et de manière moins spécifique, sont plus réceptives aux messages de la médecine moderne. Il faut toutefois bien comprendre qu'en matière d'explication des différences de comportement, les raisons avancées tiennent à la fois de l'hypothèse et de la conviction, mais n'ont fait l'objet d'aucune étude précise : le seul élément certain, c'est que l'information des mères n'est pas faite : ainsi, parmi cinquante femmes interrogées à Pikine (FASSIN 1986a), aucune ne savait avec précision contre quelle maladie son enfant était vacciné et toutes ignoraient que le vaccin antirougeoleux servait à empêcher, et non simplement à atténuer, la rougeole.

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

### Zones d'ombre dans un questionnaire

D'abord, ces enquêtes ne livrent pas d'informations sur le recours aux thérapeutes africains. Ou plutôt, lorsqu'elles en donnent, on ne peut que douter de leur validité. Ainsi, que penser d'un taux de 0,2 % pour la fréquence de consultation chez les praticiens traditionnels au Kenya (SCHULPEN et SWINKELS 1980) - sinon que le problème n'est pas que ce dernier chiffre soit "underestimated" comme le supposent les auteurs, mais plutôt que la méthode est inadéquate pour saisir ce type de données ? Plus encore, comment interpréter la contradiction entre deux études qui corrélaient le recours aux médecins locales et le niveau de scolarité des enquêtés : pour C. MACLEAN au Nigéria (1966), plus les femmes sont instruites et moins elles utilisent les traitements traditionnels, ce qui, pour elle, semble aller de soi puisqu'elle n'en discute pas ; en revanche, pour J.N. LASKER en Côte-d'Ivoire (1981), la découverte que les répondants non scolarisés déclarent moins de consultations chez des praticiens africains que les autres l'amène à conclure que les analphabètes ont peut-être plus tendance à cacher leurs pratiques à des enquêteurs qui représentent l'administration et l'université.

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

Si l'on devait, d'une phrase, expliciter l'influence du niveau socio-économique et scolaire sur l'usage, par les malades des médecines africaines, on dirait volontiers que ni l'argent, ni l'école ne font rien à l'affaire. C'est en effet beaucoup plus le type de maladie ou de problème que le niveau de revenus ou d'études qui intervient dans la décision de consulter un guérisseur ou un marabout. Chacun peut citer, dans son entourage, un professeur, un médecin, voire un ministre, qui a fait appel, pour une divination ou un remède, à un thérapeute renommé. Et la littérature africaine abonde d'exemples semblables - le chef de cabinet de **La grève des battù** (SOW FALL 1979), le riche transitaire de **Xala** (SEMBENE 1973) ou le médecin d'**Une si longue lettre** (BA 1983) pour s'en tenir au roman sénégalais. La plus titrée des femmes rencontrées au cours des enquêtes à Pikine, ancienne étudiante de l'Université de Dakar et actuelle inspecteur du travail, raconte ainsi comment, après avoir essayé la médecine moderne pour résoudre son problème d'avortements à répétition, elle s'est tournée vers la médecine traditionnelle : "Je suis allée voir un Manjak à Grand Dakar. La première fois, il m'a dit de revenir avec deux

calebasses, un litre de vin, deux pagnes et dix mille francs. La seconde fois, je lui ai apporté ce qu'il demandait ; il m'a interrogée sur mes troubles de santé, puis il a consulté les oracles et m'a expliqué qu'on m'avait jeté un sort pour que je n'aie pas d'enfant ; il a parlé de sorciers. La troisième fois, il m'a allongée ; il m'a mordue au front car j'avais des vertiges, et il a fait sortir une pierre grosse comme un dé ; puis il m'a mordue au ventre pour les avortements, il a fait sortir un objet un peu mou, comme un intestin. C'est de la magie. Je n'y crois pas vraiment, mais quand même depuis qu'il m'a fait cela, je vais un peu mieux. D'ailleurs, j'ai arrêté de le voir car j'avais peur". Plus tard, elle ajoute qu'elle a aussi des difficultés dans ses relations sexuelles avec son troisième époux et qu'elle envisage d'aller voir un psychanalyste.

Mais si le niveau socio-économique ou scolaire n'influe que peu sur le choix de la médecine traditionnelle, il joue en revanche un rôle important dans la concrétisation de ce choix. Comme on l'a déjà noté à propos du pouvoir économique des thérapeutes, le montant parfois très élevé des traitements maraboutiques peut constituer un obstacle à la cure traditionnelle. C'est d'ailleurs des raisons financières qu'invoquent J.M. GIBBAL (1984) pour expliquer la disparition actuelle des cultes des prêtres songhay et C. LE COUR GRANDMAISON (1972) pour rendre compte de la raréfaction des rituels de possession lebou. A Pikine où, lorsque le sacrifice d'un boeuf est demandé, c'est 40.000 à 80.000 Francs CFA qu'on engage, et lorsqu'une cérémonie de **ndép** est réalisée, c'est 50.000 à 100.000 Francs CFA qu'il faut dépenser, le prix du traitement traditionnel est aussi économiquement sélectif que le coût d'un accouchement en clinique, qui revient à 60.000 Francs CFA environ - à cette différence près que le fonctionnaire ou l'employé ne doivent payer que le cinquième de la somme réclamée par la sage-femme, alors qu'ils doivent déboursier la totalité des frais exigés par le guérisseur. C'est dans les cas de maladies mentales ou de handicaps physiques que les prix atteignent souvent des valeurs inaccessibles, chaque nouveau thérapeute s'appuyant sur l'inefficacité des précédents traitements pour demander des sommes plus élevées, sous prétexte de plus grands dangers encourus. Ainsi, le petit-fils d'un délégué de quartier de Guedjawaye, âgé de quatre ans et présentant un retard psychomoteur grave (peut-être secondaire à une souffrance néo-natale), a-t-il été amené chez une dizaine de marabouts "qui demandaient mille ou mille cinq cents ou deux mille francs d'avance" ; l'un d'eux, Cherife Baya Aïdara de Mauritanie, "a dit pouvoir le soigner

pour cinquante mille francs, il fallait donner vingt-cinq mille d'avance, j'ai payé mais le cherife est mort avant la fin du traitement" ; aujourd'hui, le recours aux **ndēpkat** (prêtresses du cultes de possession lebou), qui avait été envisagé, paraît impossible car "c'est une grande somme, il faut un mouton ou un boeuf, et encore vingt-cinq mille ou cinquante mille, et ensuite c'est chaque année de nouvelles dépenses". En fait, s'il est habituel de dire que "les gens sont prêts à payer n'importe quoi pour guérir", ils ne sont peut être pas prêts à payer **pour** n'importe quoi, et leur décision d'entreprendre une cure coûteuse se fonde sur un équilibre entre leur espoir de mobiliser la somme demandée et la confiance dans le pouvoir des guérisseurs qui leur reste au terme de nombreux échecs.

Une autre zone d'ombre qui alimente nombre d'idées reçues est la question de qui décide et qui paie en matière de maladie : en particulier, on dit généralement que l'éducation des mères ne sert à rien, puisque ce sont les pères qui détiennent l'autorité et l'argent, donc les arguments de la décision. En fait, les choses semblent plus complexes, et la question : qui choisit ? fait intervenir de nombreux facteurs tels que la personne malade, le type de maladie, le thérapeute consulté, la somme nécessaire, l'entourage familial, les rapports conjugaux, la personnalité des sujets - tous éléments de nécessité qui laissent pourtant encore une part au hasard. L'homme décide en règle pour lui-même - sauf lorsqu'il est dans l'incapacité physique ou mentale de le faire, et c'est alors un frère aîné ou un oncle qui prend les choses en main. La femme, elle, dispose d'une assez grande latitude dans sa décision, pour autant qu'elle ait une autonomie financière vis-à-vis du choix fait - soit parce qu'elle prélève cent ou deux cents francs sur la somme donnée pour le marché ; soit parce qu'elle utilise ses économies, en principe destinées à l'achat de vêtements ou de parfums ; soit enfin parce qu'elle obtient d'un frère, d'un ami ou d'un amant, l'argent nécessaire - : c'est lorsqu'elle doit demander à son mari qu'elle n'est plus en situation de décider. Quand il s'agit d'un enfant, les modalités paraissent moins clairement établies : pour une banale maladie nécessitant seulement le recours au dispensaire ou à la guérisseuse du quartier, et donc mobilisant une énergie et une somme minimales, la décision peut être prise par la mère (ou une autre femme de la maison, tante ou grand-mère) ; en revanche, pour une affection qui engage des frais plus importants (hospitalisation ou maraboutage), le père sera presque toujours partie prenante dans la décision.

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

En insistant ainsi sur la multiplicité des déterminismes dans les choix thérapeutiques, il s'agit de montrer pourquoi et comment la profession ou le revenu du chef de ménage ne constituent qu'une partie des facteurs socio-économiques qui vont influencer sur une décision de recours et une évolution de maladie ; il s'agit d'expliquer pourquoi, dans le troisième récit, Aminata Sarr et Aby Fall, coépouses vivant sous le même toit et confrontées à la même absence du mari, ne sont pourtant pas dans la même situation financière, car la seconde est aidée par ses frères et la première doit s'en sortir seule, avec les conséquences dramatiques que l'on a vues sur la malnutrition de son enfant ; il s'agit de comprendre comment, dans le second récit, le rôle d'Amadou Sy dans les choix concernant la santé de sa famille se modifiait, selon qu'il travaillait ou non, pas seulement parce que, dans un cas, il y avait de l'argent dans le ménage et non dans le second, mais aussi parce qu'étant au chômage, il était plus présent à la maison et plus actif dans les décisions, notamment de vaccination des enfants ; il s'agit plus généralement de révéler les insuffisances du questionnaire à rendre compte de la complexité des faits et plus encore de la réalité des situations - que signifie, par exemple, le chiffre de 27 % de femmes qui répondent : "mon frère (ou ma soeur) de



même père et même mère" à l'interrogation posée hors contexte : "lorsqu'une ordonnance coûte trop cher, qui vous aide à la payer ?" (critique que j'émetts d'autant plus volontiers que c'est moi qui ai formulé la question)?

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

Les observations qualitatives aussi bien que les enquêtes quantitatives montrent la grande hétérogénéité socio-économique de la population pikinoise. Dans cette hétérogénéité pourtant, une distinction pertinente, notamment en ce qui concerne la santé, est celle qu'établit C. MEILLASSOUX (1982 : 179) entre "travailleurs intégrés ou stabilisés, qui se reproduisent intégralement dans le secteur capitaliste" et "travailleurs migrants qui ne s'y reproduisent que partiellement", distinction qui s'appuie sur le fait que "les allocations familiales, les allocations chômage, la prise en charge des maladies ou des incapacités de travail sont accordées de manière discriminatoire". La différenciation par le salaire (opposé aux gains incertains des journaliers du secteur moderne ou des travailleurs du secteur informel) apparaît non seulement dans les comportements où la prise en charge sociale est décisive - hospitalisations ou consultations dans le secteur privé -, mais même sur les pratiques où elle l'est le moins - vaccinations par exemple -, montrant, s'il en était besoin, que les inégalités socio-économiques sont plus que de simples inégalités financières.

Mais la distinction entre ces deux groupes ne doit pas faire illusion : comme le note C. MEILLASSOUX (1982 : 180), "l'instabilité de l'emploi" est l'une des caractéristiques principales du marché du travail en Afrique, et faire partie des salariés n'est jamais un acquis définitif, comme le prouvent les deux premiers récits présentés. Le privilège économique de pouvoir faire soigner "gratuitement" (le cinquième payé par

le salarié est directement soustrait de sa rémunération et n'est donc pas considéré comme une dépense du ménage) ses femmes et ses enfants dans "les meilleurs endroits" et par "les meilleurs médecins" est un élément de prestige social très recherché, mais toujours menacé. Il arrive même, dans certains cas qu'un salarié soit licencié pour cause économique (menace de faillite) et réembauché quelques mois plus tard dans la même entreprise comme journalier (donc sans charges sociales pour l'employeur et sans protection sociale pour l'employé).

Pourtant la discrimination par le salaire ne résume évidemment pas la différenciation socio-économique, même en matière de soins. Les travaux nombreux menés sur le secteur informel (voir la bibliographie établie par I. DEBLE et P. HUGON 1982) montrent la diversité des situations - dont les paragraphes consacrés ici aux vendeurs illicites de médicaments donnent un aperçu. Ainsi, entre un entrepreneur et ses apprentis, et, parmi ceux-ci, entre les anciens qui obtiennent des rémunérations parfois substantielles et les jeunes qui ne reçoivent rien pour le prix de leur travail, les différences sont importantes : même si aucun d'eux ne bénéficie de la protection sociale, les uns peuvent soigner leurs enfants au dispensaire, alors que les autres doivent emprunter pour le faire. D'ailleurs, il est fréquent que les écarts de revenus et les disparités d'accès aux soins soient plus grands entre deux non-salariés (un commerçant ou un marabout, et un vendeur ambulancier ou un apprenti mécanicien, par exemple) qu'entre un salarié et un non-salarié. Mais, en ce domaine, toute typologie des activités économiques ou des catégories sociales fait rapidement la démonstration de son inaptitude à saisir le réel et à le comprendre (MORICE 1982).

Pour finir, une remarque : on entend souvent dire - en particulier par cinq des six médecins privés de Pikine - que "même pour les pauvres, la santé n'a pas de prix" et que "les gens sont prêts à payer n'importe quoi pour être bien soignés", arguments qui servent à justifier les tarifs élevés des services et, du même coup, à nier les inégalités sociales dans l'accès aux soins ; les seuls qui soient prêts à admettre que "la santé a un coût" et qu'"on ne peut pas soigner à n'importe quel prix" sont les économistes et les décideurs, mais ils parlent des charges pour l'Etat et la collectivité, et non des dépenses des individus. En fait, les malades ne sont prêts à payer que ce qu'ils peuvent mobiliser, sur leurs propres ressources et sur leurs réseaux d'entraide - dont J.M. GIBBAL (1974) a montré qu'ils se réduisaient lorsqu'on descendait

l'échelle de la pauvreté ; les sommes ainsi réunies sont souvent insuffisantes pour régler le montant d'une ordonnance, d'un examen ou d'une hospitalisation, ou bien elles arrivent trop tard. Ainsi, la santé a effectivement un prix et beaucoup de Pikinois ne peuvent se l'offrir.

## Chapitre XVII: VILLES ET VILLAGES

La ville ne se pense pas sans le village. Phrase aujourd'hui banale, mais qui l'était peut être moins il y a trente ans, époque des premiers travaux de P. MERCIER à Dakar (1954) et G. BALANDIER à Brazzaville (1985), lorsque la ville semblait représenter la modernité face à la tradition des villages. Si le monde urbain ne peut se comprendre sans référence permanente au monde rural, ce n'est pas seulement que les Africains des villes sont pour la plupart nés au village, et donc des "nouveaux citadins", pour parler comme J.M. GIBBAL (1974) ou des "paysans-prolétaires", pour reprendre les termes de C. MEILLASSOUX (1982), c'est aussi qu'ils maintiennent, ainsi que l'ont montré ces deux auteurs, des liens étroits avec leur communauté d'origine, sous forme de circulation d'argent, de biens, de femmes, de force de travail.

C'est ce que rappelle l'article en forme de manifeste signé il y a quelques années par cinq chercheurs en sciences sociales, et intitulé "Position de l'enquête anthropologique en milieu urbain africain" (GIBBAL, LE BRIS, MARIE, OSMONT et SALEM 1981) : "Entre le village et la ville, le rapport est organique. Dans ces conditions, les habituels et commodes découpages géographiques se révèlent largement caducs, de même que les classiques oppositions dont le couple ville/village constitue souvent le paradigme : tradition/modernité, permanence/changement, rural/urbain, etc. Au contraire, le réel impose un va-et-vient constant entre les deux pôles de chaque opposition car on les rencontre dialectiquement présents dans l'un et l'autre lieu. C'est ainsi que les sociologues de la ville africaine ne peuvent éluder la permanence, en milieu urbain, d'institutions, de valeurs et de pratiques transplantées du milieu rural, et qu'il ne suffit pas d'interpréter comme des survivances ou des archaïsmes : les groupes d'originaires, les solidarités ethniques, tribales ou familiales, les associations culturelles, les pratiques familiales, matrimoniales, religieuses, certains comportements économiques, les croyances et les représentations dites traditionnelles y apparaissent au contraire comme opératoires, même si ou parce qu'ils sont l'objet de pratiques adaptatives et réinterprétatives". Le problème est posé, mais sa solution empirique ou théorique reste à trouver.

Comment, sur le terrain, sortir de l'opposition ville-village - on est forcément présent dans l'une ou dans l'autre ? Comment, dans l'analyse, rendre compte de leurs relations réciproques - on ne peut parler des deux à la fois que si l'un sert de référent ? La question n'est pas un simple exercice intellectuel, surtout lorsqu'on travaille dans le cadre d'un projet explicitement nommé : "Urbanisation et santé", et d'une thèse qui désigne non moins ouvertement son objet d'étude : les pratiques urbaines. Faut-il, comme A. LERICOLLAIS et M. VERNIERE (1975), parler à deux, l'un du village, l'autre de la ville ? Mais alors, quel que soit l'effort de rapprochement des points de vue, on sent bien qu'il s'agit de deux textes réunis et non d'une pensée globale. Faut-il, comme J.M. GIBBAL (1973), suivre ses informateurs citadins jusque dans leur village ? C'est certainement une méthode très riche d'enseignements, mais qui impose de se limiter à quelques observations. En fait, on retrouve les questions énoncées dès l'introduction à propos des difficultés de la recherche urbaine. L'approche proposée ici se base, en premier lieu, sur l'étude des migrations pour cause de maladie entre la ville et le village (Fouta Toro et Casamance) ; en second lieu, sur la confrontation de données recueillies, en milieu urbain et rural, autour des représentations et pratiques de la rougeole chez les Haalpulaaren (Toucouleur et Peul) ; en troisième lieu, sur les résultats complémentaires de l'enquête "Accès aux soins". En somme, c'est par la diversité des angles d'attaque qu'on espère mieux cerner les relations entre la cité et la campagne, faute d'avoir trouvé une méthode unique qui puisse dépasser les contradictions énoncées précédemment.

### Maladie et migration

Le chercheur trouve souvent ce qu'il cherche : m'interrogeant sur la maladie comme cause de mouvements de population, j'ai effectivement découvert des taux élevés de problèmes de santé à l'origine des migrations. C'est évidemment ennuyeux, puisqu'il peut s'agir d'un biais d'enquête, mais c'est peut-être à tout prendre moins gênant que l'inverse, car il est vrai aussi que le chercheur ne trouve que rarement ce qu'il ne cherche pas : ainsi, J.M. GIBBAL (1974) ne signale qu'exceptionnellement ce motif de migrations urbaines. En fait, cette apparente contradiction peut être dépassée, si l'on considère que la motivation d'un acte, surtout lorsqu'il engage une partie, et parfois la totalité d'une existence, comme la migration, est un phénomène complexe qui met souvent en jeu plusieurs

registres (on peut ainsi venir à la ville à la fois pour suivre son mari qui cherche du travail et pour faire traiter à l'hôpital une maladie).

L'enquête dans la Vallée du Fleuve s'est déroulée à Barobé-Diakel, un village de 780 habitants déclarés sur les listes de distribution alimentaire - en fait probablement beaucoup moins. Les quarante-deux mères ayant un enfant de moins de cinq ans (donc la quasi-totalité des femmes en âge de procréer) ont été interrogées dans le cadre de l'enquête sur la rougeole. Après avoir fait préciser la composition du ménage, nous demandions à chaque femme si elle-même ou une autre personne de la concession, était déjà allée en ville et, le cas échéant, le motif du déplacement : dix-huit voyages ont ainsi été dénombrés, dont dix concernant des femmes, cinq leurs enfants, et les trois autres des parents proches. On ne peut certes pas tirer d'informations fiables sur les migrations d'hommes car il est inhabituel que les femmes parlent d'affaires touchant leur mari ; de plus, on peut penser qu'elles ont pu oublier des voyages en ville faits par d'autres membres de la concession. En revanche, il est improbable qu'elles aient commis de semblables erreurs pour elles-mêmes et on peut donc affirmer avec une quasi certitude que, parmi quarante-deux femmes interrogées, dix s'étaient rendues en ville, et toutes avec le même motif, spontanément invoqué, de maladie (tableau 21). Toutes avaient leur mari au village pendant leur séjour qui durait en moyenne sept mois. Et dans la moitié des cas, la maladie était en rapport avec un problème de procréation. Ainsi, de même que la recherche d'un emploi est la première cause de migrations masculines (A. B. DIOP 1965), la quête d'un traitement paraît être la principale motivation de venue temporaire en ville des femmes - en dehors du cas où elles rejoignent leur mari installé à Dakar.

Ainsi, Fatimata B. (cas n°2), quitte le village pour la première fois en 1972 : elle est mariée depuis 1964 et sans enfant : elle se plaint de **reedu musooru** (mal au ventre) ; ses consultations au dispensaire de Saldé à cinq kilomètres de Barobé-Diakel n'ont pas apporté d'amélioration. Elle part donc se faire soigner à l'hôpital Le Dantec (l'un des deux hôpitaux publics généraux de Dakar). Durant les trois mois de son séjour, elle est hébergée chez son oncle, "Diallo Pitché", qui est venu à Pikine vingt ans auparavant et y a fait fortune dans l'élevage d'oiseaux. A la fin du traitement, elle rentre au village et, l'année suivante, elle a son premier enfant. Mais 1973 est aussi l'année où la sécheresse contraint son mari à partir en ville pour s'y installer

**TABLEAU 21 : DIX VOYAGES EN VILLE DE FEMMES HAALPULAAREN POUR CAUSE DE MALADIE (BAROBE-DIAKEL)**

CAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATE DU VOYAGE	1976	1972	1980	1979	1978	1970	1981	1982	1973	1976
MALADIE	Rhumatisme articulaire aigu	Stérilité primaire	Stérilité secondaire	Polyarthrite rhumatoïde	Fausse couches répétées	Maux de tête	Tuberculose pulmonaire	Troubles gynécologiques	Rhumatisme articulaire aigu	Fausse couches répétées
SOINS AVANT LE DEPART	Dispensaire rural	Dispensaire rural	Marabouts au village	Dispensaire rural	Marabouts au village	?	Aucun	Dispensaire et marabouts	?	Dispensaire rural
SOINS EN VILLE	Hôpital Principal	Hôpital Le Dantec	Hôpital public	Dispensaire à Dakar	Hôpital Principal	Hôpital Le Dantec	Dispensaire à Pikine	Maternité à Pikine	Dispensaire à Dakar	Dispensaire à Dakar
DUREE DE SEJOUR	6 mois	3 mois	12 mois	3 mois	6 mois	2 mois	2 ans	7 mois	4 mois	5 mois
VILLE	Dakar	Pikine	Nouakchott	Pikine	Pikine	Dakar	Dakar	Pikine	Pikine	Dakar
RESIDENCE	Soeur	Oncle	Frère	Frère du mari	Oncle du mari	"Maître" de la mère*	Frère aîné	Frère	Parent	Frère
CONSEQUENCES DU TRAITEMENT	Amélioration provisoire	Grossesse en 1973	Aucune amélioration	Amélioration partielle	Grossesse en 1979	Guérison	Guérison	Guérison	Guérison	Grossesse en 1978
EVOLUTION ULTERIEURE	Rechute en 1978	Grossesses normales	Stérilité définitive	Début soins traditionnels	Retour à Dakar en 82	Pas de rechute	Pas de rechute	Pas de rechute	Pas de rechute	Grossesses normales

\* Il s'agit d'une famille de captifs ; la femme a été hébergée par les "maîtres" de sa mère.

définitivement - jusqu'à cette date, il y passait seulement les mois de saison sèche comme vendeur ambulancier de tissus. Elle le rejoint en 1975 alors qu'il a trouvé un emploi dans l'entreprise de l'oncle, passe huit ans à Pikine, puis rentre au village avec ses trois enfants en 1983.

Autre exemple, Ramata D. (cas n°8) qui part à Dakar en 1982 pour y soigner le *njaam siti*, affection difficilement identifiable dans la nosographie médicale (le terme de syphilis par lequel on le traduit généralement est incorrect) et associant des douleurs diffuses, des maux de tête, une éruption cutanée et, dans le cas présent, des troubles gynécologiques mal précisés. Avant de se décider à quitter le village, elle y a tenté diverses thérapeutiques : celles de la sage-femme du dispensaire voisin (injections) et ceux de son mari marabout (prières, amulettes). A Pikine où elle passe sept mois, elle habite chez sa soeur et consulte à la maternité du quartier. Lorsque le traitement est terminé, et qu'elle pense être guérie - ou plutôt lorsqu'on estime venu pour elle le moment de rentrer au village -, elle retourne à Barobé-Diakel auprès de son mari.

En fait, dans les récits faits a posteriori, il est difficile de savoir si la maladie est cause ou prétexte du voyage, ou plus précisément de comprendre ce qui, dans le cours d'une maladie chronique, provoque à un moment donné la décision de partir - pressions familiales, conflit conjugal, difficulté économique, suspicion de maléfice ; il aurait fallu, pour le déterminer, être présent au moment où les choix se sont faits, ou tout au moins confronter a posteriori une série de récits de l'événement, ce qui dépassait le cadre de cette étude. Mais, une autre limite de l'enquête de Barobé-Diakel est le fait qu'elle ne considère que les migrations du village vers la ville, et non celles, en sens inverse, de retour en brousse ; et il est effectivement encore plus difficile de préciser les motivations pour les voyages au village qui sont très souvent multiples - visite à la famille, aide au travail des champs, éducation des enfants, mais aussi recherche d'un traitement traditionnel.

Cette étude, nous l'avons pourtant faite, mais chez les Diola ; et ce pour deux raisons : d'une part, parce que nous avons choisi de nous intéresser, en ville, non pas aux habitants d'un quartier, groupe nécessairement hétérogène - c'était le cas pour l'enquête rougeole à Medina-Gounasse -, mais aux ressortissants d'un même village dispersés dans Pikine, ce qui permettait d'avoir affaire à des citadins ayant des



référents socio-culturels très proches ; d'autre part, l'importance des pratiques rituelles dans le champ thérapeutique diola, permettait d'avoir des repères plus solides dans l'analyse des raisons du séjour villageois - lorsqu'on rend visite à un parent ou ami guérisseur, il est difficile de distinguer l'obligation courtoise de la motivation intéressée, alors qu'accomplir un rituel est nécessairement lié à une protection ou un traitement de maladie ou de malheur.

Parmi les dix femmes originaires de Petit-Koulaye et vivant à Pikine en 1985, quatre déclarent être venues en ville pour y rejoindre leur mari qui y travaille, trois invoquent la recherche d'un emploi et trois enfin parlent de soins à l'hôpital (tableau 22). Toutes sont depuis retournées au village (pour le cas n°4, elle était arrivée à Pikine quelques semaines avant l'enquête et la question du retour en Casamance était évidemment prématurée) : pour quatre d'entre elles, il s'agit de rituels destinés à protéger des nouveau-nés, soit à titre systématique (cas n°1, 7 et 9), soit en raison d'antécédents particuliers dans la fratrie (cas n°2) ; pour trois autres, ce sont des soins, en particulier accomplissement de rites, pour des problèmes de santé les concernant elles-mêmes (cas n°3, 5, 10) ; pour deux enfin, des raisons familiales sont données (cas n°6 et 8). Les rituels, réalisés à titre préventif ou curatif, occupent donc une place prépondérante (sept cas sur neuf) dans les motifs invoqués par les femmes pour expliquer leur retour au village, et d'une manière plus générale, la recherche de traitements traditionnels apparaît comme la première cause de migrations temporaires des citadines diola vers la Casamance.

Mais, le récit de Fatou B. (cas n°7) illustre bien la complexité des motivations et, souvent, l'impossibilité pour le chercheur d'aller au-delà de conjectures. Elle dit en effet : "Je suis venue à Dakar en 1977 chercher du travail ; j'ai trouvé un emploi de bonne ; c'est mon frère qui m'hébergeait". En fait, après l'entretien, mon compagnon d'enquête, qui la connaît, me révèle qu'elle avait été envoyée au Cap-Vert par sa famille pour y rencontrer son mari, alors étudiant à Paris, qu'elle n'avait encore jamais vu ; or, le mari étant resté en France et ayant ostensiblement ignoré la jeune femme, celle-ci ne pouvait pas retourner au village après une telle humiliation ; elle chercha donc du travail et un mari moins infidèle - qu'elle trouva deux ans plus tard. Evoquant ensuite ses deux séjours en Casamance, elle explique : "En 1983, je suis partie au village, avec ma fille qui avait alors six mois, pour assister au mariage

**TABLEAU 22 : DIX BIOGRAPHIES RESUMEES DE FEMMES DIOLA VIVANT A PIKINE  
ET ORIGINAIRES DE PETIT-KOULAYE**

CAS	1	2	3	4	5
VENUE A DAKAR	1982	1979	1971	1985	1980
MOTIF	Rejoindre son mari (salarié à Dakar)	Rejoindre son mari (journalier à Dakar)	Chercher du travail (bonne à 14 ans)	Chercher des soins (rhumatismes)	Chercher des soins (stérilité)
RETOUR AU VILLAGE	1984	1984	1985		1982
DUREE	1 an	6 mois	indéterminée	-	6 mois
MOTIF	Naissance d'un enfant : rituels de protection (pas d'antécédent particulier)	Naissance d'un enfant : rituels de protection duoney (précédent enfant mort de diarrhée)	Fausses couches répétées : rituels de protection kafaanak (la forge) et kabeeporak		Stérilité : rituels (Kaposor, furemberëf) et guérisseurs (plusieurs marabouts)
CAS	6	7	8	9	10
VENUE A DAKAR	1980	1977	1980	1971	1959
MOTIF	Chercher des soins (douleurs diffuses)	Chercher du travail (bonne à 16 ans)	Rejoindre son mari (salarié à Dakar)	Chercher du travail (bonne à 21 ans)	Rejoindre son mari (salarié à Dakar)
RETOUR AU VILLAGE	1984	1981 et 1983	1973	1975	1980
DUREE	6 mois	2 fois 6 mois	3 mois	6 mois	3 mois
MOTIF	Décès de son père	Naissance de 2 enfants : rituels de protection (epooseeniley)	Maladie de sa mère	Naissance de son premier enfant : rituels de protection (kasiinak)	Soins (sans précision)

de mon frère. Ma mère a profité de l'occasion pour faire les rituels de 'ma fille". Cette seconde raison paraît donc accessoire, mais elle ajoute : "Pour Ibou, je l'avais aussi amené et elle lui avait fait les mêmes rituels", indiquant ainsi que même si le mariage du frère n'avait pas eu lieu elle aurait, de toutes façons, fait le voyage à Petit-Koulaye. Dans le premier exemple (venue à Dakar), il s'agit d'une volonté délibérée de cacher une vérité pénible et humiliante ; dans le second (retour au village), il s'agit au contraire d'une sélection inconsciente de l'événement le plus marquant dans le souvenir. L'ethnologue en est donc souvent réduit, un peu à la manière du narrateur de **La Recherche du temps perdu**, à ne posséder que des morceaux de la vérité et à multiplier les approches afin de découvrir d'autres fragments, éventuellement contradictoires, sans jamais savoir s'il tient enfin les vraies raisons ou seulement l'une des facettes d'une réalité toujours plus complexe que ses schémas.

### Citadins et ruraux

L'enquête sur la rougeole chez les Toucouleur et Peul (FASSIN 1986a) s'intéresse, non plus aux motivations, mais à des représentations et des pratiques concernant l'affection la plus redoutée de l'enfance (un proverbe pulaar énonce : si ton enfant n'a pas eu la rougeole, ne le considère pas encore comme ton enfant). L'hypothèse trop simple posée au départ était la suivante : si l'on compare un groupe de femmes de la ville et un groupe de femmes du village confrontées à une même affection, les différences observées entre les deux échantillons traduiront, en première approximation, les effets de l'urbanisation sur un ensemble de représentations et de pratiques. En fait, les résultats de l'étude ont conduit, comme on va le voir, à reconsidérer ce modèle évidemment réducteur.

A Barobé-Diakel, parmi les quarante-deux femmes interrogées, qui avaient eu en moyenne 5,6 enfants, dont plus d'un sur cinq était mort avant cinq ans, la rougeole était la seconde cause de décès dans cette catégorie d'âge ; alors qu'à Pikine où, parmi cinquante femmes qui avaient donné naissance en moyenne à 5,5 enfants, la mortalité infanto-juvénile touchait un peu plus d'un enfant sur dix, la rougeole apparaissait cette fois au premier rang des causes (tableau 23).

La crainte qui entoure cette maladie semble donc bien compréhensible ; pourtant elle s'exprime de manière différente au village et à la ville, ce qui tient probablement plus aux modalités épidémiologiques de la rougeole qu'à ses conséquences vitales. En effet, à Barobé-Diakel, il y a eu deux grandes épidémies dans le dernier quart de siècle (les hivers 1962-1963 et 1982-1983), avec, pour la seconde sur laquelle on dispose de données précises et récentes, une létalité de 5 % (parmi les 60 enfants qui ont été malades) ; au contraire, à Pikine, la situation est endémo-épidémique, avec un fond continu sur lequel se manifestent chaque année de petites flambées hivernales (de janvier à avril), et la létalité est de 6 % (parmi les 167 enfants qui ont eu la rougeole dans l'échantillon). Par conséquent, une évolutivité collective différente, mais une évolution individuelle identique. Or, aussi bien dans le groupe des villageoises que dans le groupe des citadines, on déclare craindre plus la maladie au village qu'à la ville : en particulier, plusieurs femmes m'ont raconté à Barobé-Diakel qu'au cours de l'épidémie de 1982-1983 qui a duré deux mois, on enterrait plusieurs enfants chaque jour, alors qu'en fait l'examen du registre du dispensaire et le recensement précis des enfants morts à cette époque donne un total de quatre décès par rougeole durant toute la période.

**TABEAU 23 : MORTALITE INFANTO-JUVENILE CHEZ LES ENFANTS HAALPULAAREN DANS UN VILLAGE DU FOUTA TORO ET UN QUARTIER DE PIKINE**

	BAROBE-DIAKEL (42 femmes)	PIKINE (50 femmes)
Naissances vivantes	234	276
Mortalité infantile 1ère cause	111 ‰ Fièvres (27 %)	47 ‰ Inconnue
Mortalité juvénile 1ère cause	107 ‰ Rougeole (28 %)	69 ‰ Rougeole (47 %)
Mortalité avant 5 ans 1ère cause	218 ‰ Fièvres (29 %)	116 ‰ Rougeole (34 %)

Passant des représentations de la gravité de la maladie aux représentations de sa causalité, on observe un glissement dans l'interprétation lorsqu'on passe du village à la ville. En effet, c'est au(x) vent(s) qu'on attribue la responsabilité de la rougeole. Mais le mot revêt, en pulaar, deux significations différentes selon qu'on l'utilise au pluriel ou au singulier : **keneeli**, les vents, constituent le phénomène physique, d'autant plus perceptible en zone sahélienne qu'ils se chargent de sable ; **hendu**, le vent, représente l'élément magique, l'esprit qui souffle, la maladie ou le malheur, et qu'on dit responsable de cas de paralysie ou de folie notamment. Or, au village, où l'harmattan éprouve durement les populations pendant la saison hivernale, en particulier décembre à mars, période des épidémies, les femmes utilisent généralement le pluriel pour désigner le coupable, alors qu'en ville, où les vents de sable sont beaucoup moins ressentis, elles en parlent au singulier. Certes, chez les villageoises, le surnaturel n'est pas totalement absent, de même que, chez les citadines, persiste le souvenir de l'harmattan, mais il existe un déplacement très net de l'explication mécaniste (c'est le vent de sable qui véhicule la maladie d'un village à l'autre ou d'un enfant à l'autre) vers l'interprétation magique (ce sont "le vent soufflé par Dieu" ou "le vent d'un autre malade" qui contaminent les nouveaux cas). Déplacement où l'on peut déceler le passage de la métonymie à la métaphore.

Après les représentations de la gravité et des causes, on peut s'intéresser aux représentations des causes de la gravité. Car c'est moins le pourquoi de la maladie qu'il faut élucider - finalement, la rougeole touche presque tous les enfants, au village comme à la ville - que le pourquoi de la mort de certains malades - alors que les autres survivent. Dans une société aussi profondément islamisée que l'est la société haalpulaar, particulièrement à Barobé-Diakel, village maraboutique, on ne sera pas étonné d'entendre évoquer, dans plus des deux tiers des cas, la fatalité divine : **dokké** (c'est le lot de chacun), **gayni** (c'est la fin de ses jours), **hoodiro allah** (c'est la volonté de Dieu). Néanmoins, on voit aussi apparaître une responsabilité humaine directe - la mère n'a pas su reconnaître la maladie dès les premiers symptômes et donc protéger l'enfant, ou bien n'a pas respecté les interdits de bains et d'aliments pendant la période éruptive -, plus fréquemment à Pikine (38%) qu'à Barobé-Diakel (23%). Cette part plus importante de l'explication individuelle chez les citadines que chez les villageoises peut être rapprochée des observations faites, dans un contexte très différent mais

également de changement social rapide - le prophétisme dans la communauté de Bregbo, en Côte-d'Ivoire -, par M. AUGE (1975) : "culpabiliser la personne (en lui attribuant la responsabilité des maux qui l'atteignent), c'est aussi l'individualiser", et, dans une perspective toute autre, celle d'A. ZEMPLENI (1975) qui parle des "processus que la psychanalyse appelle prise en charge individuelle de l'agressivité et intériorisation de la culpabilité - les deux corrélats essentiels du mouvement d'individualisation". Toutefois, si certains éléments font entrevoir un accroissement de la part de l'individu dans l'interprétation de la maladie - la rougeole n'en constituant qu'une illustration parmi d'autres -, il faut se garder d'un évolutionnisme simpliste, car, d'une part, la recherche de la responsabilité du sujet dans sa maladie ou son malheur n'est assurément pas un phénomène nouveau - il suffit de lire E.E. EVANS-PRITCHARD (1976) pour s'en convaincre - et, d'autre part, l'explication causale se présente toujours comme un assemblage complexe où la responsabilité de la victime, d'un éventuel persécuteur et de la fatalité divine sont difficiles à démêler - c'est ce que montrent notamment N. SINDZINGRE et A. ZEMPLENI (1981).

Mais au-delà des représentations, c'est peut-être en ce qui concerne les pratiques de santé que l'enquête apporte le plus d'éléments permettant de saisir l'influence complexe de l'urbanisation sur les comportements. A première vue, les résultats sont paradoxaux : c'est au village que l'on observe la meilleure couverture vaccinale et le moindre recours à la pharmacopée locale (tableau 24). Le monde rural ne serait-il donc pas le lieu de la tradition que l'on voit souvent opposer au monde urbain, modèle de la modernité ? L'explication de ce paradoxe fait d'abord intervenir un élément extérieur au processus social d'urbanisation, que l'on pourrait décrire comme l'accessibilité aux traitements et illustrer à travers deux exemples. Pour la pharmacopée traditionnelle, les conditions écologiques sont évidemment déterminantes et, autour de Barobé-Diakel, les caractéristiques de la végétation rendent compte de la rareté des plantes disponibles : le Fouta Toro n'est pas une région à baobabs, donc le pain de singe doit être acheminé depuis des régions situées plus près de la côte ; et même pour les arbres que l'on trouvait traditionnellement dans la Vallée du Fleuve, comme les gommiers rouges, les années de sécheresse les ont fait disparaître en grande partie, ne laissant subsister que des forêts mortes de troncs squelettiques et noircis ; en revanche, des produits intégrés dans les circuits commerciaux modernes, comme le vinaigre, que l'on trouve chez tous les boutiquiers, sont utilisés autant à Barobé-Diakel qu'à Pikine. Pour la vaccination, l'activité des équipes

mobiles régionales d'immunisation constitue l'élément décisif : au village, le Programme Elargi de Vaccination prévoit une séance tous les deux ou trois ans, à l'occasion de laquelle toutes les mères, identiquement informées (dans cette petite collectivité rurale, chacun est au courant), conduisent leur enfant pour y recevoir l'injection ; à la ville, les difficultés de circulation de l'information (peu de mères savent que l'équipe mobile va passer, ou est passée, dans le quartier) ne permettent qu'une médiocre couverture vaccinale ; c'est d'ailleurs un phénomène similaire d'accessibilité des structures de santé qui explique qu'à l'inverse, les villageoises consultent plus tardivement au dispensaire, situé à quatre kilomètres, que les citadines qui disposent de trois postes de santé à moins de cinq cents mètres.

**TABLEAU 24 : PRATIQUES THERAPEUTIQUES MISES EN OEUVRE PAR LES FEMMES HAALPULAAREN LORS DE LA ROUGEOLE DE LEURS ENFANTS**

PRATIQUES PREVENTIVES ET CURATIVES DE LA ROUGEOLE	BAROBE-DIAKEL (n=40)	PIKINE (n=50)	TEST
Recours à la pharmacopée traditionnelle	47 %	76 %	P < 0,01
. Pain de singe (fruit du baobab)	27 %	68 %	P < 0,001
. Gawdi (feuille du gommier rouge)	25 %	46 %	P < 0,05
Utilisation de vinaigre (frictions du corps)	20 %	22 %	N.S
Recours à la médecine moderne (consultation)	98 %	98 %	N.S
. Précocité du recours (avant l'éruption)	22 %	71 %	P < 0,001
Couverture vaccinale	57 %	36 %	P < 0,05

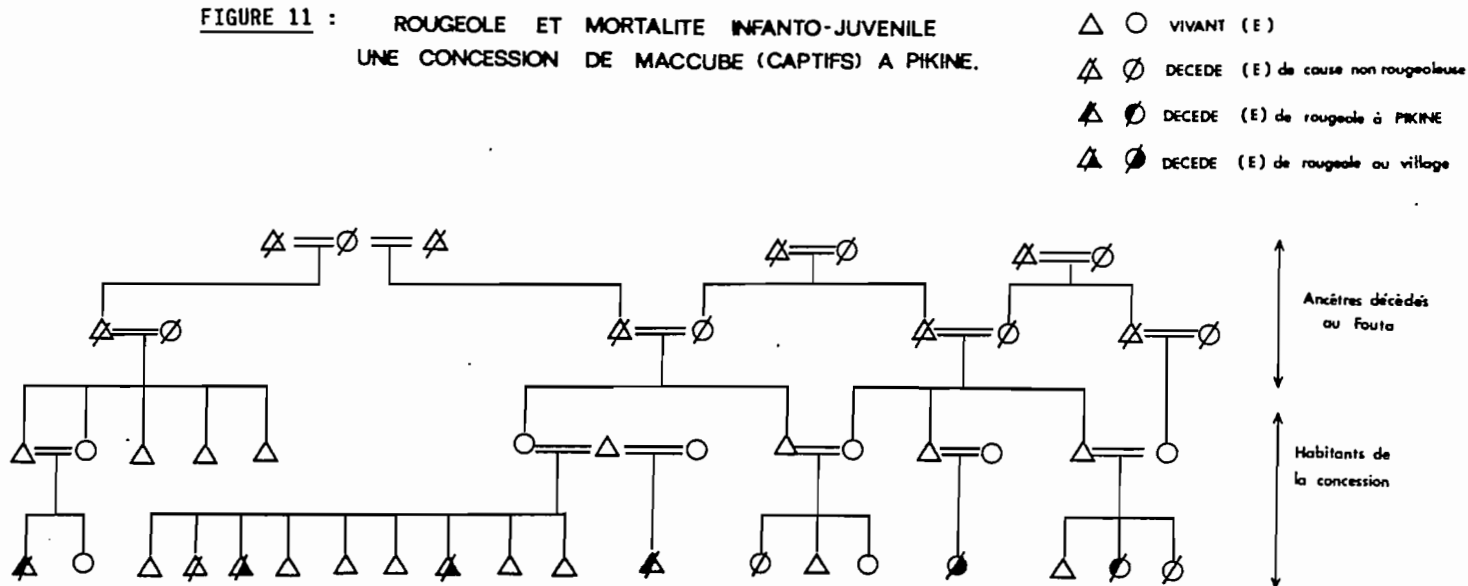
Mais cette explication extérieure au processus social d'urbanisation n'est pas suffisante, car elle ne rend pas compte des différences observées à l'intérieur de chacun des deux groupes - villageoises et citadines. En effet, parmi les femmes de Barobé-Diakel, on peut distinguer un sous-groupe "migrantes" (celles qui ont passé au moins cinq des dix dernières années en ville), et un sous-groupe "sédentaires" (celles qui ont passé au moins cinq des dix dernières années au village - en fait, la plupart ne l'ont pas quitté). La couverture vaccinale de ces dernières est légèrement meilleure (58% contre 54%), et leur recours à la pharmacopée traditionnelle est plus rare (64% contre 42%). De la même

façon, on peut séparer, à Pikine, les femmes qui ont vécu plus de dix ans en ville (sous-groupe "anciennes") et celles qui y ont passé moins de dix ans (sous-groupe "nouvelles"). La couverture vaccinale est moins bonne chez ces dernières (9% contre 58%), et leur recours à la pharmacopée traditionnelle est un peu plus fréquent (82% contre 74%). Il s'agit de petits effectifs et les tests statistiques n'apparaissent pas significatifs, mais dans les quatre comparaisons, on obtient la même tendance. Si l'on assimile le fait de recourir aux plantes et de ne pas vacciner son enfant à un comportement "traditionnel", on observe qu'à la ville comme au village, les sous-groupes "nouvelles" ou "migrantes" paraissent les plus attachées à la tradition ; il est d'ailleurs probable que ces deux sous-groupes sont très proches et que, selon le moment où l'enquête est menée, les femmes en faisant partie peuvent être interrogées à Barobé-Diakel ou à Pikine. Autrement dit : l'opposition rural-urbain ne décrit qu'imparfaitement une réalité plus complexe à trois termes : villageois sédentaire/migrant/citadin installé dans laquelle le terme médian marque une situation de transition. Le "processus d'urbanisation des pratiques de santé" se produit donc en deux temps : tout d'abord, renforcement des valeurs et des comportements traditionnels, très sensible chez les femmes nouvellement venues en ville ou récemment retournées au village ; puis, perte progressive de ces référents traditionnels au détriment de modèles qu'on peut appeler modernes ou occidentaux, phénomène plus nettement perceptible chez les femmes qui sont nées en ville et ont parfois même perdu l'usage de la langue pulaar.

Ces constatations, faites à propos de la rougeole dans un groupe ethnique précis, au niveau d'un village et d'un quartier donnés ne peuvent en aucun cas être **a priori** généralisées à l'ensemble des pratiques de santé ou aux autres ethnies. Néanmoins, elles illustrent l'un des aspects des transformations de la vie sociale en ville, et rappellent que la coupure entre le rural et l'urbain est souvent insuffisante pour saisir une réalité plus complexe : ainsi, dans une concession de Pikine où sont regroupés plusieurs segments de lignages, l'arbre généalogique fait apparaître à la dernière génération (outre le lourd tribut, six morts parmi dix-neuf enfants, payé à la rougeole), que la moitié des décès sont survenus au village (figure 11) ; ni tout à fait citadines, ni encore moins villageoises, les femmes de cette concession apparaîtront pourtant dans les enquêtes socio-démographiques comme tantôt l'une et tantôt l'autre, quand elles sont avant tout des migrantes.



FIGURE 11 : ROUGEOLE ET MORTALITE INFANTO-JUVENILE  
UNE CONCESSION DE MACCUBE (CAPTIFS) A PIKINE.



Intégration urbaine ou attachement villageois ?

Dans le but de caractériser à la fois les relations qu'entretiennent les femmes pikinoises avec leur ville et avec leur village, deux concepts ont été utilisés dans l'enquête "Accès aux soins" : l'intégration urbaine, qui décrit leur insertion dans les réseaux de sociabilité citadine ; et l'attachement villageois, qui identifie la persistance de liens avec le milieu d'origine. Concepts **a priori** non antagonistes, les moins bien intégrées en ville pouvant être également les plus déracinées, et les plus attachées à leur groupe villageois pouvant être aussi les mieux insérées dans la vie sociale des quartiers, comme on le verra. Pour chacun de ces deux concepts, trois variables ont été construites sous forme de questions à réponse oui/non. Pour l'intégration urbaine : comprenez-vous le wolof (langue véhiculaire pour les autres ethnies) ? faites-vous partie d'une association de quartier (ou tontine) ? connaissez-vous le nom du délégué de votre quartier (en le citant) ? Pour l'attachement villageois : comprenez-vous encore votre langue maternelle (sauf pour les femmes wolof, bien entendu) ? faites-vous partie d'une association d'originaires (villageoise ou régionale) ? êtes-vous retournée au village au cours des cinq dernières années (quelle que soit la durée et le motif du séjour) ? Dans l'analyse, chacune de ces questions est traitée soit séparément, soit en association, par l'intermédiaire d'un indicateur synthétique qui intègre les trois variables.

En fait, avant même d'étudier l'influence éventuelle de ces variables sur les comportements de recours aux soins, il paraît nécessaire de s'interroger sur la pertinence des questions, la signification des réponses, et de manière plus générale, de discuter la possibilité d'analyses quantitatives pour des concepts aussi difficiles à mesurer que le sont l'intégration urbaine et l'attachement villageois. C'est donc tout d'abord à une critique des outils de l'enquête qu'il faut se livrer : que valent les critères choisis ?

**TABLEAU 25 : SIGNIFICATION DES VARIABLES CARACTERISANT L'INTEGRATION URBAINE\***

INTEGRATION URBAINE		Connaissance du wolof**		Association de quartier		Nom du délégué de quartier		Indicateur synthétique	
VARIABLES DEPENDANTES		Non (n=41)	Oui (n=205)	Non (n=384)	Oui (n=102)	Non (n=100)	Oui (n=385)	0+1 (n=175)	2+3 (n=311)
Age à l'arrivée	≤ 10	46,3	46,8	50,5	47,1	41,0	51,0	42,9	53,7
	> 10	53,7	53,2	49,5	52,9	59,0	49,0	57,1	46,3
		N.S		N.S		P < 0,05		P < 0,05	
Durée en ville	≤ 10	39,0	26,3	24,8	26,5	38,0	21,9	32,0	21,3
	> 10	61,0	73,7	75,2	73,5	62,0	78,1	68,0	78,7
		N.S		N.S		P < 0,001		P < 0,05	
Vaccination enfant	Absente	26,8	37,5	35,9	32,3	36,5	34,9	36,3	34,5
	Présente	73,2	62,5	64,1	67,7	63,5	65,1	63,7	65,5
		N.S		N.S		N.S		N.S	
Consultation enfant	Non	19,5	24,3	23,4	22,8	25,7	22,7	27,6	20,9
	Oui	80,5	75,7	76,6	77,2	74,3	77,3	72,4	79,1
		N.S		N.S		N.S		P < 0,05	
Consultation mère	Non	30,0	22,3	22,5	19,8	25,7	21,0	26,9	19,2
	Oui	70,0	77,7	77,5	80,2	74,3	79,0	73,1	80,8
		N.S		N.S		N.S		P < 0,05	

\* Le tableau se lit de la façon suivante : 46,8% des femmes (non Wolof ou Lebou) parlant le wolof sont venues avant l'âge de 10 ans à Dakar. Pour l'indicateur synthétique, chaque réponse étant cotée 1 pour "Oui" et 0 pour "Non", la valeur numérique de l'indicateur peut prendre les valeurs de 0 à 3.

\*\* La question ne concerne que les femmes qui ne sont ni Wolof ni Lebou.

A la lecture des données concernant l'intégration urbaine (tableau 25), on constate que les variables individuelles ont un faible pouvoir de discrimination, tant pour l'expérience en ville (âge à l'arrivée et durée de résidence) que pour le recours aux soins (vaccination et consultation), alors que l'indicateur synthétique permet en revanche de mieux séparer les groupes. Ce point tient à deux raisons, en fait indissociables : l'une, statistique, est que les questions partagent les femmes en groupe très inégaux, ce qui majore l'élément aléatoire et diminue la puissance des tests, cependant que l'indicateur synthétique permet un meilleur découpage (175 femmes sont estimées faiblement intégrées, contre 311 qui sont jugées bien insérées dans la vie citadine) ; l'autre, sociologique, est que chacun des critères paraît à lui seul insuffisant pour décrire et différencier les comportements "intégrés" de ceux qui ne le seraient pas, cependant que l'indicateur synthétique permet des combinaisons de variables (ou sépare les femmes qui donnent une réponse positive à deux ou trois des questions, de celles qui n'en fournissent aucune ou seulement une). Ces deux raisons expliquent notamment pourquoi, en ce qui concerne les consultations des mères, chacun des critères pris isolément met en évidence des différences de pratiques de recours aux soins qui vont toutes dans le même sens mais n'atteignent pas le seuil de signification statistique, alors que leur sommation dans l'indicateur synthétique permet de montrer des différences significatives, à savoir que les femmes les moins bien intégrées sont celles qui consultent le moins (26,9% contre 19,2% n'ont eu recours à aucun service de santé public ou privé, à l'occasion de leur dernière maladie). Cette remarque étant faite, on peut reprendre le détail de chacune des trois variables.

La connaissance du wolof est certes un indice d'insertion dans les circuits de communications citadins, puisque c'est la seule langue qui serve, au Cap-Vert, de langue véhiculaire (le français étant parlé par la minorité scolarisée) : une femme toucouleur confiait, par exemple, que depuis six ans qu'elle vivait à Pikine, elle n'avait jamais osé prendre le car, parce qu'elle ne comprenait pas le wolof ; de plus, l'enquête sur la rougeole révélait que la couverture vaccinale des enfants haalpulaaren de Pikine est de 44% lorsque leur mère est wolophone, et seulement de 14% lorsqu'elle ne l'est pas. Pourtant ici (tableau 26), la faiblesse de l'effectif des femmes ne comprenant pas le wolof (seulement 41 soit 17% des Pikinoises ni wolof ni lebou de l'échantillon) ne montre pas de différence significative dans les croisements avec les autres variables :

on remarque toutefois que les femmes non wolophones semblent se distinguer moins par l'âge de leur arrivée en ville que par le nombre d'années qu'elles y ont passé, et que, de plus, elles paraissent moins consulter pour elles-mêmes et moins vacciner leurs enfants.

L'appartenance à une association de quartier constitue également une manière de participer à la vie locale citadine qu'il s'agisse d'associations politiques, confrériques, professionnelles, économiques (comme on le verra à propos des solidarités). Bien que l'inscription à ces associations revête des significations diverses, allant du soutien apporté à un candidat du Parti Socialiste à la réalisation d'une caisse d'épargne, en passant par la préparation d'un pèlerinage chez un marabout, elle caractérise une certaine forme de sociabilité. Les chiffres présentés ici (tableau 25) ne concernent que la participation à une association de quartier de type "tontine" qui, dans le questionnaire, avait été séparée de la participation à une association politique ou confrérique (à cette seconde question, 15% des femmes répondaient affirmativement). Cette fois encore, on ne trouve pas de différence significative, lorsqu'on recherche des corrélations avec les autres variables, et tous les pourcentages sont même très voisins contrairement à ce qu'on avait observé pour la wolophonie. Ce phénomène peut recevoir deux explications : soit les femmes ont globalement mal répondu à cette question qui pourrait être considérée comme indiscreète, ce que laisserait supposer le faible taux de participation déclarée (21%) ; soit l'appartenance à une association de quartier n'est effectivement pas liée à l'expérience en ville et aux pratiques de recours aux soins, ce qui semble moins probable.

Le délégué de quartier étant le personnage clé de la vie socio-politique locale - puisqu'il est à la fois intermédiaire vis-à-vis de l'administration, arbitre des conflits interpersonnels et représentant des populations -, le connaître c'est aussi savoir utiliser un rouage essentiel de la société urbaine. On constate en effet (tableau 25) que c'est parmi les femmes les plus précocément et les plus anciennement installées en ville que le nom du délégué de quartier est le mieux connu, ce qui permet de rattacher avec certitude ce critère à l'expérience urbaine ; en revanche, il n'a pas d'influence sur les pratiques de soins étudiées, comme si le fait de savoir nommer le responsable politique local n'était pas nécessairement pouvoir l'utiliser, ou comme si pouvoir l'utiliser n'était pas forcément accéder plus facilement aux services de santé.

En somme, trois variables hétérogènes, paraissant caractériser l'intégration urbaine, sans pourtant être étroitement corrélées (sauf pour le nom du délégué de quartier) à l'expérience en ville, et n'ayant finalement qu'une influence modeste (jamais significative, et parfois même pas apparente en pourcentages) sur le recours aux soins. L'indicateur synthétique apporte ici un élément intéressant en ce qu'il permet de combiner et d'additionner les trois critères, et de faire ainsi apparaître la liaison statistique, d'une part avec l'expérience en ville (ce qui revient simplement à dire que plus on est venu tôt en ville et plus on y a passé d'années, mieux on y est intégré...) et, d'autre part avec les pratiques curatives (on consulte plus, pour soi-même et pour son enfant, lorsqu'on est mieux intégré), mais pas avec les conduites préventives étudiées (la vaccination). Il semble donc y avoir une dissociation entre les deux types de comportement, par rapport à l'intégration urbaine, ce qui peut être expliqué ainsi : connaître le lieu du dispensaire ou de l'hôpital, savoir comment s'y rendre, et d'une manière générale, être en mesure d'utiliser les services de santé, nécessite de maîtriser les réseaux locaux, alors que faire vacciner son enfant dépend, outre les facteurs socio-économiques déjà étudiés, de la circulation de l'information dans le quartier, où les séances sont le plus souvent annoncées avec force roulements de tambour par un griot qui se fait donc entendre de tous.

Pour interpréter la seconde série de données (tableau 26), les remarques générales faites précédemment restent pertinentes, et notamment la perte de puissance des tests lorsque les effectifs sont très différents, comme on le voit avec les deux premières variables (langue maternelle et association villageoise). Toutefois, l'importance des écarts de pourcentages permet ici la mise en évidence de différences significatives dans certains croisements de variables (six fois sur quinze). De plus, l'intérêt de l'indicateur synthétique est ici discutable en ce qu'il n'apporte pas de gain de discrimination par rapport à la troisième variable (retour récent au village).

Le fait de savoir encore parler leur langue maternelle distingue assurément les femmes qui gardent un certain degré d'attachement à leur milieu d'origine : au point, d'ailleurs, que celles qui ne parlent plus la langue de leurs ancêtres n'ont généralement presque plus de contact avec leur village où elles se sentent étrangères, et perdent même leur sentiment d'appartenance ethnique, comme cette Toucouleur (dont les parents sont nés dans la Vallée du Fleuve mais venus très jeunes à Dakar),

qui ne comprend pas le pulaar, n'est jamais allée visiter sa famille au Fouta et se déclare wolof. En fait, dans l'échantillon étudié (tableau 26), l'effectif de ce groupe est faible (trente-neuf femmes qui ne parlent plus leur langue maternelle soit 16% de celles qui ne sont ni wolof, ni lebou), ce qui ne permet pas toujours de montrer des différences. Comme on pouvait s'y attendre, ces trente-neuf pikinoises sont plus souvent venues en ville avant l'âge de dix ans et y ont passé plus d'années que les autres ; elles vaccinent mieux leurs enfants, mais ne consultent pas plus.

**TABLEAU 26 : SIGNIFICATION DES VARIABLES CARACTERISANT L'ATTACHEMENT VILLAGEOIS\***

ATTACHEMENT VILLAGEOIS		Connaissance de la langue maternelle**		Association villageoise		Retour récent au village		Indicateur synthétique	
		Non (n=39)	Oui (n=205)	Non (n=443)	Oui (n=43)	Non (n=203)	Oui (n=278)	0+1 (n=224)	2+3 (n=262)
Age à l'arrivée	< 10	69,2	42,4	50,6	41,9	80,8	27,0	79,9	24,0
	> 10	30,8	57,6	49,4	58,1	19,2	73,0	20,1	76,0
		P < 0,01		N.S		P < 0,001		P < 0,001	
Durée en ville	< 10	17,9	30,7	24,9	27,9	6,9	39,0	8,5	39,5
	> 10	82,1	69,3	75,1	72,1	93,1	61,0	91,5	60,5
		N.S		N.S		P < 0,001		P < 0,001	
Vaccination enfant	Absente	20,5	38,0	37,6	9,3	26,8	41,1	26,9	41,9
	Présente	79,5	62,0	62,4	90,7	73,2	58,9	73,1	58,1
		P < 0,05		P < 0,001		P < 0,01		P < 0,01	
Consultation enfant	Non	25,6	22,8	23,3	23,3	20,9	25,4	21,1	25,3
	Oui	74,4	77,2	76,7	76,7	79,1	74,6	78,9	74,7
		N.S		N.S		N.S		N.S	
Consultation mère	Non	30,8	21,8	21,5	26,2	19,7	24,3	19,8	23,8
	Oui	69,2	78,2	78,5	73,8	80,3	75,7	80,2	76,2
		N.S		N.S		N.S		N.S	

\* Le tableau se lit de la façon suivante : 69,2% des femmes (non Wolof ou lebou) ne parlant plus leur langue maternelle sont venues en ville avant l'âge de 10 ans.

\*\* La question ne concerne que les femmes qui ne sont ni Wolof, ni lebou.

L'appartenance à une association villageoise, régionale ou ethnique, comme on le verra plus loin, est également le signe du maintien de certaines relations avec le groupe d'origine, notamment sous forme de financements de travaux (mosquée, école, dispensaire), ce qui ne signifie pourtant pas nécessairement la persistance de liens étroits, puisque certains Pikinois de la seconde génération tout en acquittant leur devoir auprès de la caisse de l'association de ressortissants n'ont jamais séjourné dans leurs villages. Les résultats présentés ici (tableau 26) peuvent être soumis à la même critique que ceux concernant les associations de quartier. En effet, on peut supposer qu'il existe une sous-déclaration puisque 9% seulement des femmes disent appartenir à une association de ressortissants, chiffre qui paraît anormalement bas (au cours des enquêtes qualitatives, les taux de participation à de telles associations paraissent beaucoup plus élevés, notamment chez les Pikinoises de la première génération) et qui rend délicat l'interprétation des résultats (en particulier, sur la meilleure couverture vaccinale des femmes qui sont dans une association villageoise).

Le retour récent au village est finalement le signe le plus objectivable de lien avec le milieu d'origine, mais derrière cette décision facilement identifiable, on peut trouver toutes sortes de motivations et de durées qui doivent là encore inciter à la prudence dans l'interprétation : on peut aller au village pour se marier, pour se soigner, pour confier un enfant à sa mère, pour assister à des funérailles, pour rendre visite à ses parents, pour participer aux travaux des champs, etc. - autant de raisons qui donnent lieu à des séjours de périodicité et de longueur variable. Malgré cette hétérogénéité, on peut penser qu'en moyenne, la femme qui est retournée dans son village au cours des cinq dernières années - quelles que soient la motivation et la durée de son séjour - lui manifeste un attachement plus grand que celle qui n'y est pas allée au cours de cette même période. Dans l'échantillon étudié (tableau 26), les résultats montrent d'ailleurs une corrélation très forte avec l'expérience en ville (plus que pour les variables d'intégration urbaine, notamment) ; la couverture vaccinale est meilleure pour les femmes sans retour au village, et le taux de consultation est également supérieur pour ce groupe mais sans atteindre le seuil de signification.

En raison du poids important de la troisième variable dans le calcul de l'indicateur synthétique, celui-ci n'apporte pratiquement pas d'éléments nouveaux (tableau 26). De plus, en ce qui concerne la

vaccination, il n'est pas légitime de l'utiliser, puisque les résultats obtenus dans les croisements avec les critères de participation à une association villageoise et de retour récent au village sont contradictoires et qu'on ne peut donc pas les additionner comme s'ils représentaient le même concept d'attachement villageois.

Dans la mesure où les deux objectifs de cette partie de l'analyse étaient de discuter la validité des variables, et de juger, le cas échéant, de leur influence sur le recours aux soins, on peut proposer les conclusions suivantes. Pour l'intégration urbaine, les trois variables semblent pertinentes (elles décrivent a priori des pratiques assez voisines et donnent a posteriori des résultats très proches), mais peu discriminantes (chacune partage les femmes en deux groupes très inégaux) ; l'indicateur synthétique apporte donc des informations utiles, en proposant des combinaisons variées des trois critères et en augmentant la puissance des tests ; il permet notamment de montrer l'influence favorable de l'intégration urbaine sur les comportements curatifs, mais non sur la couverture vaccinale. Pour l'attachement villageois en revanche, l'une des variables - le retour au village - paraît plus intéressante que les autres, en ce qu'elle fournit une information fiable et précise (à la différence par exemple de la participation aux associations, où il peut y avoir un effet de dissimulation) et qu'elle assure la meilleure puissance des tests (en distinguant deux groupes presque égaux) ; l'indicateur synthétique est ici contestable puisqu'il ne fait que reproduire la troisième variable et surtout est composé de critères hétérogènes, voire contradictoires ; si l'on se limite donc à l'étude de l'influence du séjour récent au village, on voit qu'il constitue un facteur défavorable sur la couverture vaccinale, et non sur les conduites curatives, au contraire de ce qu'on a observé pour l'indicateur d'intégration.

### L'expérience urbaine

Deux éléments distincts et complémentaires mesurent et quantifient l'expérience du citadin : l'âge d'arrivée en ville et le nombre d'années passées ; on sait bien en effet que pour la même durée de séjour, par exemple vingt ans, il n'est pas indifférent qu'elle se soit écoulée entre deux et vingt-deux ans, ou entre vingt et quarante ans. C'est pourquoi l'indice de stabilisation de MITCHELL, citée par M. VERNIERE (1977 : 106) qui représente le quotient du nombre d'années



passées en ville depuis l'âge de quinze ans par le nombre d'années vécues depuis l'âge de quinze ans (multiplié par un facteur cent), est intéressant pour le géographe ou le démographe qui étudient une occupation de l'espace ou un mouvement de population, mais beaucoup moins pour l'anthropologue ou le sociologue qui veulent savoir quand la personne s'est installée en ville.

Trois critères paraissant se compléter ont été choisis, dans l'enquête "Accès aux soins", pour mesurer l'expérience urbaine : l'âge à l'arrivée (en distinguant avant et après dix ans), le nombre d'années passées (en opposant plus ou moins de dix ans) et la présence des parents à Dakar. En fait, cette dernière variable, qui devait permettre de mesurer l'ancienneté de la famille en ville se révèle trop imprécise, puisque les réponses affirmatives incluent les cas où le père et la mère sont venues rejoindre leur fille en ville ; elle n'a donc pas été retenue (tableau 27), bien que les résultats soient presque superposables à ceux obtenus avec l'âge à l'arrivée à Dakar (en revanche, les données concernant le dernier retour au village sont présentés, à titre de comparaison avec les deux critères d'expérience urbaine).

Les femmes venues à Dakar avant l'âge de dix ans sont en moyenne plus jeunes que les autres, de même que celles qui y ont passé moins de dix ans ; autrement dit, les jeunes mères pikinoises sont généralement arrivés en ville plus tôt, mais y ont vécu moins longtemps que leurs aînées (tableau 27). En fait, c'est surtout en ce qui concerne les variables socio-économiques que la distinction entre les deux critères d'expérience urbaine semble intéressante. Les différences ne sont pas significatives sur les sources de revenu du ménage ; en revanche, le fait d'être propriétaire est étroitement corrélé avec le nombre d'années passées à Dakar, alors que la pauvreté objective (absence de salon) et subjective (d'après l'enquêteur) est liée au caractère tardif de la venue en ville, de même que l'analphabétisme. Ainsi, pour une femme, s'installer en ville à un âge jeune, c'est donc avoir plus de chances d'échapper à la misère et d'être scolarisée, indépendamment du nombre total d'années vécues en ville, lequel n'a d'influence que sur l'accès à la propriété.

TABLEAU 27 : EXPERIENCE URBAINE ET FACTEURS SOCIO ECONOMIQUES

VARIABLES "URBAINES"	Age à l'arrivée à Dakar		Nombre d'années passées à Dakar		Dernier retour au village	
	< 10 ans (n=242) %	>10 ans (n=244) %	<10 ans (n=122) %	>10 ans (n=363) %	<5 ans (n=286) %	>5 ans (n=206) %
Age inférieur à 25 ans	46,9 P<0,01	34,4	62,2 % P<0,001	33,4	39,4 N.S	43,6
Absence de scolarité	59,9 P<0,001	81,1	78,7 N.S	67,8	78,3 P<0,001	62,6
Association de quartier	19,8 N.S	22,1	22,1 N.S	20,7	21,0 N.S	20,9
Association villageoise	7,4 N.S	10,2	9,8 N.S	8,5	9,8 N.S	7,3
Chef de ménage salarié	39,6 N.S	33,3	33,6 N.S	37,6	34,7 N.S	38,3
Propriétaire de l'habitation	69,8 N.S	63,9	50,8 P<0,001	72,2	65,7 N.S	68,9
Salon ou réfrigérateur	39,6 P<0,001	28,3	27,9 N.S	36,1	32,9 N.S	35,9
Impression de pauvreté (enquêteur)	56,7 P<0,01	69,0	33,3 N.S	38,5	33,9 N.S	41,1

\* Les variables "urbaines" sont ici considérées comme variables indépendantes et les variables "socio-culturelles" comme variables dépendantes. Ainsi, il faut lire que 59,9% des femmes venues avant l'âge de 10 ans à Dakar n'ont aucune scolarité, et que 9,8 % de celles retournées au village depuis moins de 5 ans font partie d'une association villageoise.

De manière assez inattendue, les deux variables mesurant l'expérience urbaine n'ont qu'un impact faible sur les pratiques aux soins (tableau 28). Ainsi, pour l'accouchement, que l'on considère l'âge de venue en ville ou le nombre d'années passées, on n'observe aucune différence - ni sur les accouchements à domicile, ni sur les accouchements dans le privé. La seule influence notable concerne la couverture vaccinale, puisque, dans l'échantillon, les enfants de mère qui sont venues jeunes à Dakar ou s'y sont installées depuis longtemps sont mieux protégés que les autres (le seuil de signification statistique n'étant atteint que dans le premier cas).

TABLEAU 28 : EXPERIENCE URBAINE ET COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS\*

VARIABLES "URBAINES"	Age à l'arrivée à Dakar		Nombre d'années passées à Dakar		Dernier retour au village	
	< 10 ans (n=242) %	>10 ans (n=244) %	<10 ans (n=122) %	>10 ans (n=363) %	<5 ans (n=286) %	> 5 ans (n=206) %
RECOURS AUX SOINS						
ACCOUCHEMENT						
. Domicile	6,6	8,7	7,5 %	7,7	7,7	7,7
. Public	85,1	83,0	85,0	83,7	84,9	82,6
. Privé	8,3	8,3	7,7	8,6	7,4	9,7
	N.S		N.S		N.S	
CONSULTATION MERE						
. Aucune	20,1	24,4	27,3	20,6	24,2	19,7
. Public	69,2	67,1	61,0	76,8	65,4	71,4
. Privé	10,7	8,5	11,7	2,6	10,4	8,9
	N.S		N.S		N.S	
VACCINATION ENFANT						
. Aucune	28,7	40,6	41,0	32,4	41,1	26,8
. Incomplète	29,6	25,8	25,4	28,5	24,2	32,2
. Complète	41,7	33,6	33,6	39,1	34,7	41,0
	P < 0,05		N.S		P < 0,05	
CONSULTATION ENFANT						
. Aucune	22,5	23,8	19,5	24,2	25,4	20,8
. Public	73,2	73,7	77,1	72,4	71,7	75,2
. Privé	4,3	2,5	3,4	3,4	2,9	4,0
	N.S		N.S		N.S	

\* Il s'agit du dernier accouchement, de la consultation de la femme à l'occasion de son dernier épisode de maladie, de la vaccination de son plus jeune enfant âgé d'un à cinq ans, et de la consultation de son plus jeune enfant à l'occasion de sa dernière maladie. Par exemple, 6,6% des femmes venues à Dakar avant l'âge de 10 ans ont accouché à domicile.

En affinant l'analyse, c'est-à-dire en faisant des tests d'ajustement sur le statut professionnel (tableau 29) et surtout sur le degré d'instruction (tableau 30), on se rend compte que l'expérience urbaine, et particulièrement sa précocité, agit favorablement sur la couverture vaccinale par l'intermédiaire d'un tiers facteur. On peut le montrer à travers un exemple. Parmi les mères venues à Dakar avant dix ans, 28,7% n'avaient pas vacciné leur enfant, contre 40,6% parmi celles installées après dix ans (Tableau 28). Lorsqu'on ajuste sur le statut professionnel, on constate que, chez les non-salariés, l'influence de l'âge d'arrivée à Dakar reste déterminant sur la couverture vaccinale (34,5% contre 48,8%), alors que chez les salariés, la différence liée à

**TABEAU 29 : INFLUENCE DES VARIABLES "URBAINES" SUR LA COUVERTURE VACCINALE, A STATUT PROFESSIONNEL CONSTANT**

VARIABLES "URBAINES" STATUT PROFESSIONNEL DU CHEF DE MENAGE	Age à l'arrivée à Dakar		Nombre d'années passées à Dakar		Dernier retour au village	
	<10 ans %	>10 ans %	<10 ans %	>10 ans %	<5 ans %	>5 ans %
Non salarié	34,5 (n=145)	48,8 (n=162)	49,4 (n=81)	39,1 (n=225)	50,0 (n=186)	30,9 (n=126)
Salarié	59,9 (n=95)	23,5 (n=81)	24,4 (n=41)	20,7 (n=135)	23,4 (n=98)	20,2 (n=79)
TEST AJUSTE (COCHRAN)	P < 0,02		N.S		P < 0,001	

**TABEAU 30 : INFLUENCE DES VARIABLES "URBAINES" SUR LA COUVERTURE VACCINALE, A DEGRE D'INSTRUCTION CONSTANT**

VARIABLES "URBAINES" DEGRE D'INSTRUCTION	Age à l'arrivée à Dakar		Nombre d'années passées à Dakar		Dernier retour au village	
	<10 ans %	>10 ans %	<10 ans %	>10 ans %	<5 ans %	>5 ans %
Jamais scolarisé	35,2 (n=198)	46,0 (n=145)	45,8 % (n=96)	39,4 (n=246)	46,8 (n=224)	32,5 (n=129)
Au moins primaire	18,9 (n=46)	17,4 (n=95)	23,1 (n=26)	17,3 (n=115)	19,6 (n=76)	17,1 (n=61)
TEST AJUSTE (COCHRAN)	N.S		N.S		P < 0,05	

\* Les pourcentages indiqués représentent la proportion d'enfants non vaccinés et les effectifs entre parenthèses, le nombre total d'enfants dans la catégorie. Ainsi, parmi les 145 enfants dont les mères sont venues à Dakar avant l'âge de 10 ans et qui vivent dans un ménage sans salaire régulier, 34,5% n'ont reçu aucune vaccination. Le test d'ajustement montre que l'âge jeune à l'arrivée à Dakar et l'absence de retour récent au village sont associées à un meilleur taux de vaccination, à statut professionnel constant, de même que l'absence de retour récent au village, à degré d'instruction constant.

l'expérience urbaine s'estompe (20% contre 23,5%) ; néanmoins, sur l'ensemble du tableau, les tests demeurent significatifs (tableau 30). En revanche, lorsqu'on prend en compte le degré d'instruction, on observe un effet persistant, quoique amoindri, chez les non-scolarisées (35,2% contre 46%), et une disparition de l'impact de l'expérience urbaine, chez les scolarisées (18,9% contre 17,4%) ; le résultat global est l'obtention d'une valeur non significative au test (tableau 30). Une démonstration identique pourrait être faite avec le nombre d'années passées en ville (mais il n'y a pas de différence significative avant ajustement) ou avec le dernier retour au village (dont l'influence défavorable persiste, quoique moindre, après ajustement sur le niveau de la scolarité).

Deux conclusions complémentaires peuvent donc être tirées de cette analyse statistique (tableaux 29 et 30) . En premier lieu, l'effet - même modeste - de l'expérience urbaine sur le recours aux soins (en l'occurrence, les vaccinations, mais les mêmes constatations peuvent être faites avec les consultations) n'est que la conséquence d'une association à des tiers-facteurs qui sont le degré d'instruction et le niveau socio-économique : si les femmes venues plus jeunes en ville ont des enfants mieux vaccinés et consultent un peu plus souvent et un peu plus dans le privé, c'est qu'elles sont plus scolarisées et disposent de revenus plus réguliers que les autres. En second lieu, ce phénomène de tiers-facteur n'est présent que pour les valeurs positives du degré d'instruction et du niveau socio-économique, c'est-à-dire pour les femmes qui sont allées à l'école et qui bénéficient d'un salaire dans le ménage : la scolarisation et l'élévation du niveau de vie font donc disparaître les différences de couverture vaccinale liées à l'expérience urbaine. Pour résumer les deux conclusions : c'est par l'intermédiaire de deux facteurs étroitement corrélés - degré d'instruction et niveau socio-économique - que les variables urbaines influent sur le recours aux soins ; mais ces deux facteurs agissent positivement, en faisant disparaître, lorsqu'on les améliore, les différences d'autres origines.

Au terme de ce long développement sur les facteurs ethniques, économiques, urbains de différenciation des pratiques de santé, on peut proposer une analyse à deux niveaux - les méthodes et les résultats.

Etudier les pratiques de santé, c'est de manière plus générale, étudier des pratiques sociales et comprendre un peu de la société urbaine - tel est le postulat initial. On a vu, tout au long de la discussion, les difficultés rencontrées pour fournir une vision globale et cohérente. Puisqu'il s'agissait d'établir des déterminismes, donc des récurrences, on a eu recours à des enquêtes quantitatives permettant de rechercher statistiquement la régularité de certaines caractéristiques et de certaines corrélations. Mais, puisqu'il s'agissait aussi d'interpréter les résultats, on a utilisé des approches qualitatives, afin de donner, par des exemples de situations concrètes, l'illustration et parfois l'explication de données chiffrées. Néanmoins, en réunissant ici plusieurs études qui diffèrent par la méthode, l'objet, la population enquêtée, on prend le risque de donner une apparence fragmentaire à l'exposé. Aborder la différenciation sociale des pratiques de santé sous des angles variés, l'étudier à la fois à travers des groupes culturellement homogènes - un village toucouleur ou diola et leurs ressortissants à Pikine -, et des groupes culturellement hétérogènes - un échantillon tiré au sort dans la ville ou des cas individuels rencontrés au cours d'entretiens -, c'est peut-être aussi se donner la possibilité de rendre un peu de la complexité des phénomènes urbains.

Au-delà de cette remarque très générale, la question méthodologique a été posée en permanence au cours de l'analyse des données, en termes de pertinence des enquêtes quantitatives, d'une part, et de validité des indicateurs, d'autre part. Sur le premier point, on a vu que l'appareil statistique permet d'étayer certaines démonstrations et surtout d'affiner certains raisonnements, ce qui constitue généralement une étape préalable, lorsqu'on étudie des déterminismes, ou tout au moins des associations (il est délicat d'établir la régularité d'une corrélation sur quelques cas) ; cependant, les limites des questionnaires sont importantes - impossibilité d'aborder les pratiques officieuses, imposition de questions qui ne correspondent pas aux préoccupations des enquêtés, mise en situations artificielles et arbitraires parfois éloignées des pratiques réelles. Sur le second point, on se heurte évidemment à l'absence de données certaines vis-à-vis desquelles on puisse valider les indicateurs : il faudrait connaître les "ressources réelles", c'est-à-dire les revenus, les appoints, les aides reçues et données, les personnes à charge, etc., pour savoir si les trois variables choisies pour le niveau socio-économique coïncident bien avec la mesure qu'elles sont censées faire (et le problème serait même encore plus complexe avec des

concepts tels que l'intégration urbaine ou l'attachement villageois) ; ces difficultés n'empêchent pourtant pas irrémédiablement l'utilisation d'indicateurs dont on prédit **a priori** l'adéquation au concept étudié (connaître le nom du délégué de quartier, c'est démontrer une certaine intégration à la vie citadine) et dont on vérifie **a posteriori** la pertinence (cohérence par rapport à lui-même et par rapport aux autres indicateurs utilisés pour le même concept). Cette discussion méthodologique, même si elle alourdit parfois l'exposé, est toujours nécessaire à l'interprétation critique des données.

A la diversité des méthodes et des techniques, correspond une multiplicité de résultats dont on peut tenter maintenant de rétablir les grandes lignes. On considère habituellement que des représentations et des pratiques aussi "personnelles" - au sens de : liées à la personne - que le sont les représentations et les pratiques du corps et de la santé, de la maladie et du malheur, ont un déterminisme essentiellement culturel, voire ethnique : plus explicitement, on estime qu'il y a, dans ce domaine, nécessairement plus de différence entre un Wolof et un Bambara qu'entre n'importe quels Wolof. Dans la ville africaine aujourd'hui, les choses sont assurément plus compliquées, comme l'ont montré, dans les années cinquante, les travaux pionniers du Rhodes-Livingstone Institute. En fait, il y a au moins deux registres, ou deux secteurs, dans lesquels s'inscrivent des représentations et pratiques qui obéissent à des logiques distinctes.

Dans le registre qu'on peut appeler, pour simplifier, "traditionnel", il est certain que les représentations de la rougeole et les pratiques thérapeutiques mises en oeuvre autour de cette maladie diffèrent chez les Diola (où l'on invoque une substance maléfique, et où l'on célèbre des rituels collectifs de conjuration) et chez les Toucouleur (où l'on parle des vents et de la volonté divine, et où l'on associe l'action des plantes et le recours aux amulettes). Pourtant, même pour ces croyances et conduites traditionnelles, on constate, à Dakar, des emprunts, des transformations, des disparitions : les différents esprits - **bisira** des Soninké, **pangol** des Serer, **rab** des Wolof - tendent à se rallier, dans le discours populaire, sous la bannière des **jinné** musulmans ; le **korté** (action maléfique à distance) des Bambara et le **ligeey** (travail maraboutique le plus souvent à des fins mauvaises) des Wolof sont connus dans toutes les ethnies et revendiqués par des guérisseurs n'appartenant à

aucun des deux groupes ; les malades consultent certes préférentiellement un thérapeute de son ethnie ou de sa région (pour un Casamançais un Diola, un Manding, voire un Manjak, pour un originaire du Sénégal Oriental un Soninké, un Bambara, voire un Peul), mais se fient aussi aux réputations locales et n'hésitent pas à aller voir un marabout wolof ou un guérisseur serer qui n'ont aucun lien avec leur milieu d'origine. En fait, ces changements ne sont en rien spécifiques du contexte urbain ou de l'époque moderne : les contacts culturels, aussi loin qu'on en ait des témoignages, ont partout entraîné des mutations dans l'ordre symbolique et dans l'ordre pratique (des illustrations en ont été données, à plusieurs reprises, à propos des relations Baïnouk - Diola - Manding à la fin du XIXème siècle) ; la ville ne fait que les accélérer en multipliant les occasions de rencontres et les facilités de communication. Malgré ces transformations, le secteur traditionnel de la maladie et du malheur reste, pour une large part, lié au milieu d'origine, à ses croyances et à sa médecine, à ses systèmes d'interprétation et de traitement.

En revanche, dans le registre qu'on peut désigner, toujours par souci de simplification, comme "moderne", les logiques de la différenciation sont tout autres. Le facteur ethnique est imperceptible ; tout au plus note-t-on une influence de la région d'origine, qui revient surtout à opposer les personnes nées au Cap-Vert, meilleures utilisatrices des services de santé, à celles originaires des villages. L'expérience urbaine joue en effet un rôle plus important, et c'est plutôt l'âge de la venue en ville que le nombre d'années qu'il y a passé qui modifie les pratiques de soins du citadin ; de ce point de vue, il est légitime d'opposer les pratiques de la première et de la deuxième génération ; toutefois, dans l'expérience urbaine, c'est surtout le niveau socio-économique et le degré d'instruction qui expliquent les différences de comportements des femmes, celles venues jeunes à Dakar étant les moins pauvres et les mieux scolarisées. L'intégration dans les réseaux de sociabilité citadins influe favorablement sur le recours aux structures sanitaires qui exige la connaissance des circuits de soins et des moyens de communication, alors que l'attachement au milieu d'origine, mesuré par le retour récent au village, a un impact négatif sur les pratiques de santé, et particulièrement la vaccination. En fait, la différenciation du recours aux soins est surtout marquée par l'influence prééminente du niveau socio-économique et du degré d'instruction, lesquels sont étroitement corrélés mais conservent chacun un effet spécifique. Dans le secteur moderne de la santé, ce sont donc moins les caractéristiques



ethniques ou urbaines qui distinguent les comportements que l'insertion dans les circuits de production et de reproduction sociales. Constatation qui ne doit pourtant pas engendrer le pessimisme, puisque l'analyse des données issues des deux derniers tableaux révèle que l'amélioration du niveau de vie, et surtout la scolarisation, ont un effet suffisamment bénéfique et important pour estomper les inégalités de l'accès aux soins - tout au moins à l'intérieur d'une société globalement défavorisée comme l'est celle de Pikine.

## ENTRAIDES ET SOLIDARITES

Lorsque l'on considère les sommes d'argent qui doivent être dépensées, lorsque se produit un événement malheureux, et particulièrement une maladie ou un accident - consultations et hospitalisations, médicaments et aumônes -, on ne peut que s'étonner de les voir mobilisées par des gens dont tout montre par ailleurs la pauvreté, et l'on est amené à se poser naïvement la question : d'où sort cet argent qui va permettre l'achat d'un pagne pour un guérisseur ou d'un mouton pour un sacrifice, le paiement d'un traitement maraboutique à 50.000 F CFA ou d'une radiographie de l'estomac à 60.000 F CFA, dans des ménages où les revenus n'atteignent pas souvent le salaire minimum garanti de 35.000 F CFA ? C'est cette interrogation qui constitue le point de départ des enquêtes menées, dans la seconde partie de mon séjour, sur les systèmes d'entraide et les réseaux de solidarité.

Depuis E. DURKHEIM (1978), il est devenu classique d'opposer deux formes de solidarité : mécanique, celle de la société traditionnelle dans laquelle les individus diffèrent peu les uns des autres, et organique, celle de la société moderne dans laquelle les individus se différencient dans le cadre de la division du travail social. En fait, une meilleure connaissance des sociétés traditionnelles a permis de montrer leur structure différenciée et hiérarchisée, que ce soit en classes d'âge (PAULME 1971), en castes ou groupes statutaires (A.B. DIOP 1981), en relations de dépendance personnelle (BALANDIER 1969), en rapports de domination au sein de l'unité domestique (MEILLASSOUX 1977) : la société communautaire de TONNIES est aussi discutable que la solidarité par similitudes de DURKHEIM.

Pourtant, le découpage mécanique/organique semble avoir un prolongement dans des typologies récentes qui opposent groupes primaires - parenté, voisinage et ethnie - et secondaires - classes et associations - (FISCHER 1976), ou encore solidarités intra - et inter-ethniques (GIBBAL 1974). En fait, il s'agit pour ces auteurs, non pas d'accréditer l'idée d'une indifférenciation d'un côté, et d'une surdifférenciation de l'autre, mais de distinguer des relations de type traditionnel et des relations de type moderne à l'intérieur d'un même groupe social, c'est-à-dire de

montrer les citadins dans leur double réseau de solidarités avec le village et avec la ville. C'est cette présentation qui a été adoptée ici en distinguant les relations sociales tissées avec les originaires (relations de parenté, d'alliance, de caste, de village) et les rapports sociaux établis avec les citadins (rapports de voisinage, de travail, d'associations, d'ethnies). En fait, il s'agit moins d'opposer deux types de pratiques qui seraient antinomiques, que de simplifier la lecture des systèmes d'entraide en les décrivant autour de deux pôles.

Les questions méthodologiques, en particulier la manière de recueillir l'information, sont évidemment indissociables de l'analyse des données, et il est essentiel de préciser clairement, chaque fois qu'on le peut, comment le matériau a été obtenu : le discours des gens sur les solidarités énonce des règles plutôt qu'il ne livre des pratiques effectives, et il y a souvent loin des objectifs déclarés d'une association de quartier ou des modèles présentés pour une relation de parenté, aux entraides réellement observées en situation. Cette remarque paraîtrait aussi banale qu'inutile, si la seule étude publiée sur les associations en milieu urbain sénégalais (ODEYE 1986) n'entretenait la confusion en présentant comme des pratiques effectives les réponses à un questionnaire qui fait alterner des interrogations générales : "lorsque vous avez de graves problèmes de divorce, de décès, de maladie, de chômage, de deuil, etc., qui peut vous aider ?", et des formulations abstraites : "le fait d'être associé a-t-il changé quelque chose dans votre vie ?", dont l'interprétation, ensuite, ne se fonde jamais sur une critique méthodologique qui permettrait de relativiser les résultats. A cet égard, il paraît plus utile, pour la connaissance du fonctionnement des réseaux de sociabilité, de se référer à des textes moins spécifiques qui situent les associations dans leur contexte social et dans des illustrations concrètes (LE COUR GRANDMAISON 1972). D'une manière générale, dans l'exposé qui va suivre, on essaiera de confronter la norme et l'usage, et de montrer la signification du décalage qui existe toujours entre la théorie énoncée par les gens sur leur pratique, et la pratique effective.

## **Chapitre XVIII : PARENTE ET LIENS TRADITIONNELS**

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

En traitant, dans ce chapitre, de l'ensemble des relations sociales qui ont le village pour référent et pour cadre, il s'agit de montrer d'une part, que les réseaux traditionnels d'entraide des citadins se fondent sur des bases plus larges que celles de la parenté (il sera question d'alliance, de voisinage, de dépendance), d'autre part, que les rapports de sociabilité urbaine se situent avant tout en référence aux origines rurales (que ce soit pour les rappeler comme dans les associations de ressortissants, ou pour s'en démarquer comme dans les tentatives de certains d'échapper aux liens villageois).

### **Liens de sang et liens de lait**

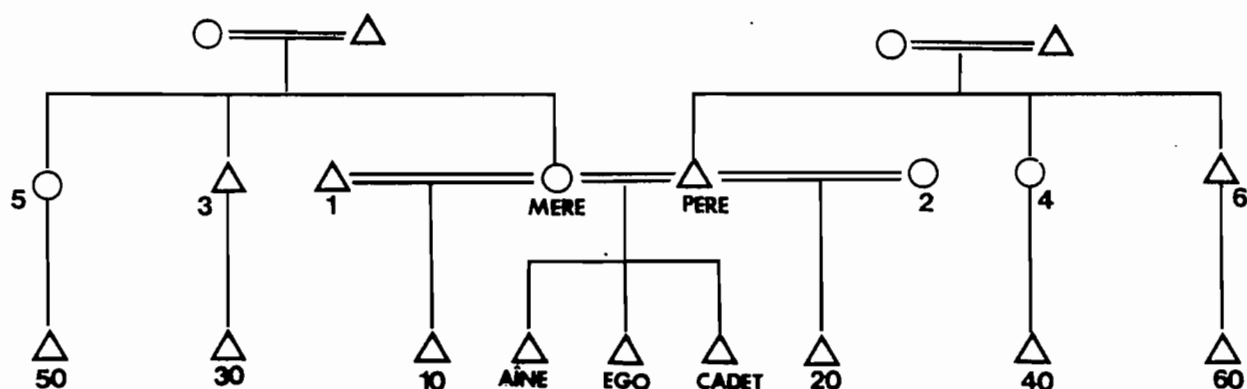
La distinction entre parenté agnatique et parenté utérine est essentielle à la compréhension des normes de sociabilité et d'entraide. Chez les Peul ou les Toucouleur, comme chez les Diola, les Soninké ou les Wolof, on trouve dans le vocabulaire et dans les proverbes la trace de

cette opposition en liens de sang et liens de lait : "si tu coupes la barbe, c'est le sang qui sort, mais si tu coupes les seins, c'est le lait qui sort", énonce un dicton soninké qui signifie "qu'il y a plus de pitié du côté maternel". L'étude des solidarités familiales qui va suivre concerne les Haalpulaaren et s'appuie sur des informations recueillies à Pikine avec l'aide d'Abdoul Sow. A partir de la parenté théorique d'Ego, on peut tenter de reconstituer les relations de sociabilité au sein d'une famille peul ou toucouleur (tableau 31).

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

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

**TABLEAU 31 : PARENTE ET SOLIDARITE CHEZ LES HAALPULAAREN**



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

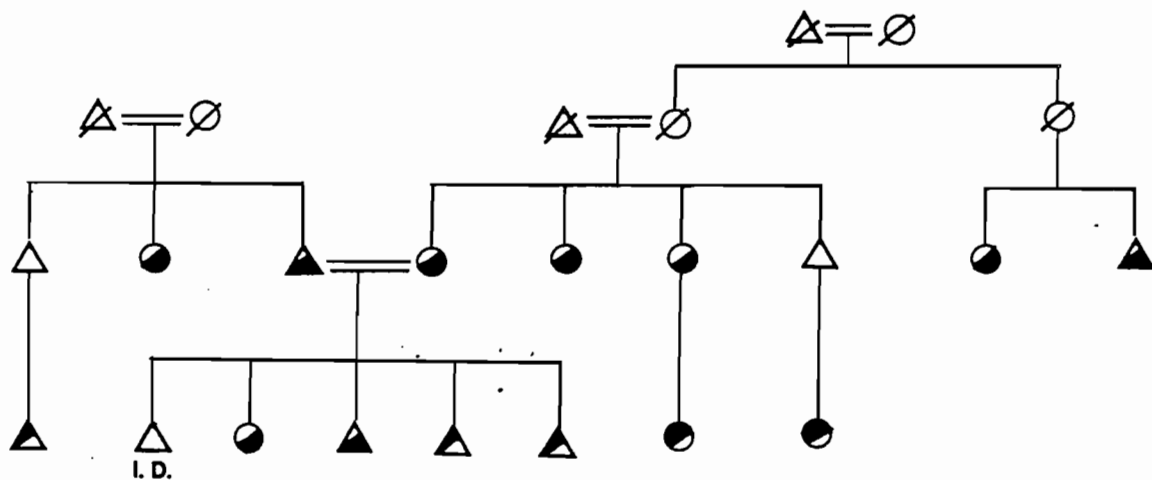
Avec l'oncle maternel, la relation est décrite comme affectueuse ; c'est de lui que le neveu utérin reçoit des conseils, des caresses, des cadeaux, des terres, une épouse ; en retour, il lui apporte son aide, c'est-à-dire essentiellement sa force de travail ; il est, de la génération précédente, l'homme avec lequel Ego a la plus grande proximité affective. Avec la tante paternelle, le lien est également étroit, mais marqué par l'image sévère du père ; si elle aide son neveu agnatique, lui offre des présents et lui donne parfois une fille, elle représente aussi pour lui une figure d'autorité ; d'où une affection mêlée de respect qu'Ego a pour elle. Avec les cousins croisés, il existe une relation à plaisanterie ; le cousin matrilatéral dit à Ego : "tu es mon esclave" et exige de lui des services, à quoi Ego répond en contraignant son "maître" à lui faire des cadeaux ; c'est évidemment l'inverse qui se produit avec le cousin patrilatéral à qui Ego peut dire : "tu es mon esclave" ; le lien est donc asymétrique entre cousins croisés, puisque l'un fournit des prestations sous forme de biens, et l'autre sous forme de travail ; lorsqu'il s'agit d'aide financière en particulier, c'est donc au cousin matrilatéral qu'on fera appel et c'est à son cousin patrilatéral qu'on sera redevable s'il est en difficulté.

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

Telle est la norme décrite par les informateurs. Mais comment les choses se passent-elles en réalité ? Abou Diallo est un Peul originaire du Fouta Toro qui réside à Dakar depuis dix ans et y travaille comme fonctionnaire : son salaire mensuel de 120.000 F CFA (2.400 FF) constitue une rente familiale. J'ai pu établir avec lui la liste des personnes qu'il aide régulièrement pour l'achat de médicaments - ce qui constitue, en raison du prix des produits et de la longueur des ordonnances, une dépense non négligeable : certains mois, le quart de son salaire y est consacré (figure 12 ). Pour son père qui a une conjonctivite

allergique et pour sa mère qui est hypertendue, il achète chaque trimestre une provision de collyres et de diurétiques qu'il leur envoie au village. Plus occasionnellement, il est chargé par sa famille de faire parvenir au Fouta des médicaments pour ses tantes paternelles et maternelles, ainsi que pour deux parents matrilatéraux plus éloignés. De plus, à Dakar, il héberge deux frères plus jeunes, ainsi qu'un fils de son oncle paternel émigré en France duquel il reçoit 15.000 F CFA chaque mois. Ainsi, disposant de revenus importants et réguliers, Abou Diallo est dans l'obligation de redistribuer ses gains et de se montrer ainsi digne de son nom en tant que fils adulte, il donne à son père et à la mère ; en tant que frère aîné, il donne à ses cadets ; en tant que neveu utérin, il aide ses tantes ; en tant que cousin, il aide ses cousines matrilatérales, y compris une cousine croisée qui devrait au contraire l'obliger par des cadeaux ; en tant que neveu agnatique, il apporte son soutien à sa tante ; en revanche, son oncle paternel n'accepte qu'Abou Diallo s'occupe de son fils que parce que lui-même peut payer le service rendu et donc n'être en rien redevable à son neveu. Pour résumer, on peut dire que, pour autant que les situations financières le permettent, les règles sont respectées.

**FIGURE 12 : MEDICAMENTS ACHETES PAR ABOU DIALLO, PEUL RESIDANT A DAKAR, POUR SES PARENTS VIVANT EN VILLE ET AU VILLAGE**



- △ ∅ Décédés
- △ ○ Non aidés
- ▲ ● Aidés au village ( Fouta Tooro )
- ▲ ● Aidés à DAKAR ET PIKINE



### Un réseau d'entraide dans une famille peul

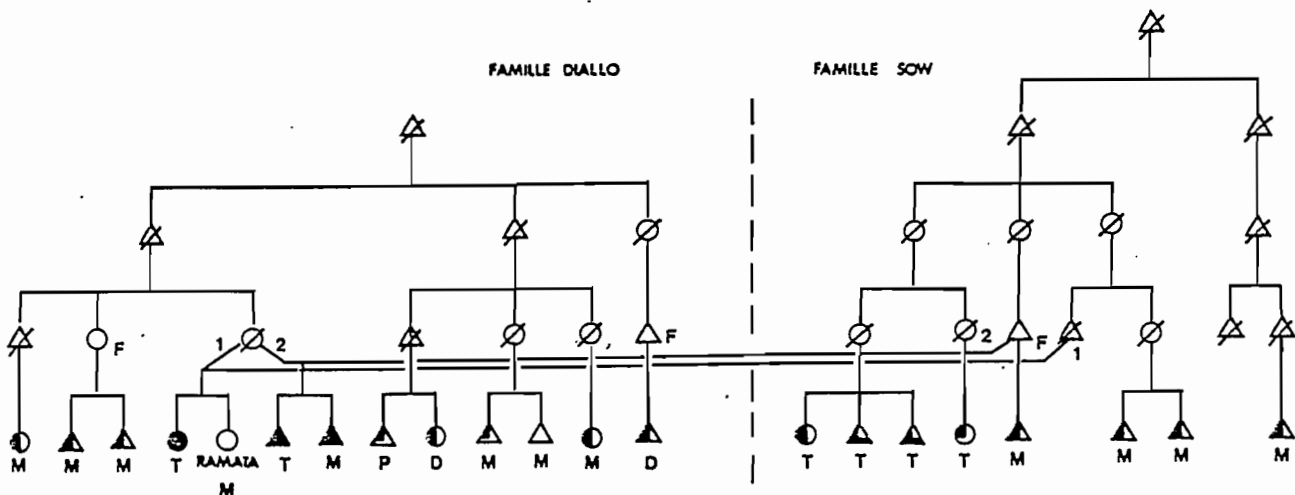
Mais lorsque l'on se trouve confronté, comme c'est souvent le cas à Pikine, à des situations très précaires où ceux auxquels on devrait faire appel sont dans l'incapacité d'aider, on est souvent conduit à mobiliser l'ensemble des possibilités offertes par le milieu social et, dans la parenté, à se montrer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

Ramata est une femme peul d'une cinquantaine d'années qui habite dans les quartiers irréguliers de Médina-Gounasse. Elle est venue à Dakar à l'âge de quinze ans, juste après son mariage. Elle a eu dix enfants dont quatre sont morts - deux en bas-âge, un autre après une intervention chirurgicale et une dernière dans des suites de couches . Sa fille aînée, Khardiatou, a trente ans, elle est retournée au village après s'être mariée ; sa seconde, Diariatou, a vingt-et-un ans, elle habite à Dakar avec son mari ; ses quatre plus jeunes enfants ont entre sept et quinze ans, deux vivent avec leur mère, deux ont été confiés à des parents proches. Lorsque son mari est mort, Ramata a dû vendre la maison pour partager l'héritage avec sa co-épouse ; elle a ainsi obtenu 800.000 F CFA (16.000 FF) qui lui ont permis de racheter un terrain sur le front d'urbanisation où la spéculation foncière est moins rude ; cependant, elle continue d'habiter la concession où elle a vécu de si nombreuses années avec sa famille et qu'elle loue aujourd'hui à son nouveau propriétaire. Outre ses deux enfants restés avec elle, elle élève quatre petits-enfants : trois de sa fille morte en couches, et une de Diariatou qui lui a été confié par la jeune femme. Pour nourrir sa famille, Ramata ne dispose que des bénéfices de son commerce et des aides de son entourage. Elle vend du lait caillé qu'elle prépare à partir de poudre (en regrettant l'époque où les Peul avaient des vaches et du vrai lait), et des légumes achetés sur le marché de gros (qu'elle revend au détail sur un petit étal devant chez elle). Dans les bons jours, avec le lait, elle gagne environ 500 F CFA, et avec les légumes 300 F CFA, soit 16 FF pour sept personnes. En fait, si elle survit dans ces conditions, c'est qu'elle est aidée par des parents.

Il est toujours difficile de recenser l'ensemble des prestations offertes ou échangées autour d'un cas comme celui de Ramata, moins à cause d'une compréhensible pudeur ("j'ai honte de demander de l'argent", dit-elle) qu'à cause d'inévitables oublis ou déformations (une

contribution importante ne sera pas signalée car elle n'est pas conçue comme une aide, au contraire, l'absence de soutien d'un proche parent qui est pourtant dans l'obligation sociale de participer au mouvement d'entraide ne sera pas déclarée car on aura implicitement confondu ce qui devrait être et ce qui est). Dans le réseau de solidarité familiale de Ramata, on a distingué différents niveaux d'aide (figure 13 ). Les soutiens principaux sont une soeur de même père et même mère, Fatimata, qui élève l'une des filles de Ramata (Dienaba âgée de neuf ans) ; deux frères de même mère, mais d'un second lit, Moussa, qui lui achète le riz chaque mois, et Tène, qui a la charge du plus jeune enfant de Ramata (Oumou, sept ans) ; et un cousin patrilatéral au deuxième degré, Ifra, qui paie la location de la chambre. Les aides moins importantes ou moins systématiques sont le fait de cousins matrilatéraux au premier et deuxième degré (partie gauche de la figure), de cousins patrilatéraux éloignés (extrême droite de l'arbre généalogique), et de cousins du deuxième mariage de la mère de Ramata (le groupe de Thiaroye, au centre du dessin) ; elles revêtent des formes très diverses, depuis l'achat de savon jusqu'à des dons en espèces qui, pour être moins humiliants, sont souvent présentés comme un apport de capital pour alimenter le commerce avec du lait en poudre ou des légumes en gros.

**FIGURE 13 : SOLIDARITE FAMILIALE CHEZ DES PEUL DE PIKINE :  
AIDE A RAMATA, VEUVE AYANT SIX ENFANTS A CHARGE**



- △ ∅ Décédé
- △ ○ Aucune Aide
- ▲ ● Aide sporadique
- ▲ ● Aide régulière modeste
- ▲ ● Aide régulière importante
- ▲ ● Soutien principal

- F = FOUTA
- D = DAKAR
- M = MEDINA-GOUNASS
- P = PIKINE ANCIEN
- T = THIAROYE

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

Si l'on essaie de replacer ce réseau familial dans l'ensemble des relations sociales de Ramata en ville, on constate qu'il en constitue la trame principale sur laquelle se greffent quelques rameaux plus ou moins intimement liés au réseau familial. Dans son voisinage, constitué pour une bonne part des parents déjà évoqués, elle n'entretient de relations qu'avec un Toucouleur dont son mari avait fait la connaissance à Pikine et qui lui offre 1000 F CFA à l'occasion de chaque fête musulmane ; mais elle n'a aucun lien amical inter-ethnique dans ce quartier qui comporte pourtant une proportion importante de Wolof et de Maures. Par ailleurs, elle fait partie de trois associations : l'une à vocation religieuse, *daayira*, entièrement dévouée au Chérife Abba qui partage son temps entre sa résidence villageoise au Fouta Toro et sa demeure pikinoise à Médina-Gounasse aisément repérable à la luxueuse Mercedes noire en stationnement devant la porte ; les deux autres à vocation d'épargne, tontines, qui lui permettent d'économiser de quoi acheter du riz et de l'huile lorsque vient son tour de recevoir la somme ; pour la première,

elle donne 100 F CFA par mois, destinés à la construction d'une mosquée ; pour les secondes, elle remet 100 et 50 F CFA aux deux trésorières tous les cinq jours et reçoit respectivement 1400 et 750 F CFA tous les trimestres ; les trois associations sont constituées exclusivement de femmes haalpularen du quartier.

Pour résumer, le réseau de sociabilité et de solidarité de Ramata est exclusivement intra-ethnique, en grande partie familiale, et pour l'essentiel très localisé : aucune personne non peul ou toucouleur n'y participe ; presque tout se passe entre parents proches originaires du même village ; spatialement le réseau occupe deux zones très circonscrites, à Médina-Gounasse où il se répartit sur deux îlots séparés par une ruelle, et à Thiaroye où il se concentre dans une vaste concession. Cette description met en évidence un fait général, tout particulièrement revendiqué dans les groupes à très fort attachement au milieu d'origine, comme les Peul ou les Diola : les problèmes, les difficultés, les malheurs doivent se gérer au sein de la famille ; il ne faut pas qu'ils transparassent dans le monde extérieur. Même les associations constituées en ville reposent ici largement sur la parenté, et plus généralement sur des liens antérieurs à la venue à Dakar : le réseau familial précédemment décrit forme la trame des trois associations auxquelles participe Ramata. Cependant, comme on le verra ultérieurement, l'intégration urbaine plus facile de la seconde génération de citadins et les stratégies individuelles plus ou moins manifestes de certains nouveaux venus remettent en cause ces formes traditionnelles de solidarités.

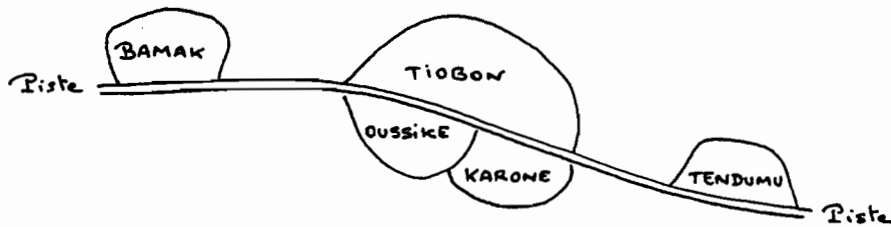
### Un village diola dans la ville

La constitution des réseaux de sociabilité en ville est fortement influencée par la structure sociale du milieu d'origine, et les relations entre ressortissants du même village ne se comprennent souvent qu'à la lumière des liens existant au village : de même que, chez les Haalpulaaren, l'organisation lignagère très forte, au sein de laquelle s'établissent les alliances matrimoniales et les rivalités familiales, détermine certaines formes préférentielles de rapports sociaux en ville, comme dans le cas de Ramata, de même, chez les Diola, la structure clanique de la société qui se traduit notamment, dans l'espace villageois, par des découpages en quartiers, se retrouve dans les liens qu'entretiennent les citadins entre eux, ainsi qu'on va le montrer

maintenant. C'est d'ailleurs là l'une des difficultés méthodologiques essentielles de toute anthropologie urbaine : alors que chacun est prêt à reconnaître que la ville ne peut être bien appréhendée que si l'on possède une connaissance suffisante du village, il est bien évident aussi qu'on ne peut pas reconstituer systématiquement, pour chaque famille citadine étudiée, la société villageoise dans laquelle elle inscrit son histoire. C'est ce qu'a fait J.M. GIBBAL (1974) pour quelques-uns de ses enquêtés ; c'est ce qui a été entrepris ici pour le village de Petit-Koulaye, en Casamance.

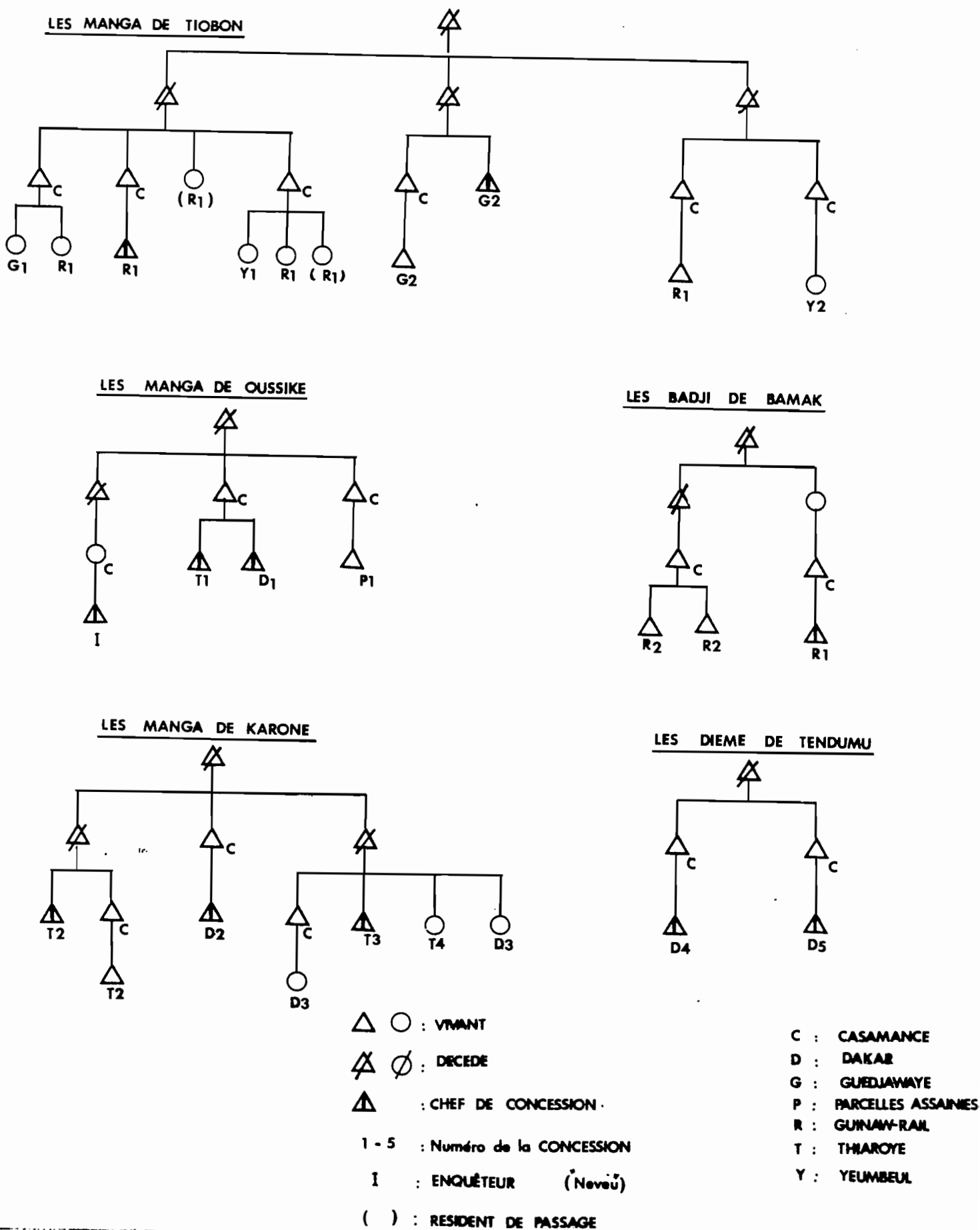
Après quelques mois d'investigations parmi ses ressortissants installés à Pikine et Dakar, j'ai pu y passer deux semaines, en compagnie d'Ibrahima Badji dont la mère est originaire de Petit-Koulaye et qui y occupe par conséquent le statut privilégié de "neveu" (**asempul ati sindey**). D'après le plus vieil homme du village, Kekouta Manga, c'est son aïeul, un Baïnouk venu d'une région voisine (Sindian) qui a fondé le premier quartier, celui de Karone, au début du XIXème siècle ; bientôt, il a été rejoint par un autre groupe baïnouk, également Manga, qui a créé les quartiers de Tiobon et Oussiké ; un peu plus tard, deux familles diola, les Diemé et les Badji, se sont installés par la force dans le village où ils ont imposé leur langue ; à la fin du XIXème siècle, les guerriers manding ont envahi et islamisé le village avant de poursuivre leur conquête plus à l'ouest. Mais l'histoire des origines est contestée, et d'après Faye Manga, actuel chef du village et résident du quartier de Tiobon, lorsque les Diola ont essayé de s'appropriier les terres du village, les Manga de Karone se sont enfuis ; ils ne sont revenus que plus tard, à l'époque coloniale, pendant laquelle les liens qu'ils ont établis avec l'administration française leur ont permis de retrouver la chefferie de village à la place de leurs rivaux de Tiobon ; dans cette version, les Manga de Karone apparaissent comme des villageois de la onzième heure ne pouvant en aucune façon réclamer un pouvoir qu'ils ont perdu d'abord et usurpé ensuite. En fait, à travers ces récits contradictoires, ce sont les conflits actuels au sein du village qui deviennent compréhensibles. Les cinq quartiers de Petit-Koulaye correspondent aux cinq familles : les Manga de Tiobon (dont le chef de village), les Manga de Oussiké (dont l'imam de la mosquée), les Manga de Karone (dont le vieux notable Kekouta), et plus à l'écart, de part et d'autre du noyau central, les Badji de Bamak et les Diemé de Tendumu (figure 14) ; le principal conflit se situant entre les résidents de Tiobon et Oussike d'une part et ceux de Karone d'autre part.

FIGURE 14 : LES CINQ QUARTIERS DE PETIT-KOULAYE



C'est cette situation des rapports sociaux à Petit-Koulaye qui sous-tend les relations entre ses ressortissants à Pikine. On peut d'abord remarquer que le lieu de résidence est étroitement lié au quartier d'origine (figure 15) : n'habitent dans la même concession que des personnes du même lignage ou segment de lignage correspondant à un quartier du village ; l'exception, dans l'arbre généalogique des Badji - le chef de la concession R1 -, n'est qu'apparente, car il s'agit en fait de la même personne que l'homme noté en R1 chez les Manga de Tiobon. Ainsi, à Guinaw Rails, il existe une concession de Manga de Tiobon (R1) et une autre de Badji de Bamak (R2) à moins de cent mètres de distance ; de même, à Thiaroye, il y a une concession de Manga de Oussiké (T1) et trois autres de Manga de Karone (T2, T3, T4), toutes quatre situées dans un périmètre de moins d'un kilomètre. Mais les relations préférentielles - qu'il s'agisse d'une décision à prendre, d'une aide à solliciter, d'un enfant à confier - se font non pas par proximité spatiale, mais par affinité lignagère : entre les habitants de R1 et ceux de T1 qui conservent leurs liens villageois, et non entre les Manga de R1 et les Badji de R2 pourtant voisins. La logique des rapports sociaux, notamment dans les cas d'entraide, n'est donc interprétable qu'en référence au contexte villageois. Sinon, comment comprendre qu'un Manga de Thiaroye (T1) ne fasse pas appel à la solidarité d'un autre Manga de Thiaroye (T2), ou que la construction d'un dispensaire à Petit-Koulaye entraîne un conflit entre les Manga de Dakar (D1) et les Manga de la concession d'en face (D2)?

**FIGURE 15 : RESSORTISSANTS DE PETIT-KOULAYE AU CAP-VERT EN FONCTION DE LEUR RESIDENCE ACTUELLE ET DE LEUR QUARTIER VILLAGEOIS D'ORIGINE**



### Associations de ressortissants et classes d'âge

Au-delà des conflits inter-personnels ou inter-lignagers, les associations de ressortissants réaffirment en les institutionnalisant les relations entre originaires d'un même village et renforcent, notamment par la circulation financière qu'elles permettent, les liens avec le milieu d'origine. Mais là encore, la forme qu'elles prennent dépend à la fois de la structure sociale villageoise et de l'insertion sociale urbaine : selon que la société d'origine est fortement hiérarchisée ou non, qu'elle est divisée en classes d'âge ou non, qu'elle est très impliquée dans la vie politique locale ou non, et selon que les ressortissants en ville sont nombreux ou rares, dispersés ou concentrés, salariés ou chômeurs, les associations adopteront des modalités de fonctionnement différentes.

Chez les Soninké originaires de Bakel (Sénégal Oriental), il y a, à Dakar, quatre types d'associations. La Grande Chambre de Bakel est la plus ancienne ; elle regroupe une grande partie des ressortissants mais a connu de graves dissensions politiques qui l'ont affaiblie. L'Amicale de Bakel, plus récente, a un recrutement très large, sur tout le département, et exerce un contrôle assez lâche sur ses membres, en particulier par l'absence de cotisations régulières. La Kareba, qui signifie "rénovation", rassemble environ 200 hommes, de Bakel uniquement, et s'occupe de la réalisation de "travaux humanitaires" (construction de mosquées ou de dispensaires). Enfin, les associations de classe d'âge sont nombreuses et permettent chacune à une vingtaine d'hommes ou de femmes de se retrouver pour des réunions régulières (tour de thé) ou exceptionnelles (baptêmes). Les trois premières regroupent des Soninké qui n'ont pas nécessairement entre eux des liens étroits, et que rapprochent le sentiment d'appartenir à un même ensemble culturel, mais aussi l'existence de liens institutionnels dans l'association ; comme le note C. MEILLASSOUX (1968 : 79) à propos des associations à Bamako, "elles recrutent parmi des personnes qui ne se connaissent pas nécessairement, même indirectement, et pour lesquels l'organisation formelle remplace les liens personnels". La Grande Chambre et l'Amicale ont une double vocation, culturelle (affirmer l'identité du groupe soninké bakélois) et politique (se constituer en structure de contrôle des réseaux clientélistes pour les hommes politiques locaux). La Kareba tente de se distinguer par un caractère à la fois plus élitiste (moins de membres, des cotisations plus élevées) et spécifiquement économique (réunion de sommes nécessaires à des constructions au village) ; bien qu'elle se déclare apolitique, elle n'est



pas sans influencer la vie sociale locale, y compris lors des élections. Dans les trois cas, il s'agit d'une solidarité au niveau du groupe et par rapport au village, mais la taille de ces associations, les liens impersonnels entre leurs membres, et le type d'activités auxquelles elles se consacrent ne leur permettent pas de jouer le rôle de sécurité sociale vis-à-vis de cas individuels. En cas de maladie ou de malheur, c'est auprès de ses compagnons (ou compagnes) de classe d'âge que l'on recherchera une aide : les relations très étroites au sein de ces groupes font de leurs membres des recours naturels lorsque l'un d'eux (ou l'une d'elles) est confronté à une difficulté.

Des constatations très voisines peuvent être faites chez les Haalpulaaren de Méri (Région du Fleuve). L'Association des Ressortissants de Méri se compose d'une assemblée générale qui regroupe la totalité des Mériens vivant à Dakar (environ 160 hommes) et d'une structure restreinte, l'Association des Frères Unis de Méri, qui rassemble les hommes de 17 à 40 ans et initie les actions au village ; il existe deux caisses, l'une Centrale à laquelle cotisent tous les membres (100 F CFA par mois et 500 F CFA chaque semestre), l'autre des Frères Unis où les jeunes adultes apportent leur contribution (100 F CFA par mois) ; alors que l'assemblée générale n'a qu'un trésorier et un secrétaire chargé de gérer la Caisse Centrale, l'Association des Frères Unis possède un bureau exécutif qui prend les décisions, ultérieurement entérinées par l'assemblée générale ; les activités de l'Association des Ressortissants concernent aussi bien la construction du dispensaire, d'une salle de classe ou d'une pirogue que l'achat de médicaments contre le choléra pour le village ou le transport du corps d'un Mérien mort à Dakar ; il existe une commission des affaires religieuses pour la construction de la mosquée et une commission des affaires juridiques qui intervient en cas de problème judiciaire de l'un des ressortissants. Les associations de classes d'âge sont très actives ; elles se réunissent pour des tours de thé et des repas hebdomadaires, ainsi qu'à l'occasion des baptêmes et des mariages ; comme les classes d'âge de Bakel, celles de Méri peuvent prendre en charge certains problèmes individuels que l'Association des Ressortissants n'a pas pour objectif de régler, mais avec la différence qu'elles ont fixé le montant (5.000 F CFA) de leur contribution aux événements malheureux - décès ou hospitalisation de l'un des membres ; l'association des femmes se mobilise essentiellement pour les baptêmes et les mariages à l'occasion desquels chaque Mérienne donne 500 F CFA ; il n'y a pas d'aide prévue pour les événements malheureux. L'association des jeunes - élèves et étudiants -

réunie sous le nom de Garba Club intervient également dans la solidarité avec le village, sous forme de participation à certains travaux durant les vacances scolaires ou d'aide individuelle aux vieux sans enfants. Mais cette multiplicité de structures ne doit pas faire oublier qu'en cas de difficulté financière ou de problème de santé, c'est, parmi toutes les associations de ressortissants de son village, à sa classe d'âge que la personne fera appel (le plus souvent, elle se mobilisera d'ailleurs spontanément) ; l'efficacité de la solidarité haalpulaar au sein des classes d'âge a été bien montrée par A.B. DIOP (1965) à propos des stratégies urbaines des migrants toucouleur à Dakar : dès sa venue en ville, le nouvel arrivant est pris en charge par son groupe d'âge qui lui trouve un logement et lui cherche un emploi.

En revanche, pour les Diola de Petit-Koulaye, les observations diffèrent quelque peu. L'Association des Ressortissants née en 1979 rassemble la totalité des originaires ; il y a une cotisation annuelle de 5.000 F CFA pour les salariés et 1.500 F CFA pour les chômeurs ; grâce à ces dons (en fait, ceux de tous les ressortissants résidant au Sénégal, notamment Ziguinchor et Kaolack où ils sont nombreux et actifs), une mosquée, un dispensaire et une école ont été construits ; de plus, lorsqu'un décès se produit, l'association donne 10.000 F CFA afin d'assurer le transport du corps au village ; lorsqu'une maladie ou un accident survient, chaque ressortissant peut faire un emprunt à la caisse, mais il n'y a pas d'aide systématique. L'Association des Femmes de Petit-Koulaye bénéficie des contributions de tous les ressortissants vivant à Dakar (100 F CFA par mois) ; les sommes sont employées aux cadeaux de mariage et de baptême ; parallèlement à l'association, il existe un groupe appelé **mirurey** (ressemblance) dans lequel les femmes cotisent pour acheter, à deux ou trois reprises chaque année, une pièce de tissu qu'elles partagent et dont elles se font un vêtement identique qui est arboré à l'occasion de célébrations. Les ressortissants des deux sexes se réunissent une fois l'an pour un "congrès" qui se tient au village et sert à prendre des décisions collectives ; chaque Diola se doit d'assister au congrès de son village et peut être invité à celui de sa mère. En outre, il existe un congrès annuel pour chaque clan (le congrès des Manga, des Diediou, des Sagna, des Badji, etc.) qui réunit plusieurs centaines de personnes de même nom, mais de régions différentes : manifestation culturelle où est racontée et discutée, grâce aux témoignages des plus vieux, l'histoire du clan.

A la lumière de ces trois illustrations, certaines remarques générales peuvent être formulées. En premier lieu, la taille du village d'origine et l'importance de sa migration urbaine influent sur la forme que prennent les associations : lorsque le nombre des ressortissants est élevé (plusieurs milliers de Bakélois à Pikine et Dakar), les liens au sein de l'association sont de type institutionnels plutôt que personnels (beaucoup ne se connaissent qu'à peine), et la propension à la segmentation croît (par suite de dissensions et de rivalités) ; lorsque les originaires sont un petit effectif (une vingtaine d'adultes de Petit-Koulaye dans tout le Cap-Vert), les relations sont plus étroites entre les membres qui sont souvent parents proches, et la tendance unitaire s'avère une nécessité ; dans le cas intermédiaire (quelques centaines de Mériens dans la capitale), l'association comporte deux niveaux, l'un avec des relations très lâches (la Caisse Centrale), l'autre avec des liens plus étroits (les Frères Unis). En second lieu, la solidarité joue à plusieurs niveaux : les associations de ressortissants prennent en charge les tâches importantes et prestigieuses (mosquée, pèlerinages, dispensaire, médicaments) ; les associations de femmes, qui disposent de sommes plus petites, se consacrent essentiellement aux événements heureux à l'intérieur du groupe (baptêmes, mariages) ; quant à la maladie et au malheur, ils sont gérés au niveau de la plus petite unité assurant une proximité sociale suffisante entre ses membres (classe d'âge lorsqu'elle existe, association lorsqu'elle a une taille limitée). En dernier lieu, la constitution des associations prend pour base la structure sociale d'origine : dans les sociétés à classes d'âge, des associations se créent sur ce modèle, dont D. PAULME (1971 : 18) a montré l'importance des relations de solidarité réciproque ; dans les sociétés à clans, des regroupements se font autour du nom, mais le nombre élevé de descendants et la distance importante entre les lignages ne permettent pas d'établir de liens étroits de solidarité. En somme, les associations de ressortissants et leurs avatars (classes d'âge, congrès de clans) jouent un rôle limité dans les systèmes d'entraide lors d'événements malheureux ; la famille assure généralement un soutien plus efficace et plus discret ; néanmoins, les associations interviennent à la fois directement par des dons collectifs et indirectement par la création de liens extra-familiaux qui peuvent permettre ensuite de nouvelles solidarités.

## Maîtres et captifs

La plupart des ethnies du Sénégal - en particulier les Wolof, les Toucouleur, les Peul, les Soninké, les Bambara, les Manding - ont une structure sociale hiérarchisée pour laquelle on utilise généralement le terme de castes (A.B. DIOP 1981, WANE 1969), critiqué par certains (TALL 1984). Chez les Wolof et les Toucouleur pour lesquels on dispose des descriptions les plus précises, la société comprend trois groupes : les hommes libres, les castés et les captifs.

En fait, A.B. DIOP parle, d'un côté, "dans le système des castes", d'une bipartition fondamentale de la société wolof donnant le couple d'opposition **géér/ñeeño** "c'est-à-dire : **géér** "la caste supérieure qu'il ne convient d'appeler ni noble, ni libre", et **ñeeño** "le groupe inférieur... divisé en castes et sous-castes" parmi lesquels on distingue les **jëf-lekk**, artisans, les **sab-lekk**, griots, et les **ñoole**, courtisans (1981: 34-35) ; et d'un autre côté, "dans le domaine des ordres", d'une "division binaire principale - **gor/jaam** (hommes libres/esclaves)" (1981 : 115). Il faut donc faire appel à deux hiérarchies qui se superposent et s'interpénètrent pour rendre compte de la complexité de la société wolof. En revanche, Y. WANE a recours, pour les Toucouleur, à une interprétation différente en ce qu'elle fait des ordres une catégorie qui inclut les castes ; ainsi, il y a trois ordres - **rimBé**, hommes libres, **nyeenyBé**, artisans et **jyaaBé**, esclaves -, et douze castes - quatre pour les hommes libres, sept pour les artisans, et une pour les esclaves (1969 : 33).

En ce qui concerne les castes avec spécialisation professionnelle - correspondant aux **ñeeño** des Wolof et aux **nyeenyBé** des Toucouleur auxquels on peut ajouter les pêcheurs, **subalBé**, qui font partie des hommes libres -, les relations de sociabilité, et par conséquent de solidarité, ont lieu essentiellement à l'intérieur du groupe : ainsi en est-il pour les forgerons, tisserands, boisseliers, tanneurs, potiers, pêcheurs ; toutefois, pour les laudateurs, musiciens, courtisans, le type même d'activité qu'ils exercent les met en rapport avec les castes supérieures dont ils chantent les louanges et dont ils reçoivent des cadeaux. Dans le cas de ces diverses catégories de généalogistes, des relations de dépendance personnelle s'établissent d'ailleurs souvent avec une famille ou un individu particuliers : à la transmission héréditaire de la fonction de griots s'ajoute la transmission héréditaire du lien avec la

famille parasitée. L'un des Peul rencontré à Dakar avait ainsi deux lignées de laudateurs (**wambaaBé**) associées à sa famille ; lorsque l'un d'eux avait un problème financier, ou bien était malade, il venait voir son protecteur qui était dans l'obligation de lui donner de l'argent ; "les **wambaaBé** habitent le plus souvent avec les Peul sédentaires et ne les quittent jamais, car ils en obtiennent leur subsistance", remarque C.M. KAMARA, cité par Y. WANE (1969 : 59). Entre les griots et leurs protecteurs, s'établit donc une relation d'aide obligée, en quelque sorte codifiée, caractérisée par son asymétrie : c'est toujours les premiers qui font appel à la solidarité des seconds, et jamais l'inverse.

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

**TABLEAU 32 : DONNÉES EN ESPÈCES LORS D'UN BAPTÊME TOUCOULEUR**

ACTIVITE	NOM DE CASTE	SOMME A REPARTIR (EN FCFA)
Cuisiniers	MaccuBé	6 000 F pour 4
Serveuses	MaccuBé	3 000 F pour 2
Griots-laudateurs	AwluBé	6 000 F pour 3
Forgerons	WayilBé	500 F pour les hommes et 500 F pour les femmes
Tisserands	MaabuBé	Idem
Peaussiers	SaKKeBé	Idem
Boisseliers	LawBé	Idem
Pêcheurs	SubalBé	Idem
Guerriers	SeBBé	Idem

A côté de ces dons codifiés, il existe des aides occasionnelles : sollicité par un captif de sa famille, un noble peut difficilement refuser d'apporter un soutien financier. Ainsi, Abou Diallo, dont on a vu précédemment comme il intervenait auprès de parents en difficulté, est également mis à contribution par ses "serviteuses" - qui ne sont d'ailleurs pas seulement celles attachées à son patrilignage, mais qui comprennent aussi celles de son quartier auxquelles il a pris l'habitude de faire appel pour les célébrations familiales : "Autrefois, dit-il, le captif ne recevait aucun bien en espèces : on lui donnait seulement le ventre plein pour qu'il puisse travailler. Aujourd'hui encore, au village, pour un événement, ce sont seulement les captifs du chef de famille qui viennent aider ; en retour, le maître a le devoir de les soigner comme ses propres fils. Mais en ville, actuellement, il n'y a plus assez de serviteurs de famille, car ils ont fui ou se sont dispersés : on a donc recours à des 'serviteuses' du voisinage ; et j'ai maintenant l'obligation de les soigner au cas où il leur arrive un malheur. La semaine dernière, l'une d'elle est venue à la maison car elle ne pouvait pas payer une ordonnance, je lui ai donné 500 F CFA pour l'aider".

Les devoirs du maître vis-à-vis de ses protégés sont magnifiés dans les récits des conteurs. Il est à cet égard intéressant de comparer deux versions d'un conte peul qui fonde mythiquement, en quelque sorte, l'obligation pour le noble d'aider ses dépendants : l'anecdote est la même, mais les protagonistes différents. Dans l'histoire "L'ancêtre des griots", rapportée par B. CENDRARS dans son Anthologie nègre (1947 : 85-86) : "Deux frères étaient en voyage. Un jour qu'ils traversaient un désert dépourvu d'eau, la soif prit le plus jeune des deux. Et il avait aussi grand-faim. Il dit à son aîné : 'J'ai faim et soif à tel point que je ne peux plus continuer à marcher. Poursuis ta route et me laisse mourir ici'. L'aîné s'éloigne sans lui répondre. Il va se dissimuler derrière un palmier. Là, il tire son couteau, se taille dans la cuisse un morceau de chair. Puis il bat le briquet, allume du feu et fait rôtir ce morceau qu'il porte à son frère. Celui-ci dévore avidement ce que lui apporte son aîné .... Quand il a terminé son repas, il aperçoit des taches de sang sur la jambe de son frère et il l'interroge à ce sujet. L'aîné ajourne l'explication demandée, promettant de le renseigner au premier village qu'ils atteindraient. Sitôt qu'ils sont parvenus à ce village, le cadet dit à son frère : 'A présent renseigne-moi, comme tu me l'as promis, sur ce qui a causé les taches de sang que j'ai vues sur ta

jambe. - Ce sang, répond l'aîné, a coulé de ma cuisse où j'ai coupé le morceau de chair que je t'ai donné à manger. - Tu m'as nourri de ta chair, reprend le cadet, et si je n'avais pas vu le sang qui tachait ta jambe, je n'aurais rien soupçonné de ton dévouement pour moi. Aussi, désormais, m'appellerai-je 'Diéli' - Je serai sous ton pouvoir et mes descendants obéiront aux tiens !' Le cadet fut le père des griots, qui portent en effet ce nom de 'Diéli', adopté par leur ancêtre". Dans la nouvelle "Le récit des vents" tiré du recueil de C.C. SOW Cycle de sécheresse (1983 : 137-147), on retrouve, sous une forme plus développée, la même trame, mais cette fois il s'agit du héros Samba Guello et de son captif Bassam et la mutilation sacrificielle se poursuit jusqu'à la mort du premier qui pourtant ne révélera pas au second la noblesse de son acte. Deux versions pour une même logique sociale du sens qui, sous couvert de sceller les devoirs du protecteur vis-à-vis de ses protégés, exalte le courage, la fierté, et finalement la supériorité des maîtres à l'égard de leurs dépendants - griots ou captifs.

Mais comme l'avait noté J.M. GIBBAL (1974 : 175) à Abidjan, la stratification socio-professionnelle moderne prend souvent le pas sur la stratification villageoise. Ce qu'il constatait à propos de l'âge (un cadet peut se trouver en situation d'aider son aîné) est également observable en ce qui concerne le statut social. Ainsi en est-il lorsqu'un captif connaît une fortune professionnelle meilleure que son ancien maître : le nouveau rapport social qui en découle peut devenir intolérable puisque le captif n'est plus prêt à assumer son rôle de serviteur, et que le maître n'a pas les moyens de remplir ses obligations. Comme le dit un chef de quartier manding de Guedjawaye : "si tu es pauvre, même si tu n'es pas captif on peut te dire captif, même si tu n'es pas sorcier on peut te dire sorcier ; mais si tu es riche, on n'osera pas te dire que tu es captif ou que tu es sorcier, car tu feras des poursuites". En fait, cette inversion sociale, d'autant plus fréquente que la promotion sociale en ville a été comprise par beaucoup comme un moyen d'échapper à leur condition servile, donne lieu à des réponses sociales diverses. Parfois, il y a rupture du lien, souhaitée à la fois par le captif qui veut faire oublier son statut inférieur, et par le maître qui ne supporte pas ce bouleversement hiérarchique : c'était le cas exemplaire d'un haut fonctionnaire soninké qui retrouva un jour son ancien maître devenu planton à la porte de son ministère. Parfois, c'est au contraire une dissociation complète des deux mondes : d'un côté, le monde moderne où le captif occupe une situation favorable dont peut d'ailleurs profiter

son maître pour obtenir une autorisation, une faveur, un emploi) ; de l'autre, le monde de la tradition où chacun retrouve son statut (en particulier lorsqu'est célébrée une fête collective) ; ainsi, un assistant de recherche toucouleur rencontré à Pikine avait cette double existence, homme important la semaine et pour toutes les affaires ayant trait à sa profession, et serviteur le dimanche ou lors des baptême de membres de sa classe d'âge. Parfois enfin, semblent s'établir, par accord tacite, des aménagements permettant de sauvegarder les deux positions, comme pour ce professeur de l'Ecole Normale Supérieure de Dakar, brillant politicien qui, en ville, était respecté et courtisé en raison de son influence et, au village - où je l'avais rencontré lors d'un mariage -, devait participer au service du repas nuptial en tant que captif. La confrontation des hiérarchies sociales, lorsqu'elles subissent une inversion de signe entre le système traditionnel et le système moderne, ne peut donc pas se ramener à un modèle simple : les solutions pragmatiquement adoptées dépendent à la fois de la forme des rapports de dépendance au village, de la distance sociale entre le captif et le maître en ville, et des choix individuels.

Les possibilités théoriques d'entraide dans le milieu d'origine paraissent multiples, et les lois régissant les solidarités traditionnelles semblent bien codifiées. Cependant, ces impressions doivent être relativisées, car, d'une part, existe une hiérarchie des recours (dans l'éventail des choix, il existe un ordre préférentiel) et d'autre part, se développent des échappatoires à la norme (ce qui est prescrit est loin d'être toujours respecté). C'est pourquoi on a tenté ici de présenter à la fois la théorie énoncée par les informateurs et les pratiques observées en situation ou décrites dans des récits. Si, malgré la complexité du fonctionnement des solidarités au sein de la famille et parmi les ressortissants, on veut essayer d'en cerner quelques principes généraux, c'est qu'au-delà des caractères spécifiques de chaque structure sociale (organisation lignagère, classes d'âge, rapports entre sexes), certains points communs peuvent être relevés.

En premier lieu, la famille est le lieu à la fois privilégié et redouté des solidarités : d'une part, le malheur peut y être caché aux étrangers et l'humiliation d'avoir à demander en dehors de sa parenté peut



y être évitée ; mais d'autre part, les conflits et les rivalités y sont les plus vifs, notamment entre les potentiels héritiers dans un même lignage ; la famille est donc le premier recours, mais les choix se portent vers les parents maternels dans les sociétés patrilinéaires (comme sont toutes celles étudiées ici). En second lieu, les solidarités en dehors de sa parenté dépendent pour une large part de son statut social, et de l'ensemble de droits, de devoirs et de conduites qui y sont attachés : il est ainsi beaucoup plus facile à un griot, à un tisserand, ou à un captif de faire appel à un *toorodo* (caste maraboutique *haalpulaar*) qu'il ne l'est à ce dernier de rechercher une aide auprès de quiconque, y compris dans son propre groupe statutaire, car la société prescrit aux courtisans, et à un moindre degré aux artisans et aux esclaves, de se comporter en quémandeurs, alors qu'elle l'interdit aux hommes libres. En troisième lieu, les associations de ressortissants, sous leurs diverses formes n'ont pas pour vocation de gérer le malheur individuel : si elles le font, c'est marginalement, et à l'intérieur de cadres spécifiques (en particulier, classes d'âge) ; elles sont destinées avant tout à manifester l'attachement des citadins à leur village et à entretenir les rapports de sociabilité entre personnes de même origine. En dernier lieu, la qualité et l'efficacité des solidarités traditionnelles, et par conséquent l'utilisation qui en est faite, dépendent beaucoup de l'expérience urbaine : pour les citadins de première génération, la référence au village et le recours à la parenté sont beaucoup plus systématiques que pour les citadins de seconde génération qui font facilement appel à des amis, des voisins ou des associations de la ville, comme on va le voir maintenant.

## Chapitre-XIX : VOISINAGE ET RAPPORTS URBAINS

Dans la théorie de l'Ecole de Chicago, et notamment dans le texte célèbre de L. WIRTH : "Urbanism as a way of life" (1938), la ville apparaît comme le lieu où sont liquidées les formes traditionnelles de sociabilité, notamment familiales, et où se créent de nouveaux rapports sociaux plus formels (associations) et plus différenciés (classes). En fait, les travaux africanistes de l'Ecole de Manchester, et plus particulièrement le texte de J.C. MITCHELL : "Theoretical orientations in African Urban Studies" (1966), ont rappelé que l'anthropologie urbaine ne pouvait se contenter d'oppositions aussi simples. S'il est vrai que les liens traditionnels sont affectés par l'urbanisation, et que la ville produit des structures sociales originales, les analyses empiriques montrent la complexité de ces changements : d'une part, la vision anomique de la ville est très réductrice en ce qu'elle ne rend pas compte des nouvelles formes de contrôle social ; d'autre part, les transformations ne touchent pas tous les citoyens de la même façon mais dépendent des conditions de leur expérience urbaine.

L'expression la plus souvent mentionnée pour décrire la ville africaine est la diversité, ou l'hétérogénéité, culturelle. D'où l'identification des rapports inter-ethniques comme caractéristiques de la sociabilité urbaine. Certes, au village, Wolof et Serer, Peul et Toucouleur, Bambara et Soninké, Diola et Manding (on pourrait multiplier exemples et combinaisons) peuvent vivre les uns à côté des autres et entretenir des relations amicales, mais rien de comparable à Pikine où, dans un même quartier, peuvent se rencontrer des individus d'une quinzaine d'ethnies différentes. Pourtant, ces relations inter-ethniques ne sont que l'un des marqueurs de la citoyenneté, car, d'une part, des liens entre sujets de même ethnie s'établissent souvent à la ville et illustrent donc également la sociabilité urbaine, et d'autre part, la notion même d'ethnie y fait l'objet d'une redéfinition et constitue à ce titre un enjeu proprement urbain.

## Réseaux et biographies

Les études de réseaux ont pris en anthropologie une place considérable au cours des deux dernières décennies; au point qu'on a pu dire, comme le relève U. HANNERZ (1983 : 235), "que le concept de réseau était l'équivalent de celui de "rôle" et de "classe" dans la course aux visions du monde de la sociologie, qu'il était pour l'anthropologie des sociétés complexes ce que la généalogie avait été pour l'étude des sociétés à systèmes de parenté traditionnels". Des approches méthodologiques spécifiques des réseaux ont été utilisées : à partir de la technique de la tranche de vie (episodic biography), G. BERNARD (1970) a proposé un récit de deux journées de la vie de R., 23 ans, à Kinshasa, où l'on suit le protagoniste dans son réseau relationnel ; à partir de l'analyse des ragots et commérages (gossips), U. HANNERZ (1967) a développé une étude du fonctionnement des réseaux dans le ghetto noir de Washington D.C. ; à partir de comptages statistiques et de modélisations mathématiques, on a même pu calculer des densités et dessiner des graphes. Dans l'usage limité qui en sera fait ici, il s'agira avant tout de montrer, à travers trois études de cas-trois hommes travaillant dans la même entreprise où ils sont salariés, avec un statut professionnel très proche -, la diversité des réseaux dans un contexte socio-économique assez voisin.

Le premier, Lamine Sané, est un Diola âgé de 35 ans qui est venu à Dakar il y a une dizaine d'années. Il a un niveau scolaire primaire, est largement autodidacte et se considère comme un "intellectuel". Il est marié, père de deux enfants de cinq et deux ans. Il a d'abord résidé à Dakar chez des parents, avant de s'installer avec sa femme et ses enfants à Pikine où il a occupé successivement trois maisons dans des quartiers très éloignés. Toutes ses relations extra-professionnelles sont diola : il s'agit avant tout de parents, surtout maternels : il héberge d'ailleurs trois d'entre eux, un oncle maternel, un neveu utérin et un cousin éloigné ; il participe à trois associations de ressortissants, celle de son village, celle du village de sa mère et celle du village de son père dont il est président. Il n'a pas d'ami dans son quartier actuel (où il habite depuis quelques mois), non plus que dans le précédent (où il avait vécu deux ans et où ses voisins ignoraient jusqu'à son nom, comme j'ai pu m'en rendre compte en cherchant un jour sa maison) Il avait un camarade dans son entreprise, mais ils se sont fâchés et ne se

voient plus aujourd'hui (la dispute était liée, semble-t-il, à une rivalité dans le travail). Sa journée dissocie totalement une vie professionnelle peu investie et une vie extérieure très familiale : chaque midi, il déjeune chez un cousin qui réside à Dakar, plutôt que de manger avec ses compagnons de travail ; à la fin de la journée, il rentre directement chez lui ; il ne participe pas aux activités syndicales de l'entreprise. Ses loisirs se déroulent strictement avec des parents, dont certains assez éloignés, et ses vacances sont toujours l'occasion d'un retour en Casamance. Quant à sa femme, elle n'appartient à aucune tontine de quartier, mais elle fait partie de l'association de ressortissantes de son village.

Le second, Mamadou Konaté, est un Soninké de cinquante ans, né en Gambie, élevé au Sénégal Oriental, et venu à Dakar en 1960. Autodidacte, il a suivi des cours du soir qui lui ont permis d'obtenir une formation de laborantin qu'il exerce actuellement. Il a deux épouses, deux enfants de chacune d'elles. Lors des "déguerpissements" des bidonvilles dakarois en 1972, il a été contraint de s'installer, avec ceux de son quartier, à Wakhinane au nord-est de Pikine, où il a construit sa maison actuelle. Ses fréquentations sont de trois types : de famille, de voisinage et de travail. Ainsi, il reçoit fréquemment chez lui les parents de ses épouses, et les siens, et leur rend parfois visite ; il est scrupuleusement respectueux des règles de solidarité familiale, et donne fréquemment à un cousin ou un oncle moins fortuné que lui. De plus, il est connu dans son quartier où il compte de nombreux amis, dont certains datent de l'époque dakaroise, avant la destruction du bidonville ; trois de ses voisins, parmi les plus démunis, viennent parfois partager son repas. Enfin, dans son entreprise, il a plusieurs camarades dont deux lui rendent quelquefois visite. Par ailleurs, il appartient à l'association des ressortissants de son village, ainsi qu'à sa classe d'âge à Dakar. Il a occupé d'importantes fonctions syndicales (secrétaire général de sa branche professionnelle), mais a démissionné à la suite de conflits avec les autres membres du bureau. Il n'a pas d'activité politique ou religieuse locale. De ses deux femmes, l'une, née au village, participe peu à la vie du quartier, mais fait partie de son association de ressortissantes, et l'autre née en ville, épousée récemment, conserve la plupart de ses fréquentations amicales dans le quartier où elle habitait avant son mariage, et n'appartient pas à l'association de ressortissantes.

Le troisième, Babakar Fall, est un Wolof d'environ quarante ans qui est né à Dakar où ses parents s'étaient installés quelques années plus tôt . Il a fait des études secondaires, puis s'est inscrit en histoire à l'Université dont il suit difficilement les cours en dehors de ses heures de travail. Il gagne sa vie comme assistant de laboratoire, mais aimerait avoir un jour une activité plus en rapport avec ses intérêts intellectuels. Il est marié, père de quatre enfants. Il habite dans l'un des plus anciens quartiers de Pikine, Icotaf, qui est aussi l'un des mieux équipés (eau et électricité à domicile). Il voit rarement sa famille : une soeur qui vit à Thiès, un frère qui réside à Dakar, le reste au village, dans le Dyolof. Il a trois amis proches. L'un, étudiant en licence d'arabe, manding, habite près de son lieu de travail ; il l'a connu par l'intermédiaire d'un ami et déjeune fréquemment chez lui le midi. Le second, employé dans l'un des palaces de Dakar, également manding, rencontré un jour chez des camarades, réside à moins d'un kilomètre de chez lui ; le week-end, ils se rendent mutuellement visite. Le troisième, comptable dans une banque, toucouleur, est un ancien voisin dont il a fait la connaissance lorsqu'il habitait dans un autre quartier de Pikine, il y a une dizaine d'années. Il a des relations de camaraderie avec plusieurs collègues de travail, mais ne les voit jamais en dehors de l'entreprise. Il fait partie du syndicat où il occupe des fonctions de secrétaire. Il n'appartient à aucune association de quartier ou de ressortissants. Sa femme travaille comme aide-soignante dans un dispensaire de Pikine ; elle participe à l'amicale du centre de santé ; elle cotise dans deux tontines ; elle fait partie du daayira tidjane de son quartier avec lequel elle va chaque année en pèlerinage à Tivaouane.

**TABLEAU 33 : RESEAUX DE SOCIABILITE ET CARACTERISTIQUES SOCIALES**

CARACTERISTIQUES	LAMINE SANE	MAMADOU KONATE	BABAKAR FALL
Réseau de sociabilité	Familial	Familial et amical	Amical
Association de ressortissants	Investissement important	Investissement faible	Investissement nul
Lieu de naissance	Village	Village	Ville
Années passées en ville	10	25	40
Résidence	Locataire instable	Propriétaire stable	Locataire stable
Ethnie	Diola	Soninké	Wolof

Bien qu'il ne soit pas question d'extrapoler à partir de ces cas sélectionnés sur un critère précis (puisque tous trois partagent le même lieu de travail, avec des emplois très voisins en termes d'activité et de salaire); on peut toutefois proposer quelques remarques générales. Les trois réseaux de relations se caractérisent de la façon schématique suivante : pour Lamine Sané, exclusivement familial ; pour Mamadou Konaté, à la fois familial et amical, accessoirement professionnel ; pour Babakar Fall, essentiellement amical (tableau 33). De nombreux éléments entrent en ligne de compte - y compris des facteurs psychologiques dont il n'est pas discuté ici - pour expliquer ces différences dans les pratiques de sociabilité : on essaiera de les analyser du point de vue du groupe et du point de vue de l'individu. Au niveau collectif et dans une perspective culturaliste, on serait tenté de faire jouer un rôle primordial à l'appartenance ethnique : Diola plus attachés à la communauté villageoise, Soninké à la fois liés à leur milieu d'origine et mieux introduits dans les circuits économiques de la ville, Wolof plus familiers de la vie citadine ; encore faudrait-il expliquer le pourquoi social et historique de ces "traits culturels". Au niveau individuel et dans une perspective biographique, on insisterait sur l'expérience urbaine : Lamine Sané, ayant passé presque toute son existence au village, vivant depuis peu en ville; et instable sur le plan résidentiel (cause ou conséquence de son absence de réseau de voisinage ?) ; Mamadou Konaté, également né au village, mais plus ancien à la ville, et très stable dans ses choix d'habitation (avec une stratégie d'accès à la propriété évidente puisque outre sa maison pikinoise, il a fait l'acquisition d'un champ non loin de Dakar) ; Babakar Fall, ayant passé toute sa vie en milieu urbain, n'ayant que d'épisodiques contacts avec le monde rural, et stable en ce qui concerne son logement (bien qu'il n'en soit que locataire). En fait, l'histoire sociale du groupe et l'expérience sociale des individus sont ici les deux approches complémentaires d'une même réalité.

#### Un réseau d'entraide-dans un quartier de Guedjawaye

Quittant l'analyse des réseaux de sociabilité en général, on s'intéresse maintenant aux formes d'entraide en particulier. Lorsque les recours familiaux ne permettent pas d'affronter des difficultés, notamment financières - que les liens soient distendus, ou que les moyens mobilisables soient insuffisants -, les relations de voisinage, et plus

généralement les relations d'amitié, sont souvent sollicitées. La circulation de l'argent et des biens au sein d'un groupe urbain pourrait constituer à soi seul le sujet d'un livre ; aussi l'ambition sera ici beaucoup plus limitée : à travers le cas de Demba, il s'agit de donner, en contrepoint de l'histoire de Ramata et de son réseau d'entraide familial (au chapitre précédent), l'exemple de pratiques de solidarité dans un quartier pikinois.

Demba est un Soninké de 45 ans. Il est venu à Dakar il y a vingt-cinq ans, et a été relogé au début des années soixante-dix à Guedjawaye, avec sa famille. Il travaille comme enquêteur dans un institut de recherche, ce qui lui assure un revenu mensuel d'environ 110.000 F CFA . Il vit avec ses deux épouses et deux de ses six enfants. Mais le groupe de ceux qui dépendent de lui économiquement est beaucoup plus large.

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

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

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

El Hadj Fall est le vieil imam de la mosquée du quartier. Wolof et tidjane, il était l'ami de l'oncle de Demba, aujourd'hui décédé. Il a un fils comptable qui habite dans les quartiers résidentiels de Dakar et qu'il n'ose pas déranger trop souvent pour solliciter son aide, et cinq filles dont deux déjà mariées, mais qui ne lui sont d'aucun secours. Lorsque sa femme n'a pas de quoi préparer le plat familial, il vient chez Demba et lui dit : "il n'y a pas de riz aujourd'hui", ou bien de façon encore plus détournée : "le feu n'est pas allumé" ; et son ami, avec discrétion, lui remet un peu de riz. En dehors de ces aides occasionnelles - parfois, il rembourse également ses "dettes de pain" -, Demba lui donne à chaque fin de mois 1500 à 2000 F CFA lorsqu'il reçoit son propre salaire.

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



avec un oncle maternel qu'il a d'ailleurs cessé de voir - ; et au contraire, on n'échappe pas à un certain contrôle social dans le choix de ses amis - il aide El Hadj Fall car c'était le compagnon d'un autre oncle maternel.

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

### Les associations économiques

La propension associative est considérée par de nombreux auteurs comme une caractéristique de la sociabilité urbaine (parmi d'autres : MEILLASSOUX 1968, GIBBAL 1974, FISCHER 1976). Plus encore, elle semble renvoyer à l'ethnologue l'image de la société citadine : "Les associations volontaires reflètent plusieurs aspects urbains importants. A travers elles, les gens approchent des problèmes tels que la sécurité sociale, le besoin de créer de nouveaux réseaux sociaux, de résister et de briser les anciennes contraintes, de résoudre des problèmes de relations entre sexes dans le contexte moderne" (MEILLASSOUX 1968 : 145).

A Pikine, le mouvement associatif est particulièrement dynamique et diversifié. Bien qu'on ne dispose pas de statistiques récentes et complètes, on peut se référer à deux études : celle de L. THORE (1964 : 108) qui a l'inconvénient d'être ancienne (réalisée alors

que Pikine ne comptait que 30.000 habitants soit vingt fois moins qu'aujourd'hui), mais l'avantage d'être réalisée sur un échantillon représentatif (stratifié sur la zone géographique) ; celle de S.C. MAACK (1978 : 504-558) qui est plus actuelle, mais qui ne concerne qu'une sous-population de la zone de Médina-Gounasse ; les résultats n'en sont donc présentés ici qu'à titre indicatif (tableau 34). Chiffres qu'on peut rapprocher - et non comparer, car les méthodes diffèrent - de ceux donnés pour Dakar par C. LE COUR GRANDMAISON (1972) à partir d'un groupe de 336 femmes Wolof et Lebou : 92% des femmes disent appartenir à une association au moins, plus souvent chez les "salariés" (97%) et chez les "indépendants" (95%) que chez les "sans activité" (85%) ; et par M. ODEYE (1986) sur un groupe non représentatif de 200 personnes : 82% des femmes et 76% des hommes déclarent faire partie d'associations, avec une participation plus faible dans les couches socio-économiquement extrêmes (70 et 72% respectivement pour les revenus très bas et élevés) que dans celles intermédiaires (77 et 90% pour les deux catégories du milieu).

**TABLEAU 34 : TAUX DE PARTICIPATION DES PIKINOIS A DES ASSOCIATIONS, D'APRES L.THORE (1964) et S.C. MAACK (1978)\***

ASSOCIATIONS	PIKINE ANCIEN (1964)								MEDINA-GOUNASSE (1978)		
	WoloF		Serer		Toucouleur		Autres		H %	F %	Total %
	H%	F%	H%	F%	H%	F%	H%	F%			
Politiques	34	16	37	41	50	10	18	16	-	-	-
Religieuse	60	49	33	0	32	17	20	13	40	57	41
Ethnique	2	0	12	0	26	17	26	0	-	-	9
D'entraide	20	21	37	0	29	17	26	11	-	-	-
De village	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Ludique et sportive	4	-	12	-	0	-	3	-	-	-	-
Toutes associations	-	-	-	-	-	-	-	-	68	70	69

\* Un tiret indique que ce taux n'est pas donné par les auteurs

A la forte participation qui peut être estimée d'après ces données fragmentaires, on peut ajouter la diversité des types d'associations. Si C. LE COUR GRANDMAISON (1972 : 124) n'en distingue que quatre types : économiques (ou tontines), d'entraide, religieuses,

politiques, en revanche A.B. DIOP (1965 : 221) en identifie six sortes : politiques, syndicales, récréatives et sportives, ethniques, religieuses et d'anciens combattants ; encore oublie-t-il les associations de ressortissants, les associations régionales, les associations d'épargne. Même à l'intérieur de ces cadres, les variations sont nombreuses, certaines associations étant mixtes, d'autres pas, certaines étant pluri-ethniques, d'autres mono-ethniques, certaines regroupant trois ou quatre personnes, d'autres plusieurs centaines, certaines ayant un statut juridique, d'autres n'ayant aucune base institutionnelle, etc. En fonction de ces multiples caractéristiques, les formes de solidarité différeront évidemment - depuis des associations à vocation déclarée d'assistance jusqu'à des groupes dont les objectifs n'ont qu'un lointain rapport avec l'entraide.

Les tontines sont les mieux connues des associations de quartier (LE COUR GRANDMAISON 1972). Il s'agit de caisses d'épargne fonctionnant selon un système de loterie : chaque femme cotise une somme fixe à chaque réunion, et le pactole ainsi constitué est tiré au sort ; le nom de la gagnante disparaît du prochain tirage, et lorsque le tour est achevé, toutes les participantes ont donc eu une fois la somme. De cette façon, les femmes parviennent à réunir une quantité d'argent relativement importante (très variable d'une tontine à l'autre), et à s'acheter des objets qu'elles n'auraient pas réussi à s'offrir seules (des pagnes, des produits cosmétiques, des ustensiles de cuisine) ; parfois, comme dans le cas de Ramata, la somme sert aux besoins les plus urgents (nourriture, logement). Pour obtenir l'argent de la cotisation, les femmes disposent de diverses méthodes : soit économiser à partir des bénéfices d'un petit commerce de détail, soit tricher sur la somme donnée par le mari pour le marché, soit faire appel à un frère, un oncle, un cousin, un voisin ; dans les ménages où les ressources sont limitées et les conditions de vie précaires, trouver l'argent nécessaire à la cotisation est souvent un problème délicat. Beaucoup de femmes participent simultanément à plusieurs tontines fonctionnant sur des fréquences de réunion et des montants de cotisation différents, ce qui augmente encore les difficultés pour réunir la somme, mais diminue également l'intervalle entre deux gains. Les tontines sont généralement pluri-ethniques, mais il arrive qu'elles recrutent leurs membres dans un seul groupe, voire au sein de ressortissantes d'un même village, en particulier chez les Diola et les

Toucouleur (une telle composition suppose en effet à la fois un nombre suffisant de femmes pouvant se réunir et une forte cohésion au sein du groupe, ce qui est souvent réalisé - de manière différente - dans ces deux ethnies). La mauvaise réputation des tontines vient de ce qu'elles sont souvent des lieux de conflits : au fur et à mesure que le tour progresse, la motivation à cotiser de celles qui ont déjà gagné le pactole diminue, et il arrive souvent que les dernières tirées au sort obtiennent moins que les premières ; de plus, les sommes manipulées tentent parfois des trésorières peu scrupuleuses qui détournent tout ou partie de la caisse, prétextant dans certains cas avoir été victimes d'un voleur ; comme l'explique une jeune femme mandjak, "j'ai constaté que beaucoup de tontines finissent à la police ou chez le chef de quartier". Ces diverses données expliquent que les tontines soient plus populaires dans les catégories moyennes que dans les groupes extrêmes : pour les plus pauvres, il est très difficile de mobiliser régulièrement une somme aussi minime soit-elle ; pour les plus aisées, le risque de scandale éloigne de ces pratiques que certains maris (en particulier fonctionnaires) interdisent à leurs épouses.

D'autres associations de quartier fonctionnent sur un principe voisin, mais sont destinées à réunir des sommes pour financer les dépenses de baptême (et parfois de mariage ou de deuil) ; c'est pourquoi le pactole est souvent plus élevé et les cotisations sont plus irrégulières (à l'occasion de l'événement). Une telle association de quartier à Guedjawaye réunit près de quatre-vingts femmes de toutes ethnies qui donnent chacune 700 F CFA ; "celle qui baptise" reçoit ainsi 55.000 F CFA. Une autre dont la vocation est identique réunit à Médina-Gounasse une quarantaine de femmes, toutes peul ou toucouleur, dont chacune donne 500 F CFA. Une troisième, à Yeumbeul, regroupe exclusivement des Diola, une quinzaine au total, qui donnent 500 F CFA pour chaque baptême et une somme non fixée pour les mariages et les deuils. Peut-être de par leur caractère plus spécifique (événement généralement heureux), ces associations sont moins l'objet de conflits et de disputes que les tontines, surtout lorsqu'elles sont dans un cercle restreint où toutes les femmes ont entre elles des liens de parenté et d'alliance, et où s'exerce donc le contrôle social du milieu d'origine.

En fait, toute structure, toute institution est bonne pour y créer ce type d'association : à l'usine, à l'hôpital, à l'université ou au ministère, l'unité de lieu suffit à faire se constituer dans des

catégories socio-professionnelles peu éloignées, des groupes d'hommes ou de femmes qui "cotisent". Ainsi, au dispensaire Municipal II de Pikine, le personnel - chef de poste, aide-soignants, volontaires, vendeur de billet-fait partie d'une tontine à laquelle ont été associés le frère de l'un ou le mari de l'autre ; au total, treize membres qui cotisent 10.000 F CFA par mois ; un peu moins d'une fois par an, on gagne les 130.000 F CFA ; dans ce dispensaire existe également une association pour les baptêmes appelée "amicale".

Mais ces associations à vocation d'épargne ou de collecte ne peuvent pas être assimilées, comme on le fait parfois, à une forme de "sécurité sociale". Dans la dizaine d'associations de ce type - le plus souvent groupes de femmes - où l'enquête a été menée, jamais n'apparaissait une possible utilisation de la caisse comme réponse au malheur individuel. Certes, on voulait bien envisager abstraitement l'éventualité d'un prêt accordé à un membre dans le besoin, mais d'une part, on expliquait que ce n'était pas à cela que servait l'argent cotisé, et d'autre part, on ne pouvait en citer aucun exemple connu : "dans le cas d'une maladie, la mère peut faire part de son besoin d'argent pour une ordonnance ou un voyage chez un guérisseur ; on peut alors lui prêter mais elle devra rendre, car c'est une caisse qui sert normalement à acheter des vêtements pour toutes ; d'ailleurs, non, je ne crois pas qu'elle ait déjà servi pour une maladie", explique une femme diola, trésorière et responsable d'une association d'épargne. En fait, ces associations manifestent la solidarité collective plutôt que l'entraide individuelle, s'intéressent à l'événement heureux et attendu plutôt qu'au malheur toujours plus ou moins imprévisible, et visent des fins pratiques (épargne) plutôt des buts humanitaires (dons).

### Les associations religieuses

Les **daayira** ont connu un développement considérable en ville, et Pikine est aujourd'hui couvert d'un quadruple réseau d'associations tidjanes, mourides, qadir et layennes : la multiplication des études sur le phénomène mouride en ville (en particulier CRUISE O'BRIEN 1971, M.C. DIOP 1981, FASSIN 1985), ne doit en effet pas faire oublier que les **daayira** des trois autres confréries sont également très actives tant sur le plan strictement religieux que dans les multiples aspects de la vie sociale, politique, économique.

Le daayira tidjane dont Tierno Oumar Sow est président a pour marabout attitré Tierno Amadou Niang qui habite Boynaji un village de la Vallée du Fleuve et dont le grand-père était un proche disciple du grand El Hadj Oumar Tall. En plein coeur des quartiers de Médina-Gounasse, ce daayira est constitué exclusivement de Haalpulaaren pour la plupart originaires de villages autour de Boynaji ; à côté de celui des hommes, existe le daayira des femmes que dirige Maïmouna Mbow, issue d'une famille de forgerons qui, au village, enseignent le Coran ; environ une soixantaine d'hommes presque tous âgés et une trentaine de femmes sont ainsi réunies dans deux associations parallèles. Tierno Oumar Sow étant l'imam du quartier, les réunions du daayira ont lieu soit à la mosquée, soit dans sa concession. Elles revêtent différentes significations : chaque jour, il y a lecture, par des érudits, de deux chapitres du Coran, et à la fin du mois, quand le livre a été entièrement lu, une bénédiction est prononcée, mais ces réunions quotidiennes semblent se confondre avec les séances de prières à la mosquée ; par ailleurs, avant chaque pèlerinage, ou en préparation de chaque événement religieux, une assemblée est convoquée pour discuter des modalités de déroulement et réunir les sommes nécessaires ; on peut donc en simplifiant, opposer des réunions quotidiennes à vocation spirituelle, et des assemblées occasionnelles à des fins pratiques. L'essentiel de l'activité non strictement théologique du daayira concerne en effet les pèlerinages, ziyara, et les offrandes, addiya, qui en sont le prétexte : le daayira, ou tout au moins une partie, se rend chaque année à Boynaji, village du marabout Tierno Amadou Niang, à Tivaouane, ville du Khalife Général des tidjanes, lors du mawlud, et enfin à Médina-Gounasse, en Haute-Casamance, autre lieu saint du tidjanisme Haalpulaar, à l'occasion du daaka ; pour chacun de ces pèlerinages, d'importantes sommes sont collectées pour financer le transport (une douzaine de véhicules), la nourriture (pour dix jours dans le cas du daaka) et les offrandes (15.000 F CFA pour le marabout de Médina-Gounasse) ; d'après Tierno Oumar Sow, les cotisations des membres, pour ces événements, sont fixées par lui-même, en fonction de la richesse estimée de chacun. Outre leurs visites annuelles et leurs dons en espèces à Tierno Amadou Niang, les membres du daayira montrent leur dévouement au marabout en lui apportant leur force de travail : plusieurs d'entre eux consacrent quelques semaines chaque année pour cultiver son champ, réparer sa clôture, agrandir sa maison. A côté de cette diversité d'activités religieuses, le daayira des femmes peut paraître doublement pauvre : matériellement d'abord, puisque les sommes réunies sont généralement faibles et ne permettent jamais de pèlerinages, mais seulement des visites

d'offrandes à Tierno Amadou Niang lorsqu'il est de passage dans sa maison dakaroise ; spirituellement ensuite, puisque ne sachant pas le Coran et ne lisant pas l'arabe, les femmes ne peuvent pas tenir de vraies réunions de prières, ce qui n'empêche pas les hommes de leur accorder, avec condescendance, "le nom d'assemblées religieuses malgré tout".

La solidarité, au sein du daayira, semble très développée ; "c'est une assemblée de bienfaisance", explique Tierno Oumar Sow (en fait il s'agit d'une traduction libre, par l'interprète, de l'expression jookéré en Dam, qui signifie plus précisément relations d'entraide). En général, lorsqu'un membre du daayira sollicite, la demande est exprimée par l'imam à la fin de la prière de cinq heures, le soir, à la mosquée, et une collecte est organisée parmi les fidèles réunis ; plus rarement, c'est à l'occasion d'une réunion du daayira dans la concession de Tierno Oumar que l'annonce est faite ; ainsi, en 1985, un membre du daayira a été hospitalisé pour une grave maladie ; durant les six mois de son séjour hospitalier, il a reçu plusieurs fois des délégations qui lui apportaient au nom du groupe, 5.000 ou 10.000 F CFA). Par ailleurs, lorsque l'un d'entre eux a "un problème de justice", le groupe intervient de trois façons : en premier lieu, tous prient pour lui à la mosquée ; en second lieu, ils peuvent collecter une somme pour payer un avocat ; en dernier lieu, il leur arrive de faire appel à Tierno Amadou Niang pour qu'il use de son pouvoir personnel. Deux caractéristiques sont remarquables dans ce daayira en ce qui concerne les pratiques de solidarité. D'une part, la relative importance qu'on déclare leur accorder, sous forme d'aides financières notamment : comme l'exprime son président, "il y a beaucoup d'avantages à faire partie d'un daayira". D'autre part, la quasi-absence de dissociation avec l'assemblée de la mosquée, ce qui tient à la fois à la double fonction de Tierno Oumar Sow (imam et président), à la forte congruence entre les deux groupes (la plupart des musulmans qui prient dans cette mosquée sont des tijanes du daayira), enfin à la possibilité de mobiliser des sommes plus importantes à l'occasion de la prière (les participants y sont plus nombreux qu'aux réunions spécifiquement convoquées).

Mais tous les daayira urbains ne fonctionnent pas de la même façon. Dans un autre quartier, à Hann, les observations que l'on peut faire à propos du daayira, également tidjane et exclusivement haalpulaar, diffèrent sur de nombreux points. Il n'y a pas de responsable officiellement nommé mais plutôt "un sage" qui connaît bien le Coran et

s'impose par son autorité. Les membres, une trentaine, sont des hommes entre vingt-cinq et cinquante ans. Les réunions sont l'occasion de prières et de chants, mais également de discussions sur des sujets politiques ; elles sont totalement indépendantes de l'activité de la mosquée. Le groupe n'a pas un marabout attitré, hormis la référence générale et habituelle au Khalife Général ; chacun a le sien, et il n'y a donc pas de pèlerinage organisé par le daayira, sauf le voyage à Tivaouane pour le mawlud qui concerne l'ensemble des tidjanes. Les relations avec le daayira mouride sont bonnes puisqu'il existe même une entraide pour l'organisation des veillées de prière : chaque année, l'association mouride du quartier fournit la bâche, les chaises, le magnétophone, les haut-parleurs, et 5000 F CFA pour le gaamu des tidjanes, et ceux-ci offrent en retour un mouton à l'occasion du maggal (ce sont les deux principales fêtes spécifiques de ces deux confréries). Quant aux manifestations de solidarité à l'intérieur du groupe, elles semblent se faire accessoirement par des collectes lorsqu'un malheur survient à l'un d'entre eux, et principalement à travers les liens individuels tissés entre les membres du daayira d'autant plus efficacement qu'ils ont des âges peu éloignés, sont de même origine ethnique et géographique, et vivent en bon voisinage.

Autre illustration, toujours chez les tidjanes, mais cette fois dans un daayira poly-ethnique de Guedjawaye. Son président est manding, les trente-quatre membres sont pour la plupart wolof et toucouleur. Le marabout attitré est Cheikh Tidjane Sy, petit fils d'El Hadj Malick Sy, le premier Khalife Général des tidjanes. Les réunions ont lieu chaque dimanche, le plus souvent chez le président, et sont des assemblées "de causerie, d'amitié et de prières". Les pèlerinages ont lieu deux fois par an à Tivaouane, l'un pour le mawlud, dans la foule des fidèles, l'autre pour le ziyara, visite annuelle à Cheikh Tidjane Sy. La solidarité au sein du daayira se manifeste à deux niveaux : lorsqu'il y a un malade, la participation de chacun se fait généralement à titre individuel et exceptionnellement par une collecte du groupe ; mais dans certains cas, on a recours à Cheikh Tidjane Sy qui peut faire des prières et remettre une recommandation pour un médecin de l'hôpital (on cite un exemple récent). En fait, les liens entre les membres du daayira paraissent ici assez lâches, à la fois parce que les origines et les histoires de chacun sont différentes (au contraire de ce qu'on a pu relever dans les deux premières illustrations) et parce que la relation avec le marabout paraît lointaine et indifférenciée (ce n'était pas le cas



dans le premier exemple où les membres étaient presque tous originaires de la même région que leur marabout).

Cette présentation de trois **daayira** tidjanes tend à en montrer la grande diversité, dans les formes comme dans les pratiques, et par là-même à refuser des modèles simplistes où l'on serait tenté d'opposer une association tidjane et une association mouride prises comme archétypes. Autrement dit, il se pourrait qu'il y ait plus de points communs, dans certains cas, entre deux **daayira** tidjane et mouride (en particulier dans le second exemple où ils collaborent) qu'entre deux **daayira** tidjanes (le premier et le troisième exemples, notamment). Ce que manquent peut-être les descriptions de certains sociologues comme C.T. SY (1969) ou M.C. DIOP (1981) qui, s'attachant à la seule organisation mouride et insistant sur les discours concurrents de certains chefs religieux, négligent les similitudes dans la structuration et les pratiques des confréries en ville.

Le **daayira** mouride dont El Hadj Mbaye Diakhate est président d'honneur et trésorier compte une vingtaine de membres à Guedjawaye. Tous sont wolof ou serer - il faut rappeler que ces deux ethnies représentent, d'après D. CRUISE O'BRIEN (1971), environ 95% des mourides à Dakar. Ils n'ont pas de marabout attitré ; ou plus exactement chacun a le sien, et tous ont Abdou Lahad Mbacke, l'actuel Khalife Général. Ils vont ensemble au **maggal** de Touba où ils se retrouvent parmi les centaines de milliers de disciples ; c'est l'occasion pour les membres du **daayira** de faire leur offrande à Abdou Lahad Mbacke et à son frère cadet Abdoul Khadr (en 1985, respectivement 65.000 et 15.000 F CFA). Les réunions du **daayira** ont lieu le samedi soir chez chacun à tour de rôle ; il y a du thé et des biscuits (un repas serait trop coûteux pour celui qui reçoit) ; ce sont d'abord des discussions, puis des chants qui durent tard dans la nuit. Lorsqu'il y a un baptême, on offre un cadeau à la mère qui "baptise" ; lorsqu'il s'agit d'un décès, on fait une collecte pour transporter le corps à Touba ; dans les cas moins spécifiquement codifiés, un malade hospitalisé par exemple, un don est parfois fait au nom du groupe.

Afin de lui donner une impression d'exhaustivité, on pourrait compléter cette fresque des associations religieuses urbaines avec deux autres illustrations, l'une chez les qadir, l'autre chez les layennes ; cependant, la description des deux **daayira** étudiés dans ce but à Guedjawaye, le premier chez des disciples de Cheikh Bou Kounta et le

second chez des fidèles de Seydina Limamou Laye (ce sont les deux prophètes fondateurs de ces confréries), n'ajouterait rien aux quatre précédentes observations et finirait par faire ressembler cette analyse à la litanie des chants religieux de **daayira**. Plutôt que de multiplier les exemples - ce qui risquerait de plus, de laisser accroire que les différences entre **daayira** sont des différences entre confréries -, on essaiera d'en montrer successivement les traits communs concernant les pratiques de la solidarité et les caractéristiques spécifiques relativement au contexte ethnique.

Les rapports sociaux au sein du **daayira** peuvent être analysés à deux niveaux : horizontal (entre les membres) et vertical (avec le marabout), le premier correspondant à une solidarité égalitaire c'est-à-dire une relation d'entraide, le second à une solidarité hiérarchisée, c'est-à-dire une relation de dépendance. Dans les rapports qu'établissent entre eux les membres du **daayira**, c'est moins souvent les liens formels (l'appartenance à l'association) qui sont mis en jeu, lorsqu'il s'agit d'aider quelqu'un, que les liens personnels (l'affinité inter-individuelle) ; exprimé autrement, les **daayira**, de même que d'autres associations dont la vocation première n'est pas l'entraide, interviennent moins comme système d'assurance sociale que comme lieu de rencontre et d'échange favorisant la cristallisation de relations amicales qui pourront ensuite être mobilisées à des fins d'entraide. Quant aux rapports du **taalibé** ou du **daayira** avec son marabout, ils ont été longuement étudiés dans le chapitre sur les pouvoirs religieux ; on peut toutefois ajouter, à la lumière des quatre descriptions précédentes, que la relation diffère selon que le **daayira** ait un marabout attitré (car alors c'est tout le groupe qui offre ou demande), ou que chaque membre ait son propre maître (car alors chacun donne et reçoit en son seul nom) ; dans le premier cas, le crédit accordé par le marabout est plus grand, et par conséquent plus importantes les chances de réponse à une sollicitation. Comme l'ont montré à propos des mourides D. CRUISE O'BRIEN (1971 : 237) et M.C. DIOP (1981) les **daayira** sont, en même temps qu'un lieu où s'exerce la solidarité confrérique, une instance de contrôle social de la ville ; cette double dimension apparaît nettement dans la mise en place de réseaux entre **daayira** de même confrérie et parfois de même marabout, qui couvre l'espace urbain selon une structure hiérarchique empruntée au Parti Socialiste (**daayira**/coordination départementale/fédération régionale/union nationale).

Que la différenciation ethnique des daayira ne soit pas signalée par les auteurs qui ont étudié les mouvements confrériques urbains ne peut guère étonner puisque tous les travaux concernent les mourides dont près des neuf dixièmes sont wolof. Sans aller jusqu'à parler avec G. NICOLAS (1978) d'"ethnisation de l'islam" qui "contrarie l'influence universaliste de la culture musulmane et maintient les clivages au sein de la collectivité islamique", on peut remarquer que les pratiques sociales dans les confréries varient en fonction du milieu ethnique. En fait, plutôt que de parler d'ethnie, peut-être serait-il préférable d'identifier des groupes sociaux dans leur double cadre historique et géographique, car il y a peu de points communs entre un Wolof mouride originaire du Baol où il est engagé dans une relation de totale soumission à son marabout, et un Wolof tidjane né dans la Vallée du Fleuve où ses pratiques socio-religieuses l'apparentent plus à un Toucouleur de la même région ; et à l'inverse, il y a de nombreuses similitudes entre un Wolof et un Serer du Saloum qui participent d'une même expérience mouride de développement agricole du Bassin Arachidier.

La dimension ethnique, et plus généralement socio-historique, s'exprime dans la structuration confrérique en ville, et dans les liens des disciples avec leur communauté religieuse au village. Chez les Haalpulaaren, en grande majorité tidjanes, le daayira est fréquemment mono-ethnique, suivant en cela la tendance à la concentration spatiale dans certains quartiers ; la référence au milieu d'origine est presque constante et se manifeste notamment dans le choix de marabouts du Fouta Toro, et dans l'affiliation aux descendants d'El Hadj Oumar Tall plutôt qu'à ceux d'El Hadj Malick Sy ; si le mawlud est célébré à Tivaouane avec les autres tidjanes, le pèlerinage le plus important est le ziyara au village du marabout. Chez les Wolof, la double obéissance tidjane et mouride introduit des éléments particuliers : les Wolof tidjanes se regroupent en associations pluri-ethniques, et se réfèrent à Tivaouane où ils ont le plus souvent leur marabout dans la famille Sy, mawlud et ziyara ayant ainsi la même unité de lieu ; les Wolof mourides se rassemblent dans des daayira qui ne paraissent souvent mono-ethniques qu'à cause de la proportion importante de Wolof parmi les mourides en ville. Chez les Diola, la constitution de daayira est un phénomène d'autant plus marginal que le phénomène maraboutique est récent en Casamance et que l'appartenance confrérique y semble peu revendiquée : au village, beaucoup de Diola se disent simplement musulmans ; ce n'est que dans quelques

régions, notamment en Haute-Casamance, que ce sont constituées des communautés religieuses agricoles autour de marabouts, le plus souvent tidjanes (ou qadir), et qu'est apparu ce qu'un informateur appelait "un début de tidjanisme de l'arachide" ; dans ces conditions, les Diola de Pikine sont peu enclins à faire partie de daayira qui ne s'inscrivent pas dans leurs pratiques socio-religieuses.

Ces faits rendent compte de la forme que prend la solidarité religieuse, dans son double contexte confrérique et ethnique. Chez les Haalpulaaren, le daayira n'est souvent que le cadre d'une solidarité qui trouve bien plus ses fondements dans des origines et des références communes. Chez les Wolof tidjanes, les liens au sein du daayira sont le plus souvent des relations de voisinage, les réunions du groupe étant une occasion de rencontre amicale autant qu'une manifestation de religiosité. Chez les Wolof mourides, la revendication confrérique nettement mise en avant (dans un contexte de minorité très prosélyte et démonstrative) instaure au sein du daayira une forte solidarité à base religieuse ("les mourides doivent se soutenir entre eux"). Chez les Diola enfin, l'entraide passe rarement par les associations religieuses qui n'occupent qu'une place accessoire dans leur sociabilité citadine.

Il n'a été question ici que de la religion musulmane : sa très nette prééminence en ville (probablement plus de 95%), sa forte participation à la sociabilité citadine, ses caractéristiques structurelles originales justifient la place importante qui leur est accordée. La présentation serait toutefois incomplète si l'on ne mentionnait la solidarité au sein des groupes chrétiens, presque exclusivement mandjak et serer. Les liens sociaux y sont tissés autour des lieux de culte, et plus accessoirement, de soins, mais ne s'institutionnalisent que rarement dans des associations : les chrétiens (catholiques) se rassemblent dans les quelques églises des Pères Blancs, ou se rencontrent dans les quatre dispensaires des soeurs. Le pèlerinage annuel à Popenguine, à l'occasion duquel les fidèles parcourent à pied les quelques quatre-vingts kilomètres qui séparent Dakar du lieu saint, réunit plusieurs dizaines de milliers de personnes et constitue, avec le maggal de Touba pour les mourides et le mawlud à Tivaouane pour les tidjanes, l'un des trois déplacements religieux les plus spectaculaires au Sénégal. La solidarité au sein de la communauté chrétienne de Pikine s'exerce plutôt verticalement entre prêtres et religieuses (européens) d'un côté, fidèles (sénégalais) de l'autre, qu'horizontalement entre catholiques

pikinois, à l'exception de certains mouvements sociaux spécifiques comme le centre de formation professionnelle des handicapés - qui avait toutefois été mis en place par un Père Blanc. De même que l'entraide trouve un écho dans le dogme islamique puisque l'aumône au pauvre est l'une des cinq obligations du musulman, de même chez les catholiques elle se réfère à l'une des quatre vertus du chrétien, la charité. Mais la particularité des pratiques de solidarité parmi les catholiques de Pikine, et leur intensité, tiennent surtout à la conscience d'appartenir à un groupe religieux très minoritaire et de plus en forte régression, sauf pour les Mandjak - l'islamisation est aujourd'hui presque totale chez les Diola et se développe chez les Serer.

### Les associations ethniques

Bien que la référence à l'ethnie soit présentée par les acteurs, et parfois par les observateurs, comme une forme de lien traditionnel, c'est bien plutôt une caractéristique proprement urbaine de la solidarité. L'idée de s'associer pour revendiquer son appartenance ethnique n'a de sens que dans un milieu où les liens de parenté, de voisinage, de classes d'âge ne suffisent plus à assurer la totalité d'une identité de groupe : au village, ces liens traditionnels permettent, entre sujets ayant les mêmes référents socio-culturels, de se reconnaître sur une série de critères entre "mêmes" (même lignage, même quartier, même groupe d'âge) par rapport aux "autres" ; à la ville, la diversité des référents, c'est-à-dire des histoires des groupes sociaux vivant ensemble, rend nécessaire un code nouveau - et complémentaire des précédents - pour délimiter le "même" et l'"autre". Cette différenciation ethnique varie toutefois en fonction de la situation historique dans laquelle se trouvent les groupes dans le milieu urbain. Ce qu'on va tenter de montrer à travers trois illustrations.

Chez les Haalpulaaren, il n'existe pas de véritable mouvement associatif de type ethnique car, d'une certaine manière, toutes les associations de Toucouleur et de Peul reposent déjà sur une base ethnique. Qu'il s'agisse de tontines, de **daayira**, de clubs de lutte, et bien entendu de groupes de ressortissants ou de classes d'âge, on se retrouve toujours entre Haalpulaaren, et très souvent de même région d'origine. Ce recrutement n'est d'ailleurs qu'un exemple particulier de ce qui constitue une stratégie sociale plus globale constatée également aux niveaux

foncier, professionnel et politique. Il est facilité par le nombre important de Haalpulaaren au Cap-Vert et, plus encore, leur concentration dans certains quartiers (notamment Médina-Gounasse, Bagdad et le Front d'urbanisation).

Chez les Diola, au contraire, la revendication ethnique apparaît nettement dans la constitution d'associations. En plus des groupes de ressortissants, existent à Pikine des associations diola, d'hommes ou de femmes. Ainsi, l'association des femmes diola de Yeumbeul regroupe une quinzaine de jeunes casamançaises, d'origines géographiques très différentes (Fogny, Boulouf, Kassa); quelques-unes seulement ont entre elles des liens de parenté, toutes les autres se sont connues en ville et n'utilisent d'ailleurs pas tout à fait les mêmes dialectes. Il y a deux caisses, l'une pour l'épargne qui fonctionne selon un principe de loterie comme dans les tontines, l'autre pour les baptêmes lorsque l'une d'entre elles a un enfant, mais avec également distribution du pactole à celles qui n'ont pas eu de naissances pour éviter les injustices. Les sommes élevées des deux cotisations (500 F CFA par mois pour la première caisse et 500 F CFA par baptême pour la seconde) sont habituellement réunies par les femmes grâce à leur salaire de bonne ; cependant elles se plaignent de ne plus trouver de travail ("avant, les Wolof demandaient aux Diola de faire la bonne, maintenant ce sont parfois les Diola qui prennent des Wolof comme bonnes") ; certaines ont commencé à vendre des légumes, d'autres se sont mises à laver le linge des célibataires, mais souvent elles sont obligées de faire appel aux maris ou amis ("s'ils ne nous aident pas, on leur refusera la nuit"). De même, à Thiaroye, il existe une association d'hommes diola ; les réunions concernent les activités politiques, culturelles ou sportives de la Casamance ; l'argent qui est collecté sert à organiser des manifestations récréatives dans les villages, sur le principe de spectacles itinérants. Enfin, l'Association des Supporters du Casa Sports constitue un phénomène unique dans le sport sénégalais : onze mille membres autour d'un drapeau, une organisation pyramidale comme celle d'un parti politique, un emblème révélateur : "se rencontrer, se saluer, se connaître", et un projet économique de développement de la Casamance ; évidemment, il ne s'agit pas là d'une association ethnique, bien que les Diola la revendiquent volontiers comme telle ; mais en montrant la confusion entre espace culturel et espace géographique, elle introduit la discussion sur la signification de ces associations dites ethniques. Constituant une petite minorité dans une ville où ils se sentent étrangers ("ici, pour nous, c'est la forêt, nos

parents sont loin", dit une femme de l'association de Yeumbeul) et qu'ils n'ont pas investi ("aller à la ville, pour nous, c'est comme pour le paysan aller au champ : le soir, il sait qu'il va rentrer chez lui" explique-t-elle encore), les Diola n'atteignent dans aucun quartier des concentrations élevées, mais conservent d'étroites relations entre eux au sein de réseaux qui couvrent l'ensemble du Cap-Vert : un homme ou une femme de Petit-Koulaye n'a aucune difficulté à citer le nom et à indiquer la résidence de tous les ressortissants de son village à Pikine ou Dakar. Cependant, très souvent, les parents ou les originaires ne forment pas un effectif suffisant pour se regrouper ; ils font alors appel à ceux et celles dont ils se sentent les plus proches, c'est-à-dire à d'autres Diola, nonobstant les différences d'origine, de culture, de langue, qui, au village, les auraient fait considérer comme étrangers ; ainsi se constituent, au niveau du quartier, une association qui regroupe des hommes ou des femmes se disant diola - par opposition aux Wolof, Toucouleur ou Bambara. Un autre élément important dans la revendication ethnique diola est à rechercher dans l'histoire récente du Sénégal : la tendance régionaliste, voire séparatiste, très présente en Casamance et singulièrement chez certains hommes politiques diola, a été durement affectée par les émeutes meurtrières de 1982 à Ziguinchor ; depuis cette date, la méfiance à l'égard du pouvoir central s'est traduite par un désengagement politique au niveau national et un désinvestissement des activités sociales au niveau local urbain ; si l'on veut discuter de politique, ce sera donc entre soi, éventuellement dans le cadre d'un mouvement récréatif ou sportif, mais loin des gens de la ville et de leurs comités du parti socialiste. Le développement d'associations ethniques diola - qui va de pair avec la construction d'une représentation sociale de l'ethnie - doit donc être lu à la lumière de ces divers éléments démographiques, historiques et culturels.

Chez les Wolof enfin, le mouvement associatif ethnique n'existe pas, dans la mesure où la conscience de l'ethnie y est à son point le plus bas. Se proclamer wolof à Dakar où ce groupe représente plus de la moitié de la population n'a guère plus de sens, pourrait-on dire en grossissant le trait, que de se dire français à Paris. D'ailleurs, les autres groupes nient aux Wolof leur réalité ethnique : "les Wolof, ce n'est pas une ethnie, c'est un mélange de toutes les ethnies, des Toucouleur, des Serer, des Lebou". Dans le discours culturaliste qui revendique l'ethnie, la notion de pureté apparaît toujours comme fondamentale et corollaire d'une amnésie de l'histoire. Cependant, si les

Wolof ne peuvent se constituer comme mouvement ethnique, ils revendiquent souvent une identité régionale : on se dit Waalo Waalo ou Baol Baol ou encore Saloum Saloum, et on se regroupe au sein de l'association correspondante. Ainsi trouve-t-on, par exemple sur le Front d'Urbanisation, une association de femmes waalo waalo dont les membres se réunissent une fois par semaine : il y a une caisse de type loterie et une autre pour les baptêmes, du thé et de la danse ; les hommes en ont constitué une également sur le modèle des associations de quartier ; l'entraide y fonctionne comme dans celles-ci, sous forme de dons collectifs ou de contributions individuelles. L'origine régionale commune avec les particularités dialectales qui s'y rattachent donne à ces associations une base plus forte que le seul voisinage, et tient lieu d'appartenance culturelle en l'absence de revendication ethnique possible.

En commençant cette partie, on se demandait comment des familles démunies pouvaient réunir les sommes nécessaires à des soins et des traitements souvent coûteux, et plus généralement à la prise en charge du malheur. Il n'est pas certain que l'on trouve, dans la présentation des formes de solidarité telle qu'elle vient d'être faite, une réponse tout à fait satisfaisante. Qui aide qui ? quand ? et pourquoi ? Des éléments ont été apportés, qui permettent de donner quelques principes théoriques de la solidarité en ville, tels qu'ils apparaissent à travers le discours des acteurs plus souvent que dans les usages pratiques qu'ils en font. Certes, les études de cas développées ont permis de montrer le degré de concordance entre ce qu'on dit de la solidarité et ce qu'on en fait, et de tenter de rendre compte des décalages observés ; mais la façon dont chacun peut faire appel aux divers réseaux d'entraide n'a été abordé que très partiellement.

En fait, cette série de questions renvoie à une interrogation plus générale : par où passe l'argent ? Le problème de la circulation des biens, particulièrement des biens monétarisés, apparaît en général comme l'un des plus complexes auxquels les ethnologues soient confrontés, au point qu'à Dakar une plaisanterie rituelle consiste à dire que celui qui a



compris comment circule l'argent a compris la société sénégalaise : à l'heure actuelle pourtant, il faut bien reconnaître que cette anthropologie économique des rapports sociaux quotidiens reste à faire. Une illustration littéraire de cette complexité peut être trouvée dans le bref et remarquable roman d'O. SEMBENE (1966), Le mandat : le personnage principal, Dieng, reçoit l'annonce d'un mandat envoyé de France par son frère et destiné à un parent ; lorsqu'il cherche à en percevoir le montant, on lui explique qu'il lui faut un document d'identité ; pour l'obtenir, il va donc devoir dépenser un argent qu'il n'a pas en déplacements, photographies, timbres fiscaux, intermédiaires ; il lui faut emprunter de l'argent, mettre en gage des bijoux, quémander auprès de parents, cependant que l'annonce du mandat dans le voisinage fait de lui la proie des solliciteurs auxquels il ne parvient pas à expliquer qu'il n'a rien touché et que, de toutes façons, l'argent n'est pas pour lui ; en soixante-dix-sept pages qui racontent deux journées de la vie de Dieng, le Dakarais, ce sont dix-sept échanges de biens divers, au terme desquels le héros se retrouve seul, endetté, et même molesté par un débiteur (tableau 35). Récit au ton souvent ironique qui témoigne d'un sens aigu de l'observation sociale.

TABLEAU 35 : LA CIRCULATION DES BIENS DANS LE MANDAT DE SEMBENE OUSMANE (1966)

CREANCIERS	DEBITEURS	BIENS ECHANGES
MBARKA, le boutiquier	GORGUI MAISSA, un voisin	15 Kg de riz et 50 F, pour le transport
	Un écrivain public, à la poste	20 F, pour le transport
	MADIAGNE DIAGNE, un voisin	50 F, pour la lecture du télégramme
Un neveu, à Dakar		1/2 Kg de riz
Un voyageur, dans le bus	Une femme, dans le bus	1000 F, en chèque et 100 F, en billet
	Un intermédiaire, à la banque	100 F, pour le faire taire
	AMBROISE, le photographe	25 F, pour le transport
Un commerçant		300 F, pour service bancaire
	NOGOI, un voisin	200 F, en avance
	Une soeur	2000 F, en prêt sur gage pour un bijou
MBAYE, le courtier		500 F, prêtés
	Un lépreux, dans la rue	1500 F, donnés, et un vêtement
	MBAYE, le courtier	500 F, prêtés
MBAYE, le courtier		10 F, en aumône
	Les voisins	25000 F, du mandat
		5000 F d'avance et 50 Kg de riz
		Distribution générale du riz
BILAN : Mandat disparu, bijoux en gage perdus, et toujours une dette de 27000 F...		

Pour comprendre la façon dont se mobilisent les solidarités dans la société sénégalaise - ou dans toute autre -, il ne suffit pas de les voir à l'oeuvre, c'est-à-dire de faire de l'observation en situation, encore faut-il replacer dans son contexte l'événement qui suscite le recours à l'entraide, c'est-à-dire de le relier à l'ensemble des pratiques sociales. C'est ce qui a été tenté à propos de problème des handicapés.

## Chapitre XX : SOLIDAIRES ET SOLITAIRES

C'est au cours de mon dernier séjour à Pikine, durant le premier trimestre 1986, que j'ai recueilli les matériaux qui seront présentés ici. Constatant en effet que les données déjà rassemblées laissaient une part trop restreinte au fonctionnement réel des solidarités urbaines, j'ai essayé de préciser comment elles se mobilisaient, ou ne se mobilisaient pas, en situation concrète. Le prétexte a été fourni par l'enquête sur les handicapés qui était l'objet principal de cette mission : le handicap, physique ou mental, paraissait, en effet, au-delà des considérations de santé publique qui avaient justifié l'étude, se prêter à une analyse des solidarités dans leur confrontation à un malheur quotidien, chronique et définitif.

Mais qu'est-ce que le handicap à Pikine ? Si des spécialistes occidentaux s'efforcent depuis plusieurs décennies, notamment dans le cadre de "La Classification des Handicaps" de l'Organisation Mondiale de la Santé, de préciser ce que sont une déficience, une incapacité et un handicap, où se situent les limites du normal et du pathologique, à quoi correspond socialement la perte d'un organe ou d'une fonction, force est de constater que ces questions n'ont fait l'objet que de très rares analyses dans le contexte d'une autre société (africaine, asiatique ou sud-américaine). Dans l'importante recherche bibliographique menée en 1985 par H. PAICHELER, B. BEAUFILS et J.F. RAVAUD pour l'UNESCO sur le thème "Aspects socio-culturels des Handicaps", deux cent cinquante références sont recensées dont seulement trois correspondent à des études réalisées en milieu africain : deux au Nigéria et une au Ghana, aucune des trois ne portant sur la définition du handicap ou sa signification sociale ; de manière révélatrice d'ailleurs, les enquêtes épidémiologiques ou psychosociologiques sur les handicapés en Afrique ne précisent ni les critères retenus (à partir de quel degré une boiterie devient-elle un handicap ?) ni les termes existants dans les langues locales (comment désigne-t-on un handicapé ?).

En wolof, on dit d'une personne qui est paralytique, aveugle, sourde ou folle, qu'elle est "diminuée" : ku waañi ko, le verbe waañi signifiant diminuer, abaisser, amoindrir, dans les divers sens de ces

termes, c'est-à-dire aussi bien moral (rabaïsser quelqu'un) que matériel (faire baisser un prix). Mais il existe ensuite une série de mots désignant le débile mental : **xel waañi ko**, le paralytique : **laago**, l'aveugle : **selimaaxa**, le sourd muet : **tex**. Il y a donc, pour les Wolof, une terminologie qui tient compte à la fois du retentissement fonctionnel en général ("diminué") et de la fonction atteinte en particulier (l'intelligence, la marche, la vue, l'ouïe). Cette brève évocation ne tient pas lieu d'analyse linguistique de la notion de handicap : elle précise simplement que les Wolof - et cette remarque vaut également pour les Haalpulaaren, les Soninké et les Diola où une recherche semblable a été faite - identifient une situation (diminution des performances dans la vie quotidienne) qui peut être assimilée à celle du handicapé, et que, par conséquent, l'enquêteur et l'enquêté parlent **a priori** de la même chose - ce qui n'est pas le cas pour la folie par exemple, ainsi que l'a montré A. ZEMPLÉNI (1968). En fait, on verra qu'il n'y a pas congruence complète entre le "diminué" en wolof et le "handicapé" en français, et qu'il est possible d'envisager une analyse sociologique plus générale du handicap.

L'hypothèse de départ de cette recherche - ou plus exactement l'hypothèse faite avant mon départ - était la suivante : le handicap est une situation limite où malheur et maladie se côtoient, et qui peut donc servir de révélateur au fonctionnement des solidarités. Derrière cette formulation générale, se profilait l'idée de "la prise en charge sociale du handicapé par la famille et par le groupe". En fait, sur le terrain, la problématique a changé pour déborder largement le cadre de la solidarité, et pour se poser plutôt comme une étude des pratiques sociales, et particulièrement économiques, mises en jeu autour du handicapé. Dans le même temps, la question de : comment le groupe prend-il en charge son handicapé ? se déplaçait vers une interrogation inverse : comment le handicapé peut-il être amené à prendre en charge son groupe ?

### Le handicap comme outil de travail

L'idée que le handicapé constitue toujours un fardeau social pour sa famille est loin d'être démontrée. Il n'est bien sûr pas question de nier la souffrance et de manière générale, la dimension psychologique d'un déficit physique ou mental, tant chez celui qui en est victime que dans son entourage. Il n'est pas non plus question de contester le dévouement des parents à l'égard d'un enfant infirme pouvant aller

jusqu'au sacrifice de leur emploi et de leurs ressources. Il s'agit plutôt de montrer que la société, surtout lorsqu'on se trouve dans des milieux très défavorisés où toute contribution aux revenus du ménage est décisive, donne sa place au handicapé dans le système économique familial.

Awa Fall est une jeune polioomyélitique de dix-huit ans qui se déplace difficilement grâce à des béquilles, et qui a d'importantes déformations des membres, secondaires à une absence de rééducation fonctionnelle. Sa maladie est survenue alors qu'elle avait quatre ans ; elle a été hospitalisée durant plusieurs mois et a consulté plusieurs guérisseurs à sa sortie du service de neurologie. Lorsqu'elle avait huit ans, elle a commencé à mendier au plateau, à Dakar ; les premiers temps, elle pleurait car elle ne voulait pas y aller, mais sa soeur aînée l'emmenait sur ses épaules et la surveillait à quelque distance durant toute la journée ; plus tard, elle s'est habituée. Actuellement, elle se lève vers six heures, prend le bus pour Dakar et s'installe au carrefour où elle mendie depuis dix ans ; elle y demeure de sept heures et demie jusque vers cinq heures le soir, puis elle rentre chez ses parents ; elle mendie ainsi chaque jour du lundi au vendredi (parfois elle part également le samedi matin). Son revenu quotidien est de 1000 à 1500 F CFA desquels elle doit soustraire 200 F CFA pour le repas et 240 F CFA pour son trajet (en fait, il est probable qu'elle ne paie pas cette somme, car les voyageurs règlent généralement leur place aux infirmes dans les cars rapides, ou bien les chauffeurs leur font cadeau du billet dans les bus, mais elle ne signale pas cette économie qu'elle garde pour elle-même). Elle donne chaque soir à sa mère le fruit de son activité de la journée. Une fois, il y a eu une rafle de tous les mendiants de la ville à cause de la visite à Dakar d'un chef d'Etat : elle est restée quelques heures au commissariat, puis a été libérée sans avoir à payer. Une autre fois, elle était partie, avec deux amies également infirmes, en Gambie où elle avait mendié pendant plusieurs semaines ; avec ce qu'elle avait gagné, elle avait acheté des tissus pour ses parents, mais au passage de la frontière, les douaniers ont tout confisqué et elle est rentrée sans rien.

Elle vit à Guedjawaye dans une baraque où sa famille occupe une pièce louée pour 1500 F CFA par mois - ce qui en indique le niveau d'inconfort, car une chambre sans eau ni électricité dans le quartier vaut habituellement entre 2000 et 4000 F CFA. Huit personnes y dorment : Awa, son père, sa mère, et cinq frères et soeurs. Le père possède un atelier de "galvanisation" (réparation de pneumatiques) dans la Médina de Dakar, mais

ses affaires ne paraissent guère prospères. La mère vend au détail, devant sa porte, des fruits qu'elle part acheter au marché de gros tous les cinq jours ; elle obtient ainsi 750 F CFA d'un sac d'oranges acheté 500 F et revend 5 F CFA la pièce un fruit local payé 10 F les trois ; maigres bénéfices, d'autant que les quantités vendues sont faibles et qu'il faut en soustraire les 100 F CFA de trajet aller et retour jusqu'au marché. Les cinq frères et soeurs sont plus jeunes et ne rapportent rien. L'argent de la mendicité d'Awa est donc utilisé de la façon suivante. Une partie est directement prélevée par elle-même avant de rentrer chez elle : son repas, des dépenses personnelles (la veille de l'un des entretiens, elle s'était achetée un collier à 300 F CFA pris sur les 1500 de sa recette du jour), des cadeaux pour sa famille (elle est la seule à pouvoir offrir et, à ce titre, est fêtée par ses frères et soeurs). Tout le reste est donné à sa mère et reçoit deux principaux usages : parfois pour régler les dépenses courantes quotidiennes (repas) ou mensuelles (loyer) ; mais surtout pour alimenter le petit capital de l'atelier du père et du commerce de la mère. Les sommes rapportées par Awa servent donc au nécessaire comme au superflu, aux dépenses de la maison comme au financement des activités des parents. Cependant elles n'apparaissent pas en tant que telles dans le budget familial : non seulement l'argent est versé à la mère, mais encore il est pour l'essentiel réinjecté dans les circuits économiques du ménage ; par exemple, un billet de 1000 F CFA rapporté par Awa servira à acheter deux sacs d'oranges pour sa mère, ou du matériel de réparation pour son père, et c'est avec les bénéfices que seront payées les dépenses du ménage. Ainsi est préservé le système de production économique sans que soit remis en cause l'ordre familial.

Dans les conditions d'extrême pauvreté de certains foyers, le handicapé peut donc devenir un véritable "soutien de famille". Mais le plus souvent, ce qu'il gagne n'est qu'une faible contribution aux revenus du ménage. Seydou Ndiaye infirme de trente ans qui mendie près d'un arrêt de bus à Guedjawaye rapporte des sommes généralement faibles, quelques dizaines de francs (sauf pour les fêtes religieuses où ses gains atteignent 100 F CFA). Son père a perdu son emploi de gardien au port en 1973 et n'a pas retrouvé de travail depuis ; il a essayé toutes sortes de petits commerces ambulants et n'a réussi dans aucun ; il est aujourd'hui marabout, enseigne le Coran et fait de temps à autre une bénédiction ou une amulette qui lui rapportent un peu d'argent ; comme il n'a guère d'autres ressources, mais une famille à nourrir, tout appoint, même minime, est recherché. "Ce que j'ai dépensé pour les soins de cet enfant,

je ne peux même pas en faire le compte", remarque-t-il comme pour s'excuser d'envoyer son fils demander l'aumône.

Dans certains cas, la mendicité sous contrainte apparaît comme une véritable exploitation du handicapé. Amadou Mbodj, paralytique de vingt ans qui déambule sur les genoux dans les rues de Pikine, est originaire de la région de Louga. Il a contracté la poliomyélite à huit ans. Quelques temps plus tard, ne pouvant le mettre au travail des champs, son père l'a envoyé comme taalibé d'un marabout à une vingtaine de kilomètres du village familial. C'est là qu'Amadou a passé cinq ans de sa vie, sans rien apprendre du Coran, à ne faire que mendier en compagnie de ses camarades ; comme il était paralytique, il recevait plus d'argent que les autres ; mais lorsqu'il n'avait pas assez rapporté, le marabout le frappait. Aujourd'hui encore il évoque avec émotion cette époque douloureuse et dit qu'il n'enverra jamais un de ses enfants à l'école d'un marabout. D'autres récits de vie le montrent également : s'il ne peut pas travailler aux champs avec les autres taalibé, le disciple handicapé représente pour le marabout, mieux qu'un pis-aller puisque, par sa mendicité, "il rapporte plus" que les autres.

Pour le handicapé, qui doit trouver sa place dans le système de production économique, le handicap constitue souvent le seul outil de travail. Les gains de sa mendicité, il les donne à sa famille lorsqu'il est jeune, ou s'il reste toute sa vie dépendant de ses parents, et il les garde pour son propre ménage lorsqu'il est devenu adulte et s'il peut acquérir une certaine autonomie. Ainsi Vieux Gueye, aveugle à la suite d'une rougeole à l'âge de sept ans vit exclusivement des gains de sa mendicité, et de la mendicité de ses deux épouses également aveugles. Il est venu en 1945 à Dakar pour mendier, car "ça ne rapportait pas assez au village" ; depuis quarante ans, il descend chaque jour au Plateau et demande l'aumône à un carrefour où il gagne "cinq cents francs, ou plus, ou moins". Sa première épouse est devenue aveugle à la suite d'une infection oculaire lorsqu'elle avait seize ans ; elle s'est mariée deux ans plus tard à Vieux Gueye qui est son oncle maternel ; ils ont eu deux enfants ; en 1961, elle a commencé à mendier dans le quartier de Colobane près duquel elle habitait alors ; lorsqu'a eu lieu la destruction du bidonville où ils vivaient, ils sont venus s'installer à Guedjawaye avec ceux de leur quartier, mais elle a continué à venir mendier au même endroit où il y a beaucoup de passage ; le jour de notre entretien, il était treize heures, elle venait de rentrer de Colobane où elle était

partie à cinq heures et demie le matin et où elle avait gagné 850 F CFA (desquels elle avait dû retirer quatre fois 80 F pour son transport et celui de sa fille qui l'accompagnait). La seconde épouse vit dans une autre maison, à cent mètres de la concession où habitent Vieux Gueye et sa première femme ; elle est également devenue aveugle au cours d'une infection oculaire à l'âge de vingt ans ; elle s'est mariée un peu plus tard avec Vieux Gueye, qui est un cousin maternel ; elle aussi a toujours mendié à Colobane et aujourd'hui continue de le faire parce qu'elle y connaît beaucoup de gens ; le matin de notre rencontre, elle avait quitté son domicile au premier appel du muezzin, un peu avant six heures, avait mendié jusqu'à midi, puis était revenue à la maison avec 300 F CFA une fois soustraites les dépenses de bus ; elle a six enfants adultes, deux garçons qui n'ont pas de travail et quatre filles mariées qui ne l'aident pas beaucoup car "elles sont entre les mains d'un autre homme". C'est donc la mendicité qui a permis à Vieux Gueye et à ses deux épouses d'élever, chacune de leur côté, huit enfants au total.

Mais la mendicité n'a pas la même accessibilité sociale pour tous. S'il est dans les pratiques habituelles, et même prescrites, des gens de caste (artisans ou laudateurs) de quémander, il est beaucoup plus difficile à un noble de s'abaisser à demander l'aumône ; comme le faisait remarquer mon compagnon d'enquête en sortant d'une concession où nous venions d'interroger un vieil aveugle qui s'était montré prolix sur ses activités : "c'est un griot (gewel), il peut mendier sans honte" ; la veille, en revanche, nous nous étions entretenus avec un Toucouleur de statut supérieur (toorodo) qui avait préféré parler de ses espoirs de voir son fils paralytique devenir marabout plutôt que d'évoquer sa pratique effective de la mendicité dans le quartier. Mais le statut social n'entre pas seul en ligne de compte et la religion joue un rôle important dans la représentation que la société se fait du mendiant : dans l'islam où l'aumône aux pauvres constitue l'une des cinq obligations du musulman, il est un "rôle nécessaire" - dans *La Grève des battù* (SOW FALL 1979), la disparition des mendiants de la scène urbaine déstabilise l'ordre social-, alors que dans le christianisme, la charité est souvent associée à une image humiliante ; parmi les vingt-quatre handicapés interrogés (vingt musulmans et quatre catholiques), quatorze mendiaient, tous étaient musulmans ; les quatre chrétiens (deux Diola, un Manjak et un Serer) déclaraient qu'ils n'accepteraient jamais de mendier ; des enquêtes complémentaires auprès de familles diola a rendu encore plus manifeste cette différence entre islam et christianisme, puisque dans ce groupe



ethnique, la coexistence des deux confessions permettait la comparaison des attitudes. La mendicité n'a donc pas la même signification pour chacun, et tout le monde ne peut pas dire comme cette vieille aveugle de Pikine, "mendier est notre métier".

### Le handicapé-comme force de travail

C'est d'ailleurs contre ce principe qu'essaient de lutter certaines associations, et notamment l'Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal, en revendiquant le droit à l'école et le droit au travail pour les handicapés. Mais elles se heurtent en cela à la volonté des intéressés eux-mêmes qui savent bien qu'on gagne plus d'argent en demandant l'aumône à Dakar qu'en y travaillant dans un atelier (l'un des membres du bureau de l'Association Nationale est même retourné à la mendicité après une tentative manquée d'insertion professionnelle). En fait, un petit nombre de handicapés parviennent pourtant à entrer dans les circuits de production, c'est-à-dire à ne plus se servir de leur handicap comme outil de travail, mais à s'utiliser eux-mêmes comme force de travail, tentant ainsi de dépasser leur infirmité et de "gagner leur vie comme tout le monde".

Marie-Thérèse Sagna est une Diola catholique de dix-neuf ans qu'une poliomyélite a gravement handicapée. Elle se déplace le plus souvent en se traînant sur les genoux, car bien qu'elle dispose d'une chaise roulante, elle ne peut guère s'en servir à cause du sable des rues de son quartier. Lorsqu'elle était au village, elle tressait des paniers ; un jour, sa mère a trouvé que Marie-Thérèse devenait trop lourde pour être portée : "tu dois partir en ville chez ta soeur", a-t-elle dit. Dans les premiers temps, à Guedjawaye, elle a continué son travail de vannerie ; puis un prêtre qui rendait visite à sa famille lui a proposé de lui enseigner la couture au centre de formation professionnelle des Pères Blancs, non loin de là où elle habitait. Pendant quatre ans, elle a ainsi appris la couture, la broderie et la tapisserie, au milieu d'autres handicapés moteurs. Lorsqu'elle a commencé à bien maîtriser les diverses techniques du métier, Awa Fall qui enseigne la couture au centre de formation et qui dirige un atelier sur un marché de Guedjawaye, lui a proposé de venir comme apprentie chez elle. C'est là que travaille Marie-Thérèse depuis quatre ans.

Elle commence tous les jours à huit heures (un charretier payé mensuellement 3.500 F CFA par Awa, vient la chercher chaque matin et la reconduire chaque soir). Elle travaille jusqu'à dix-sept heures, avec une interruption d'une demi-heure pour déjeuner (comme elle ne peut se mouvoir facilement, elle reste à l'atelier où elle sert donc de gardienne, et comme elle n'a rien d'autre à faire qu'à prendre son repas, elle se remet rapidement au travail jusqu'au retour de sa patronne). Elle est la plus ancienne parmi la dizaine de jeunes femmes dont trois infirmes qui sont également là comme apprenties ; bénéficiant de la confiance d'Awa, elle la remplace donc à la tête de l'atelier en son absence. Elle peut fabriquer toutes sortes de vêtements, "traditionnels ou modernes, d'hommes ou de femmes" ; d'ailleurs, Awa n'a plus guère le temps de coudre elle-même, c'est Marie-Thérèse et ses compagnes d'atelier qui font l'essentiel du travail. Aucune d'entre elles n'est payée ; les apprenties valides doivent même acquitter une somme de 1500 F CFA chaque mois puisqu'il s'agit d'une formation dont seules les trois jeunes filles handicapées bénéficient gratuitement ; c'est d'ailleurs pourquoi plusieurs ont fini par quitter l'atelier : "s'asseoir inutilement nous fatiguait", c'est-à-dire : travailler sans salaire ne nous plaisait pas.

Au bout de huit ans de pratique quotidienne de la couture, à raison de dix heures par jour, Marie-Thérèse, qui est intelligente et habile, n'est donc encore considérée que comme une apprentie. Certes, elle fait et enseigne à ses compagnes tous les travaux de l'atelier, mais elle n'est pas encore jugée assez compétente par Awa qui attendra probablement encore quelques années avant de lui délivrer le certificat par lequel le maître déclare son apprenti formé, et grâce auquel celui-ci peut commencer à travailler à son compte. Pour l'instant, Marie-Thérèse doit se contenter des compliments des clients, de l'estime de ses compagnes, des encouragements d'Awa, et des cadeaux donnés par celle-ci à l'occasion d'une fête (1000 F CFA, pour la Tabaski, l'une des trois grandes célébrations annuelles des musulmans) ou d'un travail important terminé (la somme est alors variable et non systématique). D'ailleurs, elle a bien intériorisé le principe de l'apprentissage, puisqu'elle dit : "j'attends d'avoir plus d'expérience pour me mettre à coudre seule", et : "quand Awa me trouvera suffisamment formée, elle me donnera un diplôme". En attendant cette échéance imprécise, mais assurément lointaine, elle rêve du jour où "je pourrai , dit-elle, travailler pour moi-même".

Le problème de la situation sociale des apprentis dépasse bien entendu celui des handicapés. Dans un texte sur ce thème intitulé : "Ceux qui travaillent gratuitement : un salaire confisqué", A. MORICE (1987) resitue le travail non salarié - dont l'apprentissage est l'archétype - dans sa double dimension : "C'est d'abord un rapport paternaliste, ce qui signifie la mise en place (ou la persistance) de tout un système de droits et de devoirs personnels entre les acteurs. C'est en deuxième lieu un rapport où l'absence de reconnaissance statutaire par les représentants officiels de la société civile est compensée par une adhésion aux pouvoirs sociaux ainsi définis, le plus souvent, en dehors de tout contrat formel". Dans le cas de Marie-Thérèse, c'est bien de cela qu'il s'agit : d'une part, la relation paternaliste entre elle-même et Awa, encore renforcée symboliquement par le fait qu'elle se soit instaurée au centre de formation des Pères Blancs ; d'autre part, l'adhésion sociale très forte à ce type de pratiques, reposant sur un consensus que l'apprenti contestera d'autant moins qu'il sera quelques années plus tard en situation favorable dans ce rapport de production. Dès à présent d'ailleurs, il n'est plus question pour Marie-Thérèse de se plaindre ou de revendiquer puisque sa position actuelle de "plus ancienne" lui assure déjà le pouvoir dans l'atelier en l'absence de la patronne et la possibilité de gains sous forme de cadeaux occasionnels : s'opposer au "cours naturel des choses" mettrait en péril sa situation présente, relativement privilégiée, et sa future autonomie, une fois son certificat obtenu.

Cependant, si le handicapé ressortit du modèle générique de l'apprentissage, il présente certaines caractéristiques particulières liées à son infirmité qui prolongent et renforcent encore les logiques du travail en atelier. D'une part, le handicap physique de l'apprenti grandit le mérite du patron qui accepte de lui apprendre un métier : dans le cas d'Awa, les élèves couturières sont même exemptées du paiement mensuel, si elles sont handicapées ; d'ailleurs, quel que soit le regard critique que l'on puisse porter sur les pratiques sociales de l'apprentissage, il faut bien voir qu'Awa fait preuve d'une réelle générosité à l'égard de Marie-Thérèse (par exemple, en prenant en charge ses frais de déplacement), sans renoncer pour autant à l'essentiel de ses prérogatives de patronne. D'autre part, l'existence d'un handicap chez l'apprenti autorise la prolongation de l'étape de formation : chacun est prêt à accepter, à commencer par le handicapé lui-même, que l'infirmité constitue un obstacle à l'acquisition de techniques et l'habileté réelle de

l'apprenti n'est même pas discutée ; "Awa est déjà assez bonne d'accepter des handicapées dans son atelier", se dit-on, sans même envisager que Marie-Thérèse puisse avoir plus de talent et de zèle qu'une couturière valide.

Des observations très voisines ont été faites dans un atelier de menuiserie de Guedjawaye où travaillait un jeune apprenti de quinze ans, devenu muet à la suite d'une méningite dans l'enfance, mais d'intelligence vive ; il y travaillait depuis moins longtemps, mais des perspectives de formation professionnelle prolongée et de salaire pour longtemps différé étaient devant lui ; néanmoins, pour sa famille, reconnaissante à l'égard du patron, c'était le moyen de lui assurer un métier et de le rendre, plus tard, indépendant économiquement. D'une manière générale toutefois, il faut signaler la rareté, déplorée par les associations, de la présence de handicapés dans des ateliers, à la fois parce que les intéressés peuvent difficilement différer de cinq ou dix ans leurs gains avec le seul espoir d'acquérir un métier (la mendicité a un rendement à cet égard plus immédiat), et parce que les patrons considèrent encore la formation d'un handicapé comme un acte humanitaire, donc insuffisamment rentable (et ce malgré la plus-value qu'ils peuvent en tirer, ainsi qu'on l'a précédemment relevé).

### La femme sans dot

"Si un étranger épouse une belle femme, qu'il ne s'en orgueillisse pas : ou bien elle est esclave, ou bien elle cache une infirmité", dit un proverbe soninké. Le handicap n'intervient pas seulement dans les rapports de production économique, il est également pris en compte dans le système de reproduction sociale. C'est d'ailleurs au niveau des pratiques d'alliance que s'inscrit de la manière la plus manifeste et la plus générale sa signification sociale. Le handicap apparaît en effet comme ce qui fait baisser la valeur d'une personne sur le marché matrimonial : dans le cas d'une femme, il diminue la dot exigible par le père ; dans le cas d'un homme, il augmente les prestations à fournir à la belle-famille. Par cette formulation, il ne s'agit pas seulement de s'attacher aux conséquences de l'infirmité sur la circulation des biens et des personnes, mais surtout de montrer le handicap dans sa plus grande dimension, c'est-à-dire non exclusivement physique, un peu à la façon dont E. GOFFMANN (1975 : 13-14) définit le stigmaté, comme "un

attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler" ; on peut en distinguer trois types, ajoute-t-il : "En premier lieu, il y a les monstruosités du corps - les diverses difformités. Ensuite on trouve les tares du comportement qui, aux yeux d'autrui, prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté, et dont on infère l'existence chez un individu parce que l'on sait qu'il est ou a été, par exemple, mentalement dérangé, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême-gauche. Enfin, il y a ces stigmates tribaux que sont la race, la nationalité et la religion, qui peuvent se transmettre de génération en génération, et contaminer également tous les membres d'une famille". Est-ce autre chose que proclame le dicton soninké, en assimilant infirmité physique et condition servile ?

La forme la plus caractéristique et la plus habituelle de la révision à la baisse de la valeur matrimoniale d'une femme handicapée est le **taako**, sorte de mariage sans dot : son père la cède pour rien à son futur mari ; il paie lui-même les frais notamment pour la mosquée, et réduit au strict minimum les dépenses ostentatoires de la noce ; selon les termes de l'arrangement conjugal, la femme peut soit rejoindre son mari, soit demeurer dans sa famille. Le **taako** a lieu dans deux circonstances : quand une femme devient veuve ou divorce à un âge avancé, si elle n'a pas de perspective de lévirat ; et quand elle présente une tare connue, qu'il s'agisse d'une malformation physique, d'une débilité mentale ou d'une épilepsie ; ce qui rapproche les deux situations est le fait que la femme donnée est immariable. Cette pratique diffère du mariage en **saraax**, aumône, où le père offre sa fille à Dieu en la mariant, sans prestations en échange, à un homme qu'il juge "digne" de la recevoir (souvent un parent aimé ou un ami estimé) ; dans cette modalité matrimoniale, la fille ne perd pas de sa valeur, bien au contraire (puisque donnée à Dieu).

Faty Ndoye est une femme d'une trentaine d'années affectée d'une surdi-mutité survenue au cours d'une méningite cérébro-spinale lors d'une épidémie au village. Elle habite une baraque à Guedjawayé avec son mari et leurs cinq enfants. Elle mendie au terminus des bus où elle est bien connue, et où elle obtient chaque jour quelques centaines de francs. Son mari, Samba Gueye, l'a épousée en troisième nocces ; il avait dû divorcer de ses deux premières femmes à cause, semble-t-il, de sa pauvreté qui ne lui permettait pas d'entretenir ses épouses et leurs enfants.

Lorsqu'il s'est retrouvé seul, sans travail, sans ressources, sans possibilité de retourner au village d'où la sécheresse l'avait chassé, sa famille lui a proposé d'épouser en taako, Faty qui est une nièce utérine : certes, elle était sourde et muette, mais il était son oncle maternel et avait des obligations envers elle, et de plus, elle lui apportait la parcelle avec sa baraque et les gains de sa mendicité ; combinaison des devoirs familiaux et des intérêts matériels. Aujourd'hui, ils vivent dans un grand dénuement : elle, mendie auprès des passants ; lui, quémande auprès de parents et d'amis ; à leurs maigres ressources viennent s'ajouter les bénéfiques du petit commerce de poisson séché de la soeur aîné de Faty qui habite chez eux. Cette soeur, Astou, est elle-même mariée en taako à un homme de leur village, non pas à cause d'une infirmité, mais en raison de son âge avancé (cinquante ans) lorsqu'est mort son premier mari : ne pouvant espérer un vrai mariage, mais ne pouvant pas non plus socialement rester seule, elle a été donnée à un vieux parent, avec lequel elle ne vit pas. Faty et Astou illustrent exemplairement les deux cas de figure du taako.

Il arrive d'ailleurs que les deux situations soient présentes en même temps. Ainsi, en est-il de Bousso Dieng, une aveugle de cinquante-deux ans mariée à Lamine Diop, un cousin, également aveugle. Elle l'a épousé une première fois en 1953 (il avait déjà une femme) ; après quatre ans (et deux enfants), ne s'entendant plus, ils ont divorcé et elle s'est remariée avec un homme non infirme dont elle a eu quatre autres enfants ; lorsque son second mari est mort en 1975, lui laissant une maison en dur à Guedjawaye, elle s'est retrouvée seule avec deux enfants à charge (les autres, devenus adultes et pour certains mariés, ne vivaient plus avec elle). La famille a donc décidé d'arranger un taako, et elle a épousé en troisième nocces son premier mari : mais alors que la première fois, il s'agissait d'un mariage "normal", et qu'elle partageait avec sa co-épouse les nuits de Lamine Diop sur la base traditionnelle d'un "tour", cette fois on parle de mariage "par pitié", et il n'y a pas de devoir conjugal. Autrement dit, en première noce, elle avait une valeur matrimoniale puisqu'il n'y existait pas de déséquilibre entre les deux mariés atteints de la même infirmité ; en revanche, en troisièmes nocces, à sa cécité est venue s'ajouter une situation sociale défavorable qui la rend immariable et, bien qu'elle soit aveugle, c'est en tant que veuve âgée qu'elle a été donnée en taako.

Lorsqu'il s'agit d'un garçon à marier, le principe de la dévalorisation est le même, mais il s'applique en sens inverse : il faut augmenter la valeur des prestations matrimoniales offertes à la belle-famille. Abdoul Niang est un polioomyélitique de trente ans gravement handicapé et non appareillé (il se déplace sur les mains et n'a jamais eu de béquilles) ; la maladie est survenue alors qu'il était jeune enfant au village dans le Fouta. Son père est d'une famille pauvre, mais en venant à Dakar, il s'est marié avec une femme qui avait un commerce prospère ; par rapport à ses origines villageoises, il s'est donc trouvé<sup>dans</sup> une situation de relative richesse qui s'est maintenue au cours des années. Lorsque, bien plus tard, on a parlé de marier Abdoul, il a donc pu choisir une jeune fille valide dans sa parenté, puisqu'il était en mesure de payer les prestations matrimoniales élevées qui avaient été fixées par la belle-famille. C'est ainsi qu'Abdoul a épousé sa cousine Awa en 1983 et que, depuis cette date, elle partage sa paillasse (car il ne parvient pas à se hisser sur un lit). L'infirmité d'Abdoul a donc pu être estimée à une valeur précise - que l'on pourrait théoriquement calculer en retranchant du montant des prestations offertes le montant de celles qui auraient été engagées en l'absence de paralysie.

Dans la société sénégalaise, on le voit, le handicapé ne peut pas être considéré tout à fait comme un être marginal que le groupe aurait à prendre en charge ou à l'égard duquel il aurait nécessairement à manifester sa solidarité. Au contraire, il doit chercher la meilleure place, compte tenu de ses aptitudes, à la fois dans les rapports de production économique, où il se fera mendiant ou bien travailleur, et dans les rapports de reproduction sociale, où il pourra payer pour compenser son infirmité.

### Des associations de quartier-aux fédérations internationales

De ces réalités sociales il faut tenir compte lorsqu'on étudie le fonctionnement des solidarités. Révélatrice, à cet égard, est l'évolution historique récente des mouvements associatifs de handicapés. De longue date, il existe, au Sénégal, et particulièrement à Dakar, une tradition associative parmi les infirmes moteurs et les aveugles. Elle s'est manifestée par la création, au niveau des quartiers, de mbotay, associations fonctionnant sur le principe des tontines, des caisses d'épargne et des aides aux baptêmes : on se réunissait régulièrement dans

le cadre d'un "tour de thé", on cotisait et une loterie décidait de celui qui emporterait le pactole, on faisait une collecte pour un membre qui baptisait son enfant ou qui mariait sa fille. Les associations locales se regroupaient en comités régionaux et nationaux qui recevaient les dons des mouvements de bienfaisance étrangers et les redistribuaient avec d'importants prélèvements aux niveaux intermédiaires. Comme toujours dans ces associations, et d'autant plus qu'ici des sommes importantes pouvaient circuler, des détournements avaient lieu, et des accusations de détournements étaient lancées. En somme, les associations de handicapés avaient une double vocation : être un lieu de rencontre entre soi et de redistribution des aides. C'est par opposition à cette vision que s'est développée dans les années soixante-dix une approche nouvelle au sein des instances nationales des associations d'infirmes moteurs et d'aveugles.

L'Association Nationale des Handicapés Moteurs du Sénégal s'est constituée en 1979 pour prendre la suite d'une fédération qui fonctionnait sur le mode traditionnel précédemment décrit. A la faveur de la préparation de l'Année Internationale des Handicapés de 1981, des contacts ont été pris avec des associations étrangères, en particulier américaines, et des réformes se sont engagées tant sur le plan institutionnel (modification de la structure du bureau exécutif avec introduction d'un principe d'élection) que sur le plan politique (choix de nouvelles stratégies par rapport aux pouvoirs publics et aux médias) ; la création d'une Fédération Ouest Africaine et le lancement d'une revue, "Solidarité", ont concrétisé le renouvellement. La composition actuelle du bureau de l'association indique certains changements révélateurs : au lieu de notables âgés et illettrés, comme dans l'ancienne fédération, ce sont un jeune professeur d'histoire à l'Ecole Normale Supérieure de Dakar, un ingénieur et un comptable qui occupent les trois principaux postes (président, secrétaire, trésorier) ; sur les huit membres du bureau, quatre sont des "anciens", et quatre des "nouveaux", et les luttes âpres qui se sont déroulées au sein de l'association avaient pour fond la méfiance qu'inspirait aux plus âgés l'arrivée de jeunes gens instruits, originaires de milieux aisés - et irrespectueux de la hiérarchie des ans. Les orientations d'aujourd'hui tranchent par rapport aux choix d'hier : accès à l'école et à l'université, création de centres de formation professionnelle, priorité accordée aux problèmes sociaux par rapport aux aspects médicaux, volonté de remplacer les aides individuelles (argent, riz, vêtements) par des aides collectives (ouverture d'un centre social), toutes ces revendications étant sous-tendues par l'idée que le handicapé



doit retrouver sa dignité (refus de la mendicité) et proclamer ses droits (au travail en particulier). En fait, les changements institutionnels et politiques sont surtout perceptibles au niveau du bureau national, et parmi les intellectuels de l'association. Dans les quartiers, le fonctionnement n'a guère changé, car ce sont les mêmes qui contrôlent les comités locaux : la solidarité s'y déroule toujours selon le modèle de la tontine, les réunions sont l'occasion de discussions sportives ou politiques, les séances de distribution fournissent le prétexte d'accusations de détournement ou de favoritisme. Pourtant, ce décalage manifeste entre la tête et le corps de l'Association Nationale ne semble pas entraîner de rupture, et rend au contraire possible son fonctionnement à un double niveau : comme association de quartier, vis-à-vis d'une population habituée à ce mode relationnel, et comme mouvement national, vis-à-vis de partenaires et de donateurs étrangers.

L'Union Nationale des Aveugles du Sénégal a été créée en 1973 par un non-voyant, pour succéder à la Fédération Sénégalaise des Aveugles constituée cinq ans plus tôt par un homme qui n'était pas lui-même handicapé. Comme pour les infirmes moteurs, le changement d'intitulé correspondait à la fois un changement d'hommes et à un changement d'orientation : présence d'aveugles dans les bureaux des comités quel que soit le poste, dénonciation des interventions caritatives consistant exclusivement en une distribution de nourriture, ouverture d'une école de non-voyants à Thiès, développement de la formation professionnelle, obtention de la gratuité des soins, condamnation des rafles contre les mendiants, et à titre symbolique, envoi de sept aveugles en pèlerinage à la Mecque. Cependant, comme dans l'exemple précédent, la base ne s'est pas modifiée en conséquence, et les notables des comités locaux s'intéressent plus aux bien concrets qu'on leur distribue qu'aux perspectives qu'on leur laisse entrevoir pour les jeunes générations ; il semble d'ailleurs que ce soit de ce décalage qu'ait profité Labat Diop et quelques compagnons pour faire dissidence et créer une association rivale il y a quelques années.

L'Association Sénégalaise d'Action Sociale et d'Aide aux Léproux (ASAL) fournit une illustration tout en contraste par rapport aux deux précédentes. En effet, si pour les infirmes moteurs et pour les aveugles, on parle d'associations "de", en ce qui concerne les lépreux en revanche, il s'agit d'associations "pour". Autrement dit, si un handicapé a le droit de défendre sa propre cause, un lépreux, même "blanchi", n'y

est pas autorisé : l'ASAL n'est constitué que de non-malades. Association privée sans but lucratif, elle a été fondée en 1961 pour coordonner les actions de lutte anti-lépreuse et pour gérer une partie de la très importante aide internationale (la représentation sociale de cette maladie, alimentée par la presse et les organismes spécialisés, explique largement le succès remporté par les collectes dans le monde entier et, plus généralement, la mobilisation des sentiments humanitaires autour de la lèpre). Dans le rapport confidentiel rédigé au moment de la dissolution de l'ASAL, au début des années quatre-vingts, il est fait état des problèmes de gestion de l'association : incompétence et malhonnêteté (notamment de la part du secrétaire général, remplacé après avoir été reconnu coupable de l'instigation de l'assassinat d'un député de l'Assemblée Nationale) y sont incriminés pour expliquer qu'une faible proportion seulement des dons destinés aux lépreux leur soit effectivement parvenu ; les détournements, habituels dans les associations humanitaires, paraissent ici plus scandaleux à cause de l'importance des sommes, et de la gestion exclusive par des non-malades (comme s'il s'agissait d'une entreprise fondée sur le seul profit). Un mendiant lépreux raconte ainsi : "Un jour, il y a eu une rafle de la police. On a tous été mis en prison, puis relâchés un peu plus tard. On nous a dit que c'était l'ASAL qui avait demandé qu'on nous ramasse, parce qu'il y avait un don qui était venu de l'étranger, et qu'il fallait que ça soit caché aux malades". La vérité de l'anecdote importe moins que le fait qu'elle soit considérée comme vraie par les lépreux.

### Infirmité et infamie

"Le fléau de tous les temps", titrait le quotidien Le Soleil en janvier 1986 pour la journée mondiale de la lèpre. Plus que toute autre maladie, la lèpre est frappée d'infamie. Au handicap physique (amputations, déformations) s'ajoute le handicap social (peur, rejet). A Dakar, la plupart des sans-abri sont des lépreux (parfois des malades mentaux). Les solidarités familiales citadines semblent mises en échec par la maladie : sur les vingt-cinq mendiants lépreux interrogés près de la cathédrale, tous signalaient des parents en ville, à Dakar ou à Pikine, mais deux seulement en recevaient une aide (le repas et le coucher) ; un troisième était hébergé par un ami qui lui prêtait une chambre ; deux étaient gardiens de nuit et dormaient sur leur lieu de travail ; les vingt autres passaient la nuit dans la cour de la cathédrale, sur les places,

les marchés ou dans la rue (tableau 36). Tous, sauf un, étaient suivis dans une léproserie de la région de Mbour ou de Thiés, et pour les mariés, y avaient laissé leur femme - souvent également malade - et leurs enfants. Dakar était le lieu où ils pouvaient gagner un peu d'argent : seize étaient mendiants, sept lavaient des voitures, et deux travaillaient comme gardiens de nuit. Ils y restaient entre dix jours et trois mois selon les cas, puis retournaient avec leur petit pactole vivre quelques semaines à la léproserie, avant de revenir à Dakar pour y reprendre leur activité.

Confrontées à la présence en ville des lépreux, les autorités réagissent alternativement par la force et par la passivité : tantôt on expulse, tantôt on évite. Comme le relève R. COLLIGNON (1984), "le vocable d'"engorgements humains" apparaît publiquement le 19 juillet 1972 lors d'un Conseil National de l'Union Progressiste Sénégalaise (durant lequel) on a pu l'entendre de la bouche même du Président Senghor", pour désigner notamment "les lépreux, handicapés physiques et aliénés qui devraient être dans les hôpitaux ou centres médico-sociaux" (*Le Soleil*, 20 janvier 1975, p. 3) ; à cette époque, on parle également de "pollution humaine". Un vieux lépreux retrace l'histoire des rafles dakaroises : "En 1956, il y avait eu l'ouverture d'un centre de logement sur la corniche, et en 1960, un deuxième en dehors de Dakar, près de la raffinerie de Mbour : on n'avait pas le droit d'en sortir pour aller mendier. A la chute de Mamadou Dia, en 1962, on a pu revenir en ville, mais c'est Senghor qui nous a chassés de Dakar à nouveau vers 1967, quand les rafles ont commencé : la police venait et ramassait les malades ; elle les emmenait jusqu'à Kaolack, en prison ; certains restaient six mois ou un an parfois. C'était surtout quand il y avait la visite d'un chef d'Etat qu'on nous raflait. Mais depuis quelques années, depuis qu'Abdou Diouf est au pouvoir, on est moins gênés. Il y a encore des rafles, mais c'est moins souvent et c'est moins dur qu'avant. Par exemple, la dernière fois, il y a quinze jours, il y en a eu une ; ils nous ont relâchés près de l'aéroport pour qu'on revienne à pied ; mais on est allés voir un prêtre qui est là-bas, et il a donné cent francs à chacun pour revenir à Dakar". De tous les mendiants, les lépreux semblent bien les plus gênants pour les pouvoirs publics : "c'est sans doute à leur sujet, comme à celui également des malades mentaux qu'on <sup>relevant de motivations sanitaires et de prophylaxie médicale et de mesures</sup> voit le mieux l'intrication étroite de mesures moins spécifiques, d'ordre et de police sociale" (COLLIGNON 1984).

TABLEAU-36 : LEPREUX INTERROGES AUTOUR DE LA CATHEDRALE DE DAKAR

	AGES	ETHNIE	SITUATION MATRIMONIALE	LEPROSERIE D'ORIGINE	RESIDENCE A DAKAR	ACTIVITE PRINCIPALE-
1	33	Toucouleur	Célibataire	Mballing	Chambre d'ami	Laveur de voitures
2	48	Serer	Marié - 6 enfants	Mballing	Cathédrale	Mendiant
3	39	Peul	Marié - 1 enfant	Fatick	Cathédrale	Mendiant
4	28	WoloF	Célibataire	Mballing	Marché Sandaga	Mendiant
5	38	WoloF	Marié - 3 enfants	Mballing	Cathédrale	Laveur de voitures
6	49	Serer	Marié - 4 enfants	Mballing	Polyclinique	Mendiant
7	54	Serer	Marié - 3 enfants	Peycouk	Place de l'Indépendance	Mendiant
8	42	Toucouleur	Marié - 2 enfants	Fatick	Cathédrale	Mendiant
9	37	Toucouleur	Marié - 2 enfants	Mballing	Avenue Lamine Gueye	Mendiant
10	21	WoloF	Célibataire	Mballing	Place de l'Indépendance	Laveur de voitures
11	36	Serer	Célibataire	Fatick	Cathédrale	Mendiant
12	35	Lebou	Marié - 2 enfants	Aucune	Son entreprise	Gardien de nuit
13	32	Serer	Célibataire	Fatick	Cathédrale	Mendiant
14	73	WoloF	Marié - 4 enfants	Mballing	Avenue Lamine Gueye	Mendiant
15	62	WoloF	Célibataire	Peycouk	Place de l'Indépendance	Mendiant
16	44	Soninké	Marié sans enfant	Mballing	Avenue Lamine Gueye	Mendiant
17	45	Serer	Marié - 4 enfants	Mballing	Chez un parent	Laveur de voitures
18	45	Peul	Marié - 2 enfants	Mballing	Chez un parent	Laveur de voitures
19	22	WoloF	Marié - 1 enfants	Mballing	Marché Sandaga	Laveur de voitures
20	42	Serer	Marié - 4 enfants	Mballing	Cathédrale	Mendiant
21	66	Manding	Marié - 7 enfants	Peycouk	Cathédrale	Mendiant
22	33	WoloF	Célibataire	Mballing	Son entreprise	Gardien de nuit
23	32	WoloF	Célibataire	Mballing	Cathédrale	Mendiant
24	60	WoloF	Marié - 6 enfants	Peycouk	Cathédrale	Mendiant
25	53	WoloF	Veuf - 3 enfants	Peycouk	Cathédrale	Laveur de voiture

Non soutenus par l'association censée les défendre, rarement aidés par leurs parents et leurs anciens amis, négligés ou rejetés par les autorités, les lépreux semblent, plus que les autres handicapés, des oubliés de la solidarité : lorsqu'on voit, à un carrefour, un groupe de mendiants présentant des infirmités de toutes sortes, on peut se dire qu'une fois leur journée terminée, le paralytique, l'aveugle, et souvent le malade mental, seront raccompagnés dans leur famille ; le lépreux, lui, dormira dans la rue. A ce tableau plutôt sombre, on peut toutefois apporter deux touches réconfortantes. D'une part, l'attitude des citadins ne semblent refléter en rien les choix des pouvoirs publics, et si l'on évite parfois les lépreux, on ne les chasse plus : "actuellement, ceux qui nous approchent sont plus nombreux que ceux qui nous fuient", "certains d'entre nous arrivent à trouver un peu de travail en lavant les

voitures ou comme gardiens". D'autre part, l'entraide qu'ils ne trouvent pas au-dehors, les lépreux la font jouer dans leurs rangs : s'ils ne partagent certes pas leurs gains - "chacun sa chance, chacun sa force" -, en revanche, ils se font les uns aux autres des prêts qui stabilisent les irrégularités de leurs ressources et leur permettent d'avoir chaque jour à manger.

### La pauvreté comme handicap

Si l'infirmité physique ou mentale constitue un handicap social, c'est aussi par ses conséquences économiques. Le chef de ménage handicapé est généralement dans une situation financière très précaire, car il ne dispose le plus souvent que de ses aumônes, et parfois celles de sa femme, pour faire vivre sa famille : parmi les sept couples interrogés, six ne vivaient que de mendicité. Or, c'est justement dans ces situations de pauvreté que les solidarités semblent se mobiliser le plus difficilement. Comme l'indique, à propos des Abidjanais qu'il a étudiés, J.M. GIBBAL (1974 : 139), "il a été possible d'établir pour les ruraux prolétariés une corrélation directe entre la faiblesse des revenus et l'étroitesse du réseau social". Observation qui vaut probablement pour les Pikinois, comme on va pouvoir s'en rendre compte à travers deux études de cas.

Laurent Gomis est un Manjak d'une cinquantaine d'années, marié à une femme diola de trente-cinq ans et père de cinq enfants. Il est devenu aveugle à l'âge de quinze ans, à la suite d'une infection des yeux. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'il est venu vivre à Dakar puis à Pikine où il a ouvert un bar clandestin. Au début, les affaires prospéraient : "l'alcool se vendait bien à l'époque". Puis, avec la multiplication des débits de boisson, surtout illicites, les ventes ont baissé, et il a éprouvé des difficultés croissantes pour subvenir aux besoins de sa famille. De plus, étant aveugle, il n'avait guère de possibilité de reconversion, d'autant que, "chez les Manjak, un handicapé préfère mourir que mendier". Malgré les conditions de vie difficiles, sa femme est restée à ses côtés : "si tu t'es mariée avec quelqu'un qui était riche, tu ne dois pas prendre la fuite sous prétexte qu'il est devenu pauvre". Leurs revenus actuels sont de différentes provenances : ils louent quatre chambres en baraque à 2000 F CFA chacune, par mois, mais les versements sont faits irrégulièrement par les locataires ; ils ont le bar clandestin, mais les bénéfiques sont minces puisque la bouteille de bière payée

225 F CFA est revendue 250, et qu'il a rarement plus de quatre ou cinq clients par jour ; ils élèvent une dizaine de canards dont les mâles valent 2500 F CFA et les femelles 1500 F CFA, mais ce sont évidemment des gains exceptionnels ; enfin elle va puiser de l'eau pour les ouvriers maçons lorsqu'une maison se construit ou lorsqu'un voisin en a besoin, mais c'est fatigant, occasionnel, et mal payé, puisque, pour quatre voyages de 25 litres, elle reçoit 100 F CFA. En fait cette énumération rend mal compte de la situation économique réelle. Au quotidien, les choses se passent de la façon suivante : le jour où un locataire règle ses 2000 F CFA, la moitié sert à se procurer du riz (environ 6 Kg) pour le repas et le reste à acheter de la bière (quatre bouteilles) de façon à augmenter un peu le capital et à en prolonger les effets ; lorsqu'une occasion se présente d'aller chercher de l'eau, elle le fait, mais ces gains sont irréguliers. Et une fois que les recettes des chambres, du bar et du puisage ont été utilisées, il n'y a plus qu'à attendre : "durant un mois, on est restés sans nourriture dans la maison, mais on n'est jamais sorti pour demander quoique ce soit ; finalement, un jour, un voisin a deviné et il est venu donner un seau de riz".

Sur quelle solidarité Laurent Gomis peut-il compter ? Il a cinq frères et soeurs de mêmes père et mère : deux sont en France, et ne lui ont jamais rien donné ; deux autres habitent à Dakar et ne prennent même pas de ses nouvelles ; enfin, le dernier vit en Casamance, autrefois il l'aidait un peu, mais aujourd'hui il n'a plus les moyens. Sa femme a huit frères et soeurs, dont sept de même père mais de mère différente : six sont en Casamance, elle ne les voit pas car elle n'a pas d'argent pour leur rendre visite et, si ce sont eux qui viennent à Dakar, elle n'aura pas de quoi les remercier en leur offrant le billet de retour ; un est étudiant à Saint-Louis et n'a pas de ressources ; une soeur enfin est bonne chez des Européens à Dakar mais elle ne vient même plus la voir ("les gens éduqués par les Blancs ne rendent plus visite à leurs parents"). Ainsi rien à attendre de la famille ; mais guère plus du voisinage : "si ton propre parent ne t'aide pas, qui va le faire ?" Lui n'a plus d'ami, son seul camarade est retourné au village ; elle a de bonnes relations avec une voisine soninké mais elle n'ose pas la solliciter car elle est pauvre également. Et Laurent conclut : "Quand on est riche, on a beaucoup de parents et d'amis ; quand on est pauvre, on n'a plus personne autour de soi". Ils n'ont pas non plus les moyens de participer à une tontine du quartier (elle se contente de cotiser à l'association de ressortissants de son village). Quelques jours avant l'un

de nos entretiens, elle et sa petite fille de deux ans avaient été malades : "pour moi, je ne suis pas allée au dispensaire car il n'y avait pas d'argent ; pour l'enfant, je l'ai amenée chez les soeurs et j'ai eu aussi les médicaments pour cent cinquante francs". Quant à Laurent, il ne se soigne pas : "je préfère garder l'argent pour donner à manger aux enfants".

L'histoire de Ndioba Diop est encore plus dramatique. Elle a soixante-cinq ans, est originaire du Cayor, a été mariée quatre fois et n'a pas d'enfants. Ses yeux ont commencé à s'assombrir à cause d'une cataracte vers cinquante ans : quelques années plus tard, elle était devenue aveugle, et vers la même époque, son troisième mari a divorcé. Elle a été recueillie par un homme de son village qui vit à Guedjawaye et qui s'est occupé d'elle pendant longtemps. C'est lui qui a trouvé son quatrième mari : ancien boulanger, sans ressources, sans toit, sans enfant, mais pas infirme, Daouda Fall était le candidat idéal pour un **taako**. Ils ont donc associé leurs deux misères : "c'est Dieu qui a fait notre choix ; nous sommes semblables ; lui il ne lui reste pas de parents, moi il ne me reste pas de parents ; c'est pourquoi nous sommes ensemble". Ils vivent dans une baraque sur un terrain qui leur a été confié en garde par un propriétaire retourné au village. Elle, mendie dans le quartier ; dans les bons jours elle peut rapporter jusqu'à 800 F CFA ; lui, quémande à Dakar auprès d'amis et de parents éloignés qui, le plus souvent, font la sourde oreille : "Je demande : où-est-il ? On me répond : il est sorti. Alors je dis : je vais l'attendre. Et on me dit encore : ce n'est pas la peine, il est parti à Thiès ou à Rufisque. Alors je m'en vais". Dans le quartier, à Guedjawaye, personne ne lui vient en aide : "peut-être n'ont-ils pas assez pour donner", ajoute Daouda. En fait, ils vivent dans un extrême dénuement. Lors de notre premier entretien, elle préparait du riz avec un peu de poisson séché. Lors du second, un mois plus tard, elle rentrait de mendier, elle n'avait rapporté que 50 F CFA, comme il faisait trop froid elle avait dû revenir à la maison ; elle avait acheté 25 F d'eau pour laver le linge, 15 F de noix de kola et 10 F de pain ; elle n'avait plus de riz, plus d'huile, plus de poisson ; ils n'avaient rien mangé depuis la veille et s'apprêtaient à ne rien avaler d'autre qu'un peu de pain et de noix de kola. "Tout ce qu'un être peut aimer dans la vie, c'est à condition de pouvoir manger : un ventre qui n'a rien, c'est la mort qui approche". Illustration exemplaire, puisqu'elle montre à la fois l'équivalence de la pauvreté du mari et de la cécité de la femme dans

l'échange matrimonial du **taako**, et le retrécissement extrême du réseau social autour des plus démunis.

Ces développements sur le handicap et les handicapés ont permis, par rapport à l'exposé descriptif des solidarités traditionnelles et modernes, une analyse à la fois plus globale, plus concrète et plus nuancée.

Etudier, à propos d'une maladie ou d'une infortune, la mise en jeu des réseaux sociaux d'entraide nécessite que soit replacée dans son contexte cette maladie ou cette infortune. Il n'est pas possible de comprendre les solidarités à l'égard de l'infirmes, du lépreux et de tout autre malade, si le sujet n'est pas resitué dans ses rapports sociaux : ainsi, pour un paralytique, on doit s'interroger sur le choix fait par rapport à l'alternative entre l'exposition du handicap (chez le mendiant) ou son annulation (chez le travailleur), sur l'impact de la situation économique de la famille qui pourra conduire à une diminution des stigmates (appareillage pour la marche, achat d'une femme valide) ou à leur aggravation (absence de soins, mariage en **taako**). Ce n'est que dans cette approche totalisante que pourront prendre une signification les différents éléments intervenant dans les solidarités, qu'il s'agisse de la position des associations ou de l'entraide dans l'entourage.

Si donc, en conclusion, on devait tenter une généralisation sur la mise en jeu des solidarités autour de la maladie et du malheur, ce serait, avec beaucoup de prudence, par deux remarques. En premier lieu, le décalage est grand entre la multiplicité des solutions possibles et la rareté des pratiques réelles, et ce d'autant plus que les besoins sont plus grands ; autrement dit, plus on est pauvre, et plus le choix se restreint dans l'éventail des recours envisageables. En second lieu, le décalage n'est pas moins grand entre le prescrit et l'accompli, entre ce qu'on interdit et ce qu'on fait, et ce d'autant plus, également que les besoins sont plus grands ; formulé différemment, plus on est pauvre, et moins on tient compte des prescriptions et des interdictions pour leur préférer l'exploration de toutes les possibilités.



## CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE : DES DIFFERENCES AUX INEGALITES

L'urbanisation est donc ce processus social qui crée à la fois de nouvelles formes de stratification et de nouvelles formes de socialisation. En même temps que se transforment les modes de production économique, qu'apparaissent une insécurité de l'emploi et une précarité des conditions d'existence, se modifient les représentations et les pratiques des citadins concernant leurs voisins et leurs parents, le village et l'ethnie, la maladie et le malheur. Mais, dans le domaine de la santé, ce qui est en jeu n'est pas seulement la production des rapports sociaux, c'est aussi la reproduction biologique des individus et des groupes. Les déterminants de la différenciation sociale dans l'accès aux soins, dans l'utilisation des services préventifs, dans la possibilité d'acheter des médicaments sont souvent les mêmes que ceux de la différenciation dans l'épidémiologie de la maladie, de la malnutrition, du handicap. Autrement dit, ce sont les plus exposés à être malades (et gravement malades) qui sont aussi les plus exposés à n'être pas soignés (ou à l'être dans de moins bonnes conditions). Les différences dans la couverture vaccinale ou dans le recours aux services de santé se traduisent par des inégalités devant la maladie et, le plus souvent, devant la mort.

On dit volontiers de la ville qu'elle est un lieu privilégié par rapport au village, notamment en ce qui concerne les conditions sanitaires, à la fois pour des raisons écologiques (le milieu urbain est peu propice à la transmission de nombreuses maladies infectieuses) et pour des raisons politiques (les pouvoirs publics ont tendance à être plus sensibles aux problèmes des citadins qui regroupent l'essentiel des classes dirigeantes). Discours qui constitue le pendant des déclarations catastrophistes sur la croissance effrénée et la déshumanisation inquiétante de la ville et qui donne de celle-ci une image plus sereine et surtout plus juste. Que l'on se fie aux taux de couverture vaccinale, aux pourcentages d'utilisateurs des services de santé, et surtout aux indicateurs de morbidité et de mortalité aux différents âges, on peut en effet constater que dans la quasi-totalité des pays africains, les citadins sont mieux lotis que les ruraux.

Cependant, cette image globale ne nous renseigne guère sur les conditions sanitaires réelles, car elle ne dit pas ce que sont les différences entre individus et entre groupes pour ces mêmes variables : elle situe une moyenne, sans en donner la variance. Les constatations faites à Pikine montrent en effet que la société urbaine produit à la fois une plus grande différenciation dans les représentations de la maladie et les pratiques des malades et une plus grande diversité dans les formes d'entraide et de solidarité que la société villageoise. Autrement dit le spectre social est plus large et les opportunités plus nombreuses. Ce qui rend probablement compte de la richesse et de la complexité de la réalité sociale. Mais en même temps qu'elle produit cette multiplication des possibles, la ville engendre des situations extrêmes, du côté des plus fortunés et du côté des plus défavorisés : les exemples de réussite sociale sont aussi fréquemment cités que les cas d'exclusion et de marginalisation sont tus ou cachés.

Pour rendre compte de ces situations extrêmes, on peut envisager deux modèles. L'un proposerait un continuum et pourrait s'énoncer ainsi : plus le niveau socio-économique - intégrant à la fois la pauvreté, l'analphabétisme, la situation professionnelle - est bas, moins on est protégé contre la maladie et le malheur - en incluant dans ce concept de protection aussi bien les risques de survenue de l'événement et de son issue défavorable que la mise en oeuvre des réseaux d'entraide ; dans ce cas, les situations extrêmes correspondraient seulement à la partie la plus basse de la courbe. L'autre présenterait une solution de continuité et pourrait se formuler ainsi : dans certaines circonstances - qui peuvent tenir à la fois au contexte socio-économique, à l'histoire personnelle, au type d'infortune -, on aboutit à des situations extrêmes où l'exposition à la maladie et au malheur est maximale et où les formes habituelles de solidarité jouent au minimum. Bien que les données quantitatives et qualitatives précédemment présentées ne permettent pas de trancher formellement, elles peuvent toutefois servir à argumenter, sous forme d'hypothèse, la seconde proposition.

En effet, il n'est pas évident que le riche commerçant soit plus à l'abri de l'infortune et mieux soutenu par son entourage que le vendeur ambulant, de même qu'il n'est pas certain que l'enfant d'ouvrier soit plus à risque médicalement et moins entouré socialement que l'enfant de marabout puissant : le continuum, sur quelque critère socio-économique que ce soit, est difficile à défendre. En revanche, des conjonctures

particulières peuvent rendre compte de ruptures d'un équilibre précaire : l'absence de fratrie et de descendance, l'existence d'une affection stigmatisante, la survenue de conflits familiaux ont ainsi servi d'explication dans les études de cas où l'on a vu que les solidarités ne se mobilisaient pas autour du malheur ; c'est en particulier le cas pour les familles les plus pauvres dont les réseaux de sociabilité sont réduits du fait que, n'ayant rien à donner, elles ne peuvent tenir leur place dans les échanges sociaux.

Sans donner du monde urbain cette image parfois excessive, parce que polémique, qu'en ont présenté les romanciers africains depuis Mongo Beti et sa **Ville Cruelle** (1954), on doit tout de même se souvenir que les indicateurs de santé meilleurs observés parmi les citadins comparés aux ruraux masquent, par un effet de moyenne, les situations extrêmes où l'on peut voir à l'oeuvre de véritables processus de marginalisation, peut-être plus inexorables en ville qu'au village.

## CONCLUSION GENERALE

### Le marché de la santé

Thérapeutes et malades. Après avoir montré la ligne de rupture entre "les deux côtés", c'est-à-dire le rapport de forces contenu dans l'acte thérapeutique où ils se trouvent face à face, il faut maintenant tenter de justifier la nécessité de leur rapprochement.

La santé se déploie aujourd'hui comme un marché, plutôt que comme un champ. Un "champ de la santé" supposerait en effet, d'après P. BOURDIEU (1987 : 124), une certaine autonomie (plutôt contestable si l'on songe aux frontières avec le champ politique ou le champ religieux) et surtout, des enjeux et intérêts spécifiques (or, qu'ont en commun, de ce point de vue, le malade, le guérisseur, le président du comité de santé et le chef du projet de soins de santé primaires?) - en revanche, il n'est pas interdit de penser que le champ thérapeutique, ou le champ médical, répondent bien à ces critères. Un "marché de la santé" semble mieux traduire la réalité sociale observée : pour M. WEBER (1971 : 633), le marché est l'"archétype de toute activité sociale rationnelle" et intervient "dès que, ne serait-ce que d'un côté, une majorité de candidats à l'échange entrent en concurrence pour des chances d'échange". Plus précisément encore, "sur un plan sociologique, le marché représente une simultanéité et une succession de sociations rationnelles dont chacune est à ce point spécifiquement éphémère qu'elle s'éteint avec l'échange des biens qui en font l'objet" ; il ne suppose donc pas une communauté d'intérêt, mais un échange de prestations entre agents.

Sur le marché de la santé ainsi défini, le malade peut choisir entre les herbes de l'aïeule, les remèdes magiques du guérisseur, les écrits coraniques du marabout, les médicaments modernes du vendeur ambulancier, les prescriptions ordonnées par le médecin de quartier. Sur ce marché également, les membres des comités de santé peuvent intervenir comme représentants des populations, les responsables du projet de soins de santé primaires peuvent proposer des services médicaux, les marabouts mourides peuvent contrôler la majeure partie de la vente illicite des médicaments. Les échanges se font dans le cadre d'une économie monétaire où ce ne sont pas seulement l'acte thérapeutique et le traitement qui font

l'objet de règlements en argent, mais aussi le pouvoir politique, la gestion sanitaire, le commerce pharmaceutique.

Le marché de la santé est traversé par des champs où se disputent des enjeux et des intérêts différents. Autour de ce qu'il est convenu d'appeler "la participation des populations à la santé communautaire", deux champs - le politique et le médical - sont ainsi investis. Pour les membres des comités de santé, qui sont des notables locaux, et souvent même des délégués de quartier, c'est l'autorité sur une zone urbaine qui se joue dans le système de cooptation et l'accès aux "postes-clés" ; autrement dit, c'est une légitimation officielle dans le champ politique. Pour les responsables du projet de soins de santé primaires, qui sont des médecins belges et sénégalais, c'est l'autorisation de parler et d'agir au nom des populations dans la perspective de programmes de santé publique ; autrement dit, c'est une légitimation populaire dans le champ médical. En analysant ainsi en termes de marché et de champs, on comprend mieux qu'il existe des enjeux et des intérêts différents, qui peuvent coïncider dans le temps parce que la situation historique s'y prête - c'est le cas au début des années quatre-vingts lorsque le gouvernement soutient avec force le développement des comités de santé -, mais qui peuvent également se disjoindre si la conjoncture politique évolue - ce dont on a peut-être des signes annonciateurs dans les positions critiques adoptées depuis 1985 par le Ministère de la Santé à l'égard du projet Belgo-sénégalais.

Mais les acteurs ne se situent pas toujours au centre de leur champ, ils peuvent évoluer sur des marges et donc être mus par des enjeux et des intérêts qui ne correspondent pas tout à fait à ceux du courant dominant. C'est ce qui se passe avec les processus actuels de légitimation des médecines traditionnelles. On a, d'un côté, des guérisseurs en quête d'honorabilité qui cherchent à obtenir, par des certificats, des diplômes, des cartes, une légitimité rationnelle-légale, faute d'avoir su se donner, comme les "grands guérisseurs", une légitimité traditionnelle ; et de l'autre, des personnalités travaillant au sein des facultés de médecine ou des organisations médicales internationales, qui apportent leur concours et leur autorité à ces dispositifs de reconnaissance officielle, au risque d'être à leur tour contestés par leurs pairs universitaires et médecins, et de devoir chercher leur appui du côté du public et de la presse. Ainsi, c'est aux marges du champ thérapeutique en voie de constitution (en isolant les fonctions thérapeutiques des fonctions magiques, religieuses

ou politiques, ces guérisseurs et leurs défenseurs officiels contribuent largement à le constituer) et du champ scientifique ébranlé par ces savoirs qui lui sont étrangers, que se rencontrent ceux qui cherchent à redéfinir les règles du jeu.

Enfin, l'existence de plusieurs champs permet de comprendre comment les acteurs, et notamment les malades, peuvent changer de registres d'enjeux et d'intérêts. Ainsi en est-il des handicapés que l'on trouve évoluant successivement dans le champ médical où ils sont comme demandeurs de soins et d'appareillage, dans le champ économique où ils interviennent comme force de travail et source de revenus, dans le champ politique où ils font pression sur les pouvoirs publics par l'intermédiaire de leurs associations. Certes, on peut objecter que tous les acteurs sociaux évoluent alternativement dans des champs différents selon le moment ou le lieu, mais ce qui justifie l'existence du marché de la santé, c'est que les acteurs orientent leurs pratiques en fonction de cet objet spécifique qu'est leur santé - ou par défaut, leur maladie, leur infirmité - : le handicapé qui consulte pour obtenir des béquilles, qui mendie pour nourrir sa famille et qui milite pour revendiquer ses droits, le fait bien au nom de son handicap.

Cette notion de marché est ce qui autorise sociologiquement le rapprochement et la confrontation du "côté des thérapeutes" et du "côté des malades". Bien plus que l'acte thérapeutique qui les réunit - au niveau individuel, privé et médical. Le marché de la santé, traversé par tous les champs où se joue le quotidien de la société pikinoise est aussi ce qui permet d'analyser les processus d'urbanisation qui y sont à l'oeuvre.

### L'urbain retrouvé

Passer "d'une sociographie urbaine à une problématique urbaine" pour reprendre les mots de G. BALANDIER (1985 : XI), c'était, on l'a vu dans l'introduction, tenter de comprendre l'urbain comme un phénomène socialement plutôt que spatialement défini et ne pas dissocier l'étude de la ville d'une étude générale de la société. Et c'est bien ce que vérifie le corps de ce travail : la ville apparaît non pas comme un cadre spécifique, mais comme un pôle dominant dans un processus de changement social auquel participent les campagnes à la fois par les

mouvements de migration qui se font dans les deux sens, et par les moyens de communication qui rapprochent les ruraux de l'ensemble du pays, et même du reste du monde. L'étude des représentations et des pratiques sur le marché de la santé en est l'illustration.

Ainsi, lorsque les guérisseurs affirment qu'en ville, on est mieux pour soigner car il y a plus d'argent, ils ne font qu'exprimer la monétarisation accrue du marché dans le contexte de l'urbanisation et la paupérisation accentuée des régions rurales depuis les années de sécheresse ; mais en même temps, ils rendent compte de la multiplication des guérisseurs plus ou moins légitimes sur un marché peut-être pas encore saturé, et de l'intérêt d'être reconnu par les autorités de l'Etat dans le but de contrôler la progression de l'offre. Rapport économique au marché et rapport politique à l'Etat qui expliquent également que ce soit en ville que "la participation des populations à la santé communautaire" fonctionne le mieux, puisque, d'une part, il y a plus d'argent pour que les gens "participent" financièrement (en payant une consultation qui représenterait beaucoup plus d'heures de travail au village), et que, d'autre part, il y a plus de concentration du pouvoir et plus de proximité du centre afin que les représentants "participent" politiquement (en se cooptant dans les comités de santé).

Mais les rapports sociaux à l'oeuvre dans le processus d'urbanisation sont à analyser au niveau de la société globale, dont le marché de la santé n'est qu'un aspect (comparable en cela à l'espace physique du marché de quartier pour le géographe qui peut en extraire des informations générales sur la spatialisation des échanges commerciaux, mais non sur la totalité des activités qui font la ville). La sorcellerie en donne une illustration. On a vu que dans le milieu urbain actuel, elle paraît un recours moins fréquent qu'au village et surtout qu'autrefois dans les registres d'interprétation du mal, qu'il s'agisse de maladie, d'infortune, de conflits ; et qu'à cette sorcellerie-anthropophage, pouvoir maléfique plutôt que volonté de nuire, se substitue, dans nombre de situations, le maraboutage, acte délibéré et instrumental de provoquer le mal (en fait, le travail maraboutique est, à la différence de l'attaque en sorcellerie, fondamentalement ambivalent, puisqu'il est à la fois le bien et le mal, la protection du demandeur et l'agression contre le rival). Mais les facteurs qui déterminent ce renversement dans le

dispositif étiologique ont une diffusion qui dépasse largement les limites de la ville : l'impact idéologique de l'islam qui condamne plutôt qu'il ne conteste l'existence des sorciers ; le poids juridique des pouvoirs publics qui répriment plutôt qu'ils ne récusent les pratiques de sorcellerie ; la compétition directe dans les milieux scolaires, sportifs ou professionnels qui impose préférentiellement des actions volontaristes et dirigées pour obtenir le diplôme, la place ou le poste qu'on désire ; la dispersion des parents rendant plus difficiles des attaques en sorcellerie qui s'accommodent mieux de la proximité ; le voisinage d'étrangers avec lesquels on peut être facilement en conflit, mais difficilement en situation de sorcellerie, dès lors qu'il n'y a aucune relation intra- ou extra-lignagère ; ces éléments, tout au moins les trois premiers, sont présents au village où la religion, la justice et l'école contribuent, comme en ville, à modifier les structures d'interprétation du mal, et pour utiliser le mot forgé par M. AUGÉ (1975), "l'idéo-logique" des sociétés rurales.

De même que les processus d'urbanisation ne peuvent s'analyser dans l'opposition ville - campagne, de même ils ne peuvent se comprendre dans la rupture modernité - tradition. Lorsqu'on voit l'infirmier utiliser les ressources de la pharmacopée locale dans son dispensaire, tandis que le guérisseur se sert d'un stéthoscope et d'un tensiomètre, et peut-être plus encore lorsqu'on observe l'usage fait par les médecins de ville de la radioscopie, ou d'autres appareils modernes, comme d'une instrumentation magique - rappelant ainsi la dimension non exclusivement médicale de tout acte thérapeutique -, on ne peut que remettre en cause la dualité moderne-traditionnel dans la réalité des pratiques (ce qui n'empêche pas de conserver des termes tels que "médecine moderne" et "médecines traditionnelles" puisqu'à la fois ils sont commodes, consacrés par l'usage et reflétant les pôles de la légitimité). Dans un autre domaine, si l'ethnie a pu apparaître à certains comme une caractéristique traditionnelle des sociétés africaines et si la détribalisation, pour parler comme les anthropologues britanniques, a été présentée comme un signe de modernité, on a montré que les phénomènes de revendication ethnique autour des comités de santé ou des interprétations de la maladie s'intégraient plutôt dans des processus d'identification politique ou culturelle qui n'avaient rien à voir avec un comportement traditionnel (bien que la revalorisation du sentiment ethnique cherche toujours ses racines dans une nostalgie de la tradition).



Mais que le cadre spatial ne donne pas l'explication des processus sociaux qui s'y déroulent ne signifie pas qu'il n'intervient pas dans leurs déterminations : à Pikine, on a bien affaire à une "socialisation de l'espace", selon l'expression de G. SAUTTER (1973). L'étude des formes de solidarité montre ainsi comment la ville est investie par les citadins dans une double structure socio-spatiale : à travers les réseaux, se trouvent la parenté, les classes d'âge, les liens villageois, mais aussi les relations scolaires et professionnelles ; au sein des quartiers, se nouent les rapports de voisinage dans un cadre économique, politique ou confrérique. Cependant, si la ville est un lieu privilégié de sociabilités, elle est aussi un monde où l'on peut échapper à l'emprise de configurations sociales contraignantes : que ce soit le captif disparaissant dans une ascension professionnelle qui le conduit à la rupture de ses liens de dépendance avec le maître, ou l'accusée de sorcellerie fuyant la colère de sa belle-famille en coupant toute relation avec ceux du village, ou même le guérisseur s'autorisant d'un savoir auquel, trop jeune, il n'a pas encore droit, tous savent que la ville permet une mobilité sociale - et peut-être une liberté - plus grande qu'au village.

Mais l'urbanisation produit aussi des rapports nouveaux de domination - dont les moindres ne sont pas ceux qui se mettent en place autour de la santé -, et des dispositifs spécifiques de stratification qui, lorsqu'il s'agit d'accès aux soins, deviennent des inégalités sociales devant la maladie et la mort. Le marché de la santé a ses exclus, ses malades qui attendent aux portes des pharmacies et qui font la queue chez les marabouts, de même qu'il a ses riches et ses puissants. Dans la situation de crise économique que connaissent aujourd'hui le monde urbain comme le monde rural, les plus pauvres sont aussi souvent les plus ignorés de toutes les formes de solidarité, et, pour eux, il ne fait pas bon être malade. Ces enjeux matériels, qui font le quotidien de tant de citadins, le sociologue ne peut les ignorer.

La santé apparaît donc maintenant au coeur d'enjeux et d'intérêts, de rapports de pouvoir et de mécanismes de différenciation, de pratiques d'entraide et d'exclusion qui font les processus de changement social qu'on appelle urbanisation et dont la ville n'est que la manifestation la plus visible.

GLOSSAIRE

Ne sont indiqués ici que les mots wolof (ou wolofisés) les plus fréquemment rencontrés dans le texte. Pour les mots qui n'apparaissent qu'en un endroit, ils sont traduits et explicités à cette occasion. De même, pour ceux qui sont donnés dans une autre langue, essentiellement pulaar, soninké ou diola, ils trouvent également leur traduction et leur explication lors de leur apparition. La transcription utilisée correspond à la norme définie par le décret 71.556 du 21 mai 1971 cité dans l'introduction. La traduction est faite sans commentaires (pour lesquels on se réfèrera au texte).

aayé : écrit coranique, notamment utilisé à des fins magiques  
 addiya : don en argent fait au marabout  
 bana bana : vendeur ambulancier ou vendeur de marché  
 bileejo : contre-sorcier, terme emprunté au pulaar  
 borom xamxam : homme de savoir  
 daara : école coranique  
 daayira : association confrérique  
 dëm : sorcier-anthropophage  
 fajkat : guérisseur, soignant  
 fas : noeud sur une cordelette aux vertus magiques  
 feebar : maladie  
 gaamu : fête en l'honneur d'un grand marabout  
 garab : plantes, et par extension médicament  
 jiiné : créature de la démonologie islamique  
 lasaraar : secret coranique  
 ligeey : travail, et dans le cadre de la magie, acte maléfique volontaire  
 maggal : fête célébrant le retour de captivité de Cheikh Amadou Bamba  
 mawlud : fête commémorant la naissance du Prophète  
 ndëp : rituel de possession lebou  
 ndëpkat : officiante du ndëp  
 njebbël : acte de soumission du disciple à son marabout  
 rab : esprit d'ancêtre  
 renn : racine de plante  
 saafara : eau bénite  
 samp : rituel lebou  
 saraax : aumône rituelle

**seriñ** : marabout, originellement chef coutumier

**seytaané** : créature de la démonologie islamique

**sunguf** : poudre

**taalibé** : disciple, élève

**teéré** : amulette, grigri

**tuur** : autel rituel

**wird** : formule d'allégeance confrérique

**xamxam** : savoir, connaissance

**xaatim** : calcul magique

**ziyara** : visite annuelle au marabout

## ICONOGRAPHIE

### CARTES :

1. Sénégal
2. Cap-vert
3. Pikine
4. Lieux d'enquête au Sénégal
5. Quartiers de l'enquête Accès aux soins
6. Le système de soins à Pikine
7. Du côté de chez Ablaye
8. Ethnie des délégués de quartier
9. Découpage des quartiers de Médina-Gounasse
10. Itinéraires thérapeutiques de deux frères

### FIGURES :

1. Réseaux de la vente illicite des médicaments au Cap-Vert
2. Généalogie de Cheikh Dia dans trois versions successives
3. Ecrit coranique destiné à la confection d'une amulette
4. Carré magique utilisé à des fins thérapeutiques
5. Transmission du savoir dans la famille de Demba Kanoute
6. Transmission du savoir dans la famille d'Aminata Bari
7. Représentation de l'appareil génital féminin dessiné par Mamadou Diaby
8. Le sang dans l'hérédité de la lèpre
9. Représentation graphique de la distance sociale inter-ethnique
10. Conséquences de la dégradation des conditions socio-économiques sur les comportements de recours aux soins dans une famille toucouleur
11. Rougeole et mortalité infanto-juvénile
12. Médicaments achetés par Abou Diallo pour ses parents
13. Solidarité familiale chez des Peul de Pikine
14. Les cinq quartiers de Petit-Koulaye
15. Ressortissants de Petit-Koulaye au Cap-Vert

**TABLEAUX :**

1. Population de Pikine
2. Le recours au système de santé officiel
3. Le prix de la santé dans le secteur officiel
4. La médecine libérale à Pikine
5. La tarification des soins au Sénégal
6. La répartition des votes pour l'élection de président du comité de santé de Deggo
7. Les figures de la persécution dans quatre ethnies
8. La population du Sénégal selon les ethnies
9. Ethnie de la mère et ethnie du chef de ménage
10. Ethnie des mères et facteurs sociaux
11. Ethnie des mères et comportements de recours aux soins
12. Région d'origine et comportements de recours aux soins
13. Influence de l'ethnie de la mère sur la couverture sociale à statut professionnel constant
14. Influence de l'ethnie de la mère sur la couverture vaccinale à statut professionnel constant
15. Approche objective et subjective du niveau socio-économique
16. Indicateurs socio-économiques et variables socio-culturelles
17. Indicateurs socio-économiques et comportements de recours aux soins
18. Degré d'instruction de la mère et comportements de recours aux soins
19. Influence du statut professionnel et du degré d'instruction sur la couverture vaccinale
20. Influence séparée de chacune des variables sur la couverture vaccinale
21. Dix voyages en ville de femmes haalpulaaren pour cause de maladie
22. Dix biographies résumées de femmes diola originaires de Petit-Koulaye
23. Mortalité infanto-juvénile dans un village du Fouta Tooro et un quartier de Pikine
24. Pratiques thérapeutiques des femmes haalpulaaren en cas de rougeole
25. Signification des variables caractérisant l'intégration urbaine
26. Signification des variables caractérisant l'attachement villageois
27. Expérience urbaine et facteurs socio-économiques
28. Expérience urbaine et comportement de recours aux soins
29. Influence des variables "urbaines" sur la couverture vaccinale à statut professionnel constant
30. Influence des variables "urbaines" sur la couverture vaccinale à degré d'instruction constant
31. Parenté et solidarité chez les Halpulaaren

32. Dons en espèces lors d'un baptême toucouleur
33. Réseaux de sociabilité et caractéristiques sociales
34. Taux de participation des Pikinois à des associations
35. La circulation des biens dans **Le Mandat** de Sembène Ousmane
36. Lépreux interrogés autour de la cathédrale de Dakar

REFERENCESTEXTES GENERAUX DE SCIENCES SOCIALES

- AUGE M.  
 1979 *Symbole, Fonction, Histoire*. Les interrogations de l'anthropologie, Hachette, Paris.  
 1982 *Génie du paganisme*, NRF, Gallimard, Paris.
- BALANDIER G.  
 1967 *Anthropologie politique*, PUF, Paris.  
 1971 *Sens et puissance*, PUF, Paris.
- BOURDIEU P.  
 1971 *Genèse et structure du champ religieux*, *Revue Française de Sociologie*, XII, 295-334.  
 1979 *La distinction. Critique sociale du jugement*, Ed. de Minuit, Paris.  
 1980 *Le sens pratique*, Ed. de Minuit, Paris.  
 1982 *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris.  
 1987 *Choses dites*. Ed. de Minuit, Paris.
- BOURDIEU P., PASSERON J.C.  
 1964 *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Ed. de Minuit, Paris.
- BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.C., PASSERON J.C.  
 1968 *Le métier de sociologue. Préalables épistémologiques*, Mouton, Paris. La Haye. New-York.
- BRAUDEL F.  
 1985 *La Méditerranée et le monde méditerranéen à l'époque de Philippe II*, Armand Colin, 6ème édition, Paris.
- COPANS J.  
 1975 *Anthropologie et impérialisme*, textes choisis et présentés, François Maspéro, Paris.
- DEVEREUX G.  
 1970 *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris.
- DURKHEIM E.  
 1978 *De la division du travail social*, PUF, Paris, 1ère édition 1930.
- ENGELS F.  
 1984 *Introduction à : Les luttes de classes en France 1848-1850*, K. MARX, Editions Sociales, Paris, p. 53-77, 1ère édition allemande 1850.
- EVANS-PRITCHARD E.E.  
 1976 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Clarendon Press, abridged, Oxford, 1ère version anglaise 1937.
- FAUCONNET P., MAUSS M.  
 1969 *Sociologie*, in : *Oeuvres M. MAUSS*, tome III, Editions de Minuit, Paris, p. 139-177.
- FREUND J.  
 1965 *L'essence du politique*, Sirey, Paris.

- GLUCKMAN M.  
1961 Anthropological problems arising from the African Industrial Revolution, in : *Social change in modern Africa*, M. SOUTHALL ed., Oxford University Press, London.
- GOODY J.  
1977 *The domestication of the savage mind*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GRAMSCI A.  
1983 *Textes*, Editions sociales, Paris.
- LEACH E.R.  
1968 *Repenser l'anthropologie*, in : *Critique de l'anthropologie*, PUF, Paris, 1ère édition anglaise 1961.
- LEVI-STRAUSS C.  
1958 *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.  
1962 *La pensée sauvage*, Plon, Paris.
- MARX K.  
1965 *Misère de la philosophie*, in : K. MARX, *Oeuvres*, tome 1, NRF, GALLIMARD, p. 1-136, 1ère édition allemande 1847.
- MARX K., ENGELS F.  
1976 *L'idéologie allemande*, Editions Sociales, Paris 1ère édition allemande complète 1932.
- MAUSS M.  
1980 *Sociologie et anthropologie*, PUF, Paris, 1ère édition 1950.
- MERCIER P.  
1966 *Histoire de l'anthropologie*, PUF, Paris.
- SAHLINS M.  
1963 *Poor Man, Rich Man, Big Man, Chief : Political Types in Melanesia and Polynesia*, *Comparative studies in Society and History*, 5, p. 285-303.
- SPERBER D.  
1979 *La pensée symbolique est-elle pré-rationnelle ?* in *La fonction symbolique*, M. IZARD et P. SMITH, ed., NRF, GALLIMARD, Paris.  
1982 *Le savoir des anthropologues*, Hermann, Paris.
- TERRAY E.  
1978 *L'idéologie et la contradiction*, *L'homme*, XVIII, 3-4, p. 123-138  
1979 *Le marxisme devant les sociétés "primitives"*, François Maspéro, Paris.
- WEBER M.  
1959 *Le savant et le politique*, Plon, Paris, 1ère édition allemande 1919.  
1964 *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Plon, Paris, 1ère édition allemande 1947.  
1971 *Economie et société*, 2 tomes, Plon, Paris, 1ère édition allemande 1921.

TEXTES SUR LA MALADIE ET LA MEDECINE

- ACKERKNECHT E.  
1971 *Medecine and ethnology, selected essays*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1ère édition anglaise, 1946.



- ADLER A., ZEMPLIENI A.**  
1972 **Le bâton de l'aveugle - Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad**, Hermann, Paris, 1972.
- AKESODE F.A.**  
1982 Factors affecting the use of primary health care clinics for children, **Journal of Epidemiology and Community Health**, 36, p. 310-314.
- ALUBO S.O.**  
1986 The political economy of doctors' strikes in Nigeria ; marxist interpretation, **Social Science and Medicine**, 22, p. 467-477.
- AIACH P.**  
1974 Contradiction et ambiguïté dans la pratique du pharmacien d'officine, **Cahiers de sociologie et de démographie médicales**, XIV, 2, p. 43-59.
- AIACH P., LECLERC A., PHILIPPE A.**  
1981 Facteurs de différenciation dans la déclaration de symptômes, **Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique**, 29, p. 27-44.
- AUGE M.**  
1984 **Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement**, in : **Le Sens du Mal**, M. AUGÉ, C. HERZLIEH ed. Ed. des Archives Contemporaines, Paris, 1984.  
1986 L'anthropologie de la maladie, **L'homme**, XXVI, p. 77-90.
- BANNERMAN R.H.B.**  
1983 Le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires, in : **Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé**, R.H.B. BANNERMAN, J. BURTON, CH'EN WEN-CHIEH ed., OMS, Genève, p. 312-321.
- BENOIST J.**  
1966 Du social au biologique. Etude de quelques interactions, **L'homme**, VI, p. 5-26.
- BERNARD C.**  
1984 **Introduction à l'étude de la médecine expérimentale**, Flammarion, Paris, 1ère édition française 1865.
- BIBEAU G.**  
1981 The circular semantic network in Ngandi disease nosology, **Social Science and Medicine**, 15B, p. 295-307.  
1985 From China to Africa : the same impossible synthesis between traditional and western medicines, **Social Science and Medicine**, 21, p. 937-943.
- BOLTANSKI L.**  
1971 Les usages sociaux du corps, **Annales**, Janvier-Février, p. 205-231.
- BROWN J.E.**  
1983 Low immunization coverage in Yaounde, Cameroon : finding the problems, **Medical Anthropology**, 7, p. 9-18.
- CARRIN-BOUEZ M.**  
1980 Des maux et des mots, **L'homme**, XX, 3, p. 85-107.
- CHRISMAN N.J.**  
1977 The health-seeking process : an approach to the natural history of illness, **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1, p. 351-377.

- CICOUREL A.V.**  
1985 Raisonement et diagnostic : Le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, 60, p. 79-88.
- DIOP B., COLLIGNON R.**  
1979 Aspects éthiques et culturels de la psychiatrie en Afrique, **Social Science and Medicine**, 138, p. 183-190.
- DOZON J.P.**  
1983 "L'anthropologie médicale" : Fabrication d'un nouveau regard, **Sciences Sociales et Santé**, 3-4, p. 37-40.
- DUNN F.L.**  
1977 Traditional Asian medicine and Cosmopolitan medicine as adoptive systems in : **Asian Medical Systems**, C. LESLIE ed., University of California Press, Berkeley, p. 133-158.
- ELLING R.H.**  
1978 Medical systems as changing social systems, **Social Science and Medicine**, 12, p. 107-115.
- FABREGA H.J.**  
1974 **Disease and social behavior**, The M.I.T. Press, Cambridge.
- FAINZANG S.**  
1984 Le regard du serpent. Réflexions sur la théorie de la contamination chez les Bisa de Haute-Volta, **L'homme**, XXIV, p. 83-89.  
1986 **L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina**, l'Harmattan, Paris.
- FASSIN D.**  
1984a Anthropologie et folie, **Cahiers Internationaux de Sociologie**, 77, p. 237-271.  
1984b Une étude sociologique de l'accès aux soins dans un quartier péri-urbain de Tunis, **Bulletin de la Société de Pathologie Exotique**, 77, p. 717-727.
- FOSTER G.M.**  
1974 Anthropology and sociology of medicine, **Medical Anthropology Newsletter**, 6, 1, p. 1-6.  
1976 Diseases etiologies in non -Western medical systems, **American Anthropologist**, 78, p. 773-782.
- FOSU G.B.**  
1981 Disease classification in rural Ghana : Framework and implications for health, **Social Science and Medicine**, 15B, p. 471-482.
- FOUCAULT M.**  
1963 **Naissance de la clinique - Une archéologie du regard médical**, PUF, Paris.
- FREIDSON E.**  
1984 **La profession médicale**, Payot, Paris, 1ère édition américaine, 1970.
- GESLER W.M.**  
1979 Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria, **Social Science and Medicine**, 13D, p. 23-30.
- GIBBAL J.M.**  
1984 **Guérisseurs et magiciens du Sahel**, A.M. METAILLE, Paris.
- GLICK L.B.**  
1967 Medicine as an ethnographic category : the Gimi of the New Guinea Highlands, **Ethnology**, 6, p. 31-56.

- GOFFMANN E.  
1975 Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux. Editions de Minuit, Paris, 1ère édition anglaise 1961.
- HERBERT D.T., HIJAZI N.B.  
1984 Ill-health and health care in Khartoum/Omdurman, Social Science and Medicine, 18, 4, p. 335-343.
- HERZLICH C.  
1969 Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Mouton, Paris - La Haye.
- HOURS B.  
1985 L'Etat sorcier. Santé Publique et société au Cameroun, L'harmattan, Paris.
- HUGHES C.C.  
1968 Ethnomedicine, in : Medical Care, International Encyclopedia of the Social Sciences, D. SILLS ed., Mac MILLAN CO and the Free Press, Vol. 10, p. 87-93.
- JANZEN J.M.  
1978 The comparative study of medical systems as changing social systems, Social Science and Medicine, 12, p. 121-129.
- JONES W.T.  
1977 World views and Asian Medical systems : some suggestions for further study, in : Asian Medical systems, C. LESLIE ed., University of California Press, Berkeley, p. 383-404.
- KAUFMANN A.E.  
1985 La lepra y sus imágenes. Enfermedad estigmática y muerte social, Ministerio de trabajo y seguridad social, Madrid.
- KROEGER A.  
1983 Anthropological and socio-medical health care research in developing countries, Social Science and Medicine, 17, p. 147-161.
- KOUMARE M.  
1983 Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique, in : Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé, R.H. BANNERMAN, J. BURTON, CH'EN WEN CHIEH, OMS, Genève, p. 25-32.
- LANDY D.  
1977 Medical systems in transcultural perspective, in : Culture, Disease and Healing, D. LANDY ed., Mac MILLAN Publishing, New-York.
- LASKER J.N.  
1981 Choosing among therapies : illness behavior in the Ivory Coast, Social Science and Medicine, 15A, 157-168.
- LESLIE C.  
1977 Introduction to : Asian Medical systems, C. LESLIE ed., Univ. of California Press, Berkeley, p. 1-12.
- LEWIS G.  
1976 A view of sickness in new Guinea, in : Social anthropology and Medicine, J.B. LOUDUN ed., A.S.A. Monograph. 13, Academic Press, London, p. 49-103.
- MAC CAULEY A.P.  
1984 Healing as a sign of power and status in Bali, Social Science and Medicine, 18, 2, p. 167-172.

- MAC LEAN C.M.U.**  
1966 Hospitals or healers ? An attitude survey in Ibadan, **Human Organization**, p. 131-139.
- MICHEL J.M.**  
1985 Why do people like medicines ? A perspective from Africa , **Lancet**, 26 janv., p. 210-211.
- MITRANI P.**  
1984 Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine, **L'homme**, XXII, p. 93-104.
- ORTIGUES M.C. et E.**  
1984 **Oedipe africain**, l'Harmattan, Paris, 1ère ed. 1966.
- OYEBOLA D.D.O.**  
1981 Professional associations, ethics and discipline among Yoruba traditional healers of Nigeria, **Social Science and Medicine**, 15B, p. 87-92.
- PAICHELER H., BEAUFILS B., RAVAUD J.F.**  
1985 **Aspects socio-culturels des handicaps**, Rapport UNESCO, doc. ronéotypé, Paris, 100 p.
- PAUL B.D.**  
1955 **Health, culture and community. Case studies of public relations to health programs**, Russel Sage Fundation, New-York.
- PIERRET J.**  
1984 Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault, in : **Le sens du mal**, M. AUGÉ et C. HERZLICH ed., Ed. des Archives contemporaines, Paris, p. 217-256.
- POUILLON J.**  
1975 Malade et médecin. Le même et/ou l'autre ? in : **Fétiches sans fétichisme**, J. POUILLON ed., Maspero, Paris, p. 77-103.
- PRESS I.**  
1980 Problems in the definition and classification of medical systems, **Social Science and Medicine**, 14B, p. 45-57.
- PRICE-WILLIAMS D.R.**  
1962 A case - study of ideas concerning disease among the Tiv, **Africa**, 32, p. 123-131.
- RIVERS W.H.R.**  
1924 **Medicine, magic and religion**, Harcourt and Brace, New-York.
- SCHULPEN T.W.J., SWINKELS W.J.A.M.**  
1980 Machakos Project Studies. XIX. The utilization of health services in a rural area of Kenya, **Tropical and Geographical Medicine**, 32, p. 340-349.
- SCOTCH N.C.**  
1963 A medical anthropology, in : **Biennial Review of Anthropology**, J.B. SIEGEL ed., Stanford University Press, Stanford, p. 30-68.
- SINDZINGRE N.**  
1984 La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo, in : **Le sens du mal**, M. AUGÉ et C. HERZLICH éd., Ed. des Archives Contemporaines, Paris, p. 93-122.
- SINDZINGRE N., ZEMPLENI A.**  
1981 Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte-D'Ivoire, **Social Science and Medicine**, 15B, p. 279-293.  
1982 Anthropologie de la maladie, **Bulletin d'Ethnomédecine**, 15, p. 3-22.  
**WELLIN H.**

- WELLIN H.**  
1977 Theoretical orientations in medical anthropology : continuity and change over the last half-century, in : **Culture, disease and healing**, D. LANDY ed., MacMILLAN Publishing, New-York, p. 47-58.
- ZEMPLINI A.**  
1981 Réponse à D.D.O. OYEBOLA, **Social Science and Medicine**, 15B, p. 101-102.

TEXTES SUR LA VILLE ET L'URBANISATION

- BAIROCH P.**  
1985 **De Jericho à Mexico. Villes et économie dans l'histoire**, Gallimard, Paris.
- BALANDIER G.**  
1985 **Sociologie des Brazzavilles noires**, 2ème édition augmentée, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1ère édition. 1955.
- BERNARD G.**  
1970 Analyse d'un réseau social en milieu urbain, **Cahiers d'Etudes Africaines**, X, 40, p. 632-639.
- CASTELLS M.**  
1972 **La question urbaine**, François Maspéro, Paris.
- DEBLE I., HUGON P.**  
1982 **Vivre et survivre dans les villes africaines**, ouvrage collectif, PUF, Paris.
- FISCHER C.S.**  
1976 **The urban experience**, Harcourt Brace Jovanovich Inc., New-York.
- GIBBAL J.M.**  
1973 Le retour au village des nouveaux citadins. Résultats d'une enquête et amorce de réflexion méthodologique, **Cahiers d'Etudes Africaines**, XIII, 51, p. 549-574.  
1974 **Citadins et villageois dans la ville africaine. L'exemple d'Abidjan**, Presses Universitaires de Grenoble, François Maspéro, Grenoble.
- GIBBAL J.M., LE BRIS E., MARIE A., OSMONT A. et SALEM G.**  
1981 Position de l'enquête anthropologique en milieu urbain africain, **Cahiers d'Etudes Africaines**, XXI, p. 81-83 et 11-24.
- GUGLER J., FLANAGAN W.G.**  
1978 **Urbanization and social change in West Africa**, Cambridge University Press, Cambridge.
- HANNA W.J., HANNA J.L.**  
1981 **Urban dynamics in Black Africa. An interdisciplinary approach**, Aldine publishing Co., New-York, 1ère édition 1971.
- HANNERZ U.**  
1967 Gossip, networks and culture in a Black American Ghetto, **Ethnos**, 32 : p. 35-60.  
1983 **Explorer la ville**, Ed. de Minuit, Paris, 1ère édition anglaise 1980.
- LEFEBVRE H.**  
1970 **La révolution urbaine**, Gallimard, Paris.

- MARIE A.**  
 1981 Marginalité et conditions sociales du prolétariat urbain en Afrique. Les approches du concept de marginalité et son évaluation critique, *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXI, p. 81-83, p. 347-374.
- MERCIER P.**  
 1954 Aspects de la société africaine dans l'agglomération dakaroise : groupes familiaux et unités de voisinage, *Etudes sénégalaises*, 5, p. 11-40.  
 1973 Quelques remarques sur le développement des études urbaines, *Cahiers d'Etudes Africaines*, XIII, 51, p. 397-404.
- MEILLASSOUX C.**  
 1968 **Urbanization of an African community. Voluntary associations in Bamako**, Univ. of Washington Press, Seattle - London.
- MITCHELL J.C.**  
 1956 **The Kalela Dance**, Rhodes Livingstone Papers, N°27, Manchester University Press, Manchester.  
 1965 The meaning of misfortune for urban Africans, in : **African systems of thought**, M. FORTES, G. DIETERLEN ed., I.A.I., Oxford, p. 192-203.  
 1966 Theoretical orientations in African Urban Studies, in : **The Social Anthropology of complex societies**, M. BANTON ed., Tavistock, London.  
 1974 Perceptions of ethnicity and ethnic behaviour. An empirical exploration, in : **Urban ethnicity**, A. COHEN ed., Tavistock Publications LTD, London, 1974, p. 1-35.
- MORICE A.**  
 1982 L'empire de l'empirisme, in : **Vivre et survivre dans les villes africaines**, I. DEBLE et P. HUGON ed., PUF, Paris, p. 257-279.
- ODEYE M.**  
 1983 **La dynamique urbaine et les associations dans le mouvement social africain. Etude comparative des cas de Brazzaville et de Dakar**, Thèse de 3ème cycle en sociologie, EHESS, Paris, 317 pages.
- SANTOS M.**  
 1971 **Les villes du Tiers-Monde**, M.Th. Génin ed., Paris.
- SAUTTER G.**  
 1973 Recherches en cours sur les villes d'Afriques Noire : Thèmes et problèmes. Le point de vue d'un géographe, *Cahiers d'Etudes Africaines*, XIII, 51, p. 405-416.
- VERHASSELT Y.**  
 1985 Urbanization and health in the developing world, Editorial, *Social Science and Medicine*, 21, p; 483.
- WEBER M.**  
 1982 **La ville**, Aubier. Montaigne, Paris, 1ère édition allemande 1937.
- WIRTH L.**  
 1938 Urbanism as a way of life, *American Journal of Sociology*, 44, p. 1-24.

TEXTES SUR L'AFRIQUE

- AMSELLE J.L.**  
 1985 Ethnies et espaces : pour une anthropologie topologique, in : **Au coeur de l'ethnie**, J.L. AMSELLE et E. M'BOKOLO ed., La Découverte, Paris, p. 11-48.

- AUGE M.  
1975a Théorie des pouvoirs et idéologie. Etude de cas en Côte-d'Ivoire, Hermann, Paris.  
1975b Logique lignagère et logique de Bregbo, in : Prophétisme et thérapeutique, C. PIAULT ed., Hermann, Paris, p. 221-236.
- BALANDIER G.  
1955 Sociologie actuelle de l'Afrique Noire. Dynamique sociale en Afrique Centrale, PUF, Paris, 1955.  
1969 Les relations de dépendance personnelle, Cahiers d'Etudes Africaines, IX, 35, p. 345-349.
- BATES R.H.  
1970 Approaches to the study of ethnicity, Cahiers d'Etudes Africaines, X, 40, p. 5436-561.
- BAZIN J.  
1985 A chacun son Bambara, in : Au coeur de l'ethnie, J.L. AMSELLE et E. M'BOKOLO ed., La Découverte, Paris, p. 87-127.
- BETI M.  
1954 Ville cruelle, Présence Africaine, Paris.
- BHELY-QUENUM O.  
1979 L'initié, Présence Africaine, Paris.
- CENDRARS B.  
1947 Anthologie nègre, Buchet/Chastel, Paris.
- COULON C.  
1983 Les musulmans et le pouvoir en Afrique Noire, Karthala, Paris.
- DOZON J.P.  
1985 Les Bété : une création coloniale, in : Au coeur de l'ethnie, J.L. AMSELLE et E. M'BOKOLO ed., La Découverte, Paris, p. 49-85.
- DUBRESSON A.  
1975 Les travailleurs soninké et toucouleur dans l'Ouest Parisien, Cahiers de l'ORSTOM, Série Sciences Humaines, XII, 2, p. 189-208.
- GUTKIND P.C.W.  
1975 The view from below : political consciousness of the urban poor in Ibadan, Cahiers d'Etudes Africaines, XV, 57, p. 5-35.
- HORTON R.  
1967 African traditional thought and Western science, Africa, 37, p. 50-71 et p. 155-187.
- KOUROUMA A.  
1970 Les soleils des indépendances, Paris, Seuil, 1970.
- MEILLASSOUX C.  
1975 Femmes, greniers et capitaux, François Maspéro, Paris.  
1977 Terrains et théories, Anthropos, Paris.
- MONTEIL C.  
1931 La divination chez les Noirs de l'Afrique Occidentale Française. Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'Afrique Occidentale Française, XIV, 1-2, p. 27-136.

- MONTEIL V.**  
1966 Esquisses sénégalaises, IFAN, Dakar.  
1980 L'islam noir. Une religion à la conquête de l'Afrique, Seuil, Paris.
- MORICE A.**  
1987 Ceux qui travaillent gratuitement : un salaire confisqué, in : Classes ouvrières d'Afrique Noire, M. AGIER, J. COPANS, A. MORICE ed., Karthala, Paris.
- NICOLAS G.**  
1978 L'enracinement ethnique de l'islam au sud du Sahara. Etude comparée, Cahiers d'Etudes Africaines, XVIII, 71, p. 347-377.
- PAULME D.**  
1971 Introduction à : Classes et associations d'âge en Afrique de l'Ouest, D. PAULME ed., Plon, Paris, p. 9-23.
- SKINNER E.P.**  
1975 Competition within ethnic systems in Africa, in : Ethnicity and resource competition in plural societies, L.A. DESPRES ed., Mouton Publishers, The Hague, Paris, p. 137-157.
- THOMAS L.V., LUNEAU R.**  
1975 La terre africaine et ses religions. Traditions et changements, Larousse, Paris.
- TURNER V.W.**  
1972 Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie, Gallimard, Paris, 1ère édition anglaise 1968.
- ZEMPLENI A.**  
1975 De la persécution à la culpabilité, in : Prophétisme et thérapeutique, C. PIAULT ed., Hermann, Paris, p. 155-218.

#### TEXTES ET DOCUMENTS SUR LE SENEGAL

- BA M.**  
1983 Une si longue lettre, Nouvelles Editions Africaines, Dakar-Abidjan, 1ère édition, 1979.
- BALANDIER G., MERCIER P.**  
1952 Particularisme et évolution. Les pêcheurs Lébou du Sénégal. Etudes sénégalaises N°3, IFAN, Saint-Louis.
- BEHRMANN L.C.**  
1970 Muslim brotherhoods and politics in Senegal, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts.
- BOILAT Abbé D.**  
1984 Esquisses sénégalaises, Karthala, Paris, 1ère édition 1853.
- CARRERE F., HOLLE P.**  
1855 De la Sénégambie Française, Firmin Didot, Paris.
- COLLIGNON R.**  
1984 La lutte des pouvoirs publics contre les "encombrements humains" à Dakar, Canadian Journal of African Studies, 18, 3, p. 573-582.



- COLLOMB H.**  
1965 Assistance psychiatrique en Afrique, expérience sénégalaise, Psychopathologie africaine, 1, p. 11-84.
- COPANS J.**  
1973 Stratification sociale et organisation du travail agricole dans les villages wolof mourides du Sénégal, E.P.H.E., Paris 1973, 370 p.  
1980 Les marabouts de l'arachide, Le Sycomore, Paris.
- COULON C.**  
1981 Le marabout et le prince. Islam et pouvoir au Sénégal, Pédone, Paris/Bordeaux.
- CRUISE O'BRIEN D.**  
1970 Le talibé mouride : la soumission dans une confrérie religieuse sénégalaise, Cahiers d'Etudes Africaines, X, p. 562-578.  
1971 The mourides of Senegal. The political and economic organization of an islamic brotherhood, Clarendon Press, Oxford.  
1975 Saints and politicians - Essays in the organization of a senegalese peasant society, African studies series, Cambridge University Press, London.
- DELAUNAY D.**  
1984 De la captivité à l'exil. Histoire et démographie des migrations paysannes dans la Moyenne Vallée du Fleuve Sénégal, ORSTOM, Paris.
- DIOP A.B.**  
1965 Société toucouleur et migration. Initiations Africaines, Vol. XVIII, IFAN, Dakar.  
1981 La société wolof. Tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination, Karthala, Paris.
- DIOP M.C.**  
1981 Fonctions et activités des dahira mourides urbains (Sénégal), Cahiers d'Etudes Africaines, XXI, p. 81-83, p. 79-91.
- DUPIRE M.**  
1980 Organisation sociale des Peul. Etude d'ethnographie comparée, Plon, Paris.
- EL-BEKRI**  
1913 Description de l'Afrique septentrionale, Adolphe Jourdan ed., Alger, manuscrit de 1068.
- EPELBOIN A.**  
1983 Savoirs médicaux et phytopharmacopées des Fulbé Bandé et des Nyokholonké. Thèse 3ème cycle en ethnologie, Paris.
- FASSIN D.**  
1985 Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, Cahiers d'Etudes Africaines, XXV, 98, p. 161-177.  
1986a "La bonne mère" : Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal, Social Science and Medicine, 23, 11, p. 1121-1129.  
1986b Economies "parallèles", Etat et Société. La vente illicite des médicaments au Sénégal, Politique Africaine, 23, p. 123-130.  
1987 Rituels villageois, rituels urbains. La reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal, L'homme, XXVII, 104, p. 54-75.
- FASSIN D., BADJI I.**  
1986 Ritual buffoonery : a social preventive measure against childhood mortality in Senegal, Lancet, 1986, Jan. 18, p. 12-143.

- FERNANDES V.**  
1951 Description de la côte occidentale d'Afrique, Centro de Estudios da Guiné Portuguesa, Lisbonne, N°11.
- GAMBLE D.**  
1967 The Wolof of Senegambia, Western Africa, Part XIV, International African Institute, London.
- GARENNE M., CANTRELLE P., DIOP I.L.**  
1985 Le cas du Sénégal, in : La lutte contre la mort, J. VALLIN et A. LOPEZ ed., INED, UIESP. Cahiers et documents N°108, PUF, p. 307-330.
- GRAVRAND P.**  
1983 La civilisation Serer. Cosaan. Les origines, Les Nouvelles Editions Africaines, Dakar-Abidjan.
- GUEYE M., SARR I.**  
1985 La mortalité infanto-juvénile in : Nuptialité et fécondité au Sénégal, Y. CHARBIT, L. GUEYE, S. NDIAYE ed., Cahiers N°112, INED, PUF, Paris, p. 141-145.
- HESSELING G.**  
1985 Histoire politique du Sénégal. Institutions, droit et société, Karthala, Paris.
- JOURNET O.**  
1981 La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société diola de Basse-Casamance, Journal des Africanistes, 51, p. 98-115.  
1985 Les hyper-mères n'ont plus d'enfants. Maternité et ordre social chez les Diola de Basse-Casamance, in : L'arraisonnement des femmes, N.C. MATHIEU ed., Cahiers de l'Homme, XXIV, PARIS.
- KANE C.A.**  
1972 L'aventure ambiguë, UGE 10/18, Paris, 1ère édition 1961.
- KANE F., LERICOLLAIS A.**  
1975 L'émigration en pays soninké, Cahiers de l'ORSTOM, Série Sciences Humaines, XII, 2, p. 177-187.
- KERHARO J., ADAM J.G.**  
1974 La pharmacopée sénégalaise traditionnelle, Vigot Frères, Paris.
- LE COUR GRANDMAISON C.**  
1972 Femmes dakaroises. Rôles traditionnels féminins et urbanisation. Annuaire de l'Université d'Abidjan, Série F, Tome 4, Abidjan.
- LERICOLLAIS A., VERNIERE M.**  
1975 L'émigration toucouleur : du fleuve Sénégal à Dakar, Cahiers de l'ORSTOM, Séries Sciences Humaines, XII, 2, p. 161-175.
- MARTIN V., BECKER C.**  
1977 Les ethnies et les religions, in : Atlas National du Sénégal, Dakar, p. 64-73.
- MARTY P.**  
1917 Etudes sur l'Islam au Sénégal, Tome I, les personnes, Ernest LEROUX ed., Paris.

- M'BOKOLO E.  
1983 Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914. Cahiers d'Etudes Africaines, XXII, p. 85-86, p. 13-46.
- PELISSIER P.  
1966 Les paysans du Sénégal. Les civilisations agraires du Cayor à la Casamance. Imprimerie Fabrègue, Saint-Yrieix, 1966.
- RABAIN J.  
1979 L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal, Payot, Paris.
- SALEM G.  
1981 De la brousse sénégalaise au Boul'Mich : le système commercial mouride en France, Cahiers d'Etudes Africaines, XXI, p. 81-83, p. 267-288.
- SANKALE M., THOMAS L.V., FOUGEYROLLAS P.  
1968 Dakar en devenir, Présence Africaine, Dakar.
- SECK A.  
1970 Dakar, métropole ouest africaine, IFAN, Dakar.
- SEMBENE O.  
1966 Le Mandat, Présence Africaine, Paris.  
1973 Xala, Présence Africaine, Paris.
- SOW C.  
1983 Cycle de sécheresse, Seuil, Paris.
- SOW FALL A.  
1979 La grève des battù, Nouvelles Editions Africaines, Dakar-Abidjan.
- SY C.T.  
1969 La confrérie sénégalaise des mourides. Un essai sur l'Islam au Sénégal, Présence Africaine, Paris.
- SYLLA A.  
1984 Seydina Issa Rouhou Lahi fils du Mahdi, Document ronéotypé, IFAN, Université de Dakar, 32 pages.
- TALL E.K.  
1984 Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la Vallée du Fleuve Sénégal, Thèse 3ème cycle en ethnologie, EHESS, Paris.  
1985 Le contre-sorcier haalpulaar, un justicier hors-la-loi, Sciences Sociales et Santé, III, 3-4, p. 131-150.
- THOMAS L.V.  
1958 Les Diola. Essai d'analyse fonctionnelle sur une population de Basse-Casamance, 2 tomes, IFAN, Dakar.
- TRINCAZ J.  
1981 Colonisations et religions en Afrique Noire. L'exemple de Ziguinchor. L'Harmattan, Paris.
- WANE Y.  
1969 Les Toucouleur du Fouta Tooro (Sénégal) - Stratification sociale et structure familiale, IFAN, Dakar.

- WONE I.  
1984 Première analyse d'indicateurs de santé à partir des statistiques officielles du Ministère de la Santé Publique de 1960 à 1979, Cahiers Madesahel N°1, Dakar.
- ZEMPLENI A.  
1966 La dimension thérapeutique du culte des rabs. Ndop, tuuru, samp. Rites de possession chez les Lébou et les Wolof, Psychopathologie africaine, 2(3), p. 295-440.  
1968 L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal, Thèse de 3ème cycle en ethnologie, Paris, 543 pages.  
1974 Du symptôme au sacrifice. Histoire de Khady Fall, L'homme, XIV (2), p. 31-77.

TEXTES ET DOCUMENTS SUR PIKINE

- BERTRAND M.  
1984 Densification et organisation socio-politique dans la banlieue dakaroise au Sénégal : étude de cas à Pikine et Thiaroye irréguliers, Mémoire de maîtrise de géographie, Paris, 262 pages.
- CALAS B.  
1984 Monographie des villages de Mbao et Malika, Cap-Vert, Sénégal, Mémoire de maîtrise de géographie, Paris, 166 pages.
- CASTETS M.C.  
1985 Monographie d'un espace de rencontre entre quartiers réguliers et quartiers irréguliers à la périphérie de Pikine : Guedjawaye-Yeumbeul. Mémoire de maîtrise, de géographie, Paris, 123 pages.
- DALLEMAGNE G.  
1984 Evaluation du dispensaire Municipal II, Document ronéotypé, Pikine 36 pages.
- DIENG I.M.  
1977 Dégueerpissement des bidonvilles. Le cas de Nimzatt et Angle-Mousse à Dakar, Environnement Africain, N°18, ENDA, Dakar, 29 pages.
- FASSIN D.  
1986c La vente illicite des médicaments au Sénégal. Conséquences pour la santé des populations. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 79, 4, p. 557-570.  
1986d Accès aux soins et différenciation sociale à Pikine. Problèmes méthodologiques, Urbanisation et socio-systèmes urbains (ORSTOM), 17, p. 40-49.
- FASSIN D., JEANNEE E., SALEM G., REVEILLON M.  
1986 Les enjeux sociaux de la participation des populations. Les Comités de Santé à Pikine (Sénégal), Sciences Sociales et Santé, IV, 3-4, p. 205-221.
- FRANCOIS B.  
1984 Etude du poste de santé de Las Palmas, Document ronéotypé, Pikine, 42 pages.
- GUINDO S., JEANNEE E., REVEILLON M., N'DIAYE B.  
1986 Soins de santé primaires en milieu urbain : l'exemple de Pikine, Document ronéotypé, 8 pages.

- JANCLOES M., SECK B., VAN DE VELDEN L., N'DIAYE B.  
1982 Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires, *Forum Mondial de la Santé*, 3, p. 425-429.
- JEANNEE E.  
1986 Soins gratuits, maladie pour tous, *Développement et santé*, 62, p. 23-25.
- JEANNEE E., SALEM G.  
1986 Soins de santé primaires et recherches socio-médicales dans les villes du Tiers-Monde : l'expérience de Pikine, *Urbanisation et socio-systèmes urbains (ORSTOM)*, 17, p. 21-33.
- LALOE F., SALEM G., BENARD C.  
1986 Dimensions géographiques de la couverture sanitaire à Pikine, Document ronéotypé, 5 pages.
- MAACK S.  
1978 Urban change and quarter routinization in Pikine, Senegal, Ph. D., Columbia Univ. Copy Ann Arbor Michigan, 2 vol., 754 pages.
- MAIRE B., CHEVASSUS-AGNES S., GRIERE B., N'DIAYE T., BENARD C., SALEM G.  
1986 Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Pikine, Document ronéotypé, 5 pages.
- RASENBERG A.P.  
1973 L'habitat du grand nombre. Une étude sur les équipements médicaux de base à Pikine, région du Cap-Vert, Sénégal, Document ronéotypé, Dakar, 127 pages.
- SOW-SARR F.  
1984 Heurs et malheurs de l'animation sanitaire, le cas de Médina-Gounasse, Mémoire de DEA en Sciences de l'Environnement, Dakar, 111 p.
- THORE L.  
1964 Dagoudane-Pikine : Etude sur l'évolution et les problèmes du groupe familial en ville, Thèse de 3ème cycle, Sorbonne, Paris.
- VERCRUISSE J., JANCLOES M., VAN DE VELDEN L.  
1983 Epidemiology of seasonal falciparum malaria in an urban area of Senegal, *Bulletin of the World Health Organization*, 61, (5), p. 821-831.
- VERNIERE M.  
1977 Volontarisme d'Etat et spontanéisme populaire dans l'urbanisation du Tiers-Monde. Formation et évolution des banlieues dakaroises. Le cas de Dagoudane Pikine, Mémoire de géographie, Bibliothèque Nationale, Paris.
- WERNER J.F.  
1986 Du symptôme au système : une exploration anthropologique des diarrhées du jeune à Pikine, Document ronéotypé, 12 pages.

Ne sont pas référencés ici tous les documents concernant le Projet Pikine, rapports annuels, notes de service, compte-rendus de réunions, procès-verbaux d'assemblées, documents parfois d'un grand intérêt, mais qu'il eût été fastidieux de répertorier ici, d'autant que la plupart ne sont plus trouvables. En ce qui concerne les comités de santé, on pourra se référer aux onze textes retrouvés et cités dans la bibliographie de FASSIN, JEANNEE, SALEM, REVEILLON, 1986.