

# Sciences Sociales et Santé

Vol. XII n° 3 Septembre 1994 Revue trimestrielle

## Sommaire

### **Anthropologie de la maladie : nouveaux lieux, nouvelles approches**

- 5 **Jean-Pierre Dozon** Avant-propos
- 15 **Jean-Pierre  
Olivier de Sardan** La logique de la nomination.  
Représentations fluides et prosaïques  
de deux maladies au Niger
- 47 **Christiane Bougerol** Approche anthropologique de  
la drépanocytose des malades antillais
- 69 **Sylvie Fainzang** Anciens buveurs et alcoolisme.  
Discours de la causalité
- 101 **Denis Decourchelle** Surdité, langage et identité. La nouvelle  
donne des jeunes générations
- 129 **Notes de lecture**
- 131 **Livres reçus**
- 133 **Résumés** (*anglais, espagnol*)

## Avant-Propos

*L'anthropologie de la maladie, est-il besoin de le rappeler, a pris le même chemin que l'anthropologie en général. Depuis les travaux pionniers de W.H.R. Rivers (1924), elle s'est attachée à déconnecter les faits de maladie de l'horizon ethnocentrique occidental, à tout le moins de la façon dont celui-ci tend à se confondre avec l'activité scientifique, en particulier avec l'activité de la biomédecine. L'ethnologie, en tant qu'elle fut longtemps l'étude des sociétés non-occidentales (appelées souvent primitives ou traditionnelles), et l'anthropologie, en tant que démarche comparative recherchant, par-delà la diversité des cultures, leurs structures ou leur lois communes, trouvèrent ainsi dans l'objet « maladie » de quoi rendre plus intelligibles des systèmes de pensée qui pour être différents de l'esprit scientifique n'en sont pas moins des systèmes cohérents riches de logiques interprétatives. Grâce au concept de « sickness » introduit par A. Young (1982) qui compléta la première distinction entre « disease » (désordre organique tel qu'il est formulé par la médecine) et « illness » (vécu individuel de la souffrance), la maladie put être considérée dans toute sa dimension socioculturelle et l'ethnologie rebondir sur sa vocation holiste. Plus précisément, en étudiant, au sein d'une société traditionnelle donnée, la nature des maux, leur étiologie et les recours thérapeutiques qu'ils suscitent, l'ethnologie s'ouvrait une voie d'accès privilégiée à la connaissance non seulement des systèmes de pensée et de croyance propres à cette société (représentations de la nature, de la surnature, du corps, de la personne, de l'hérédité), mais aussi de l'ensemble de ses institutions : car l'irruption d'un mal, bien que se présentant d'abord comme « la plus intime et la plus individuelle des réalités » (Augé, 1986), est toujours susceptible de fournir la matière d'une réactivation des règles établies ou d'une mise à jour des relations sociales et de leurs constantes intrigues.*

*Certes, la maladie ne fut pas pour l'ethnologie qu'une excellente occasion de relancer sa vocation holiste ; elle donna également lieu au développement d'une ethnomédecine qui entend étudier plus en profondeur, et de manière interdisciplinaire, la sphère des nosologies et des savoirs indigènes, notamment sur le plan des pharmacopées et des techniques de soins. Mais cette ethnomédecine (qui parfois a pour seul objectif*

*de découvrir, au profit de la recherche médicale et pharmaceutique, les vertus curatives jusque-là méconnues de substances naturelles), aussi justifiée soit-elle à vouloir inventorier les « médecines » autres, voire à en évaluer l'efficacité, ne paraît guère pouvoir sortir des sentiers de l'accumulation et du classement de données, comme si elle avait pour mission d'être le conservatoire ou le garant de la diversité des cultures et de la multitude des savoirs et des savoir-faire.*

*En fait, la maladie fut, plus fondamentalement, l'occasion de débats, mieux, de déballages anthropologiques. Car, par-delà les études de cas, c'est-à-dire l'exercice proprement ethnologique, il s'est agi, dans une perspective comparative et unitaire, de dégager des propositions et des distinctions à portée générale. Objet singulièrement bon à penser pour les sociétés comme pour l'anthropologie, les conceptions de la maladie furent assez vite libérées de la qualification d'irrationalité par laquelle un certain Occident, trivial et arrogant, concevait unilatéralement celles des peuples exotiques. Mais une fois ce point en principe réglé, commençaient les difficultés et les dilemmes ; car si ces conceptions ne devaient plus être qualifiées d'irrationnelles, ne serait-ce que parce qu'elles mettent partout en œuvre une pensée de la causalité et mobilisent un ensemble de connaissances et d'actes pour anticiper la maladie et y remédier, pouvaient-elles se confondre avec un monde de la rationalité largement compris comme un monde d'objectivation théorique et pratique dont les sciences sont tout à la fois le produit et le modèle perpétuellement renouvelé ? Mis à part les tenants du relativisme culturel, dont les plus radicaux considèrent que la rationalité occidentale, malgré ses visées universalistes, ne pouvait qu'être référée au monde qui l'a produite et était, par conséquent, dans l'impossibilité de servir d'étalon aux rationalités d'autres cultures, l'anthropologie s'employa plutôt à distinguer celles-ci de celle-là. L'une des plus connues est l'opposition proposée par G.M. Foster (1976) entre les « naturalistic medical systems » et les « personalitic medical systems » qui fit le départ entre les grandes traditions médicales européenne, indienne et chinoise (dont les références aux éléments naturels, aux humeurs du corps sont dominantes) et les traditions d'autres peuples, notamment africains, régies pour l'essentiel par l'explication magique ou magico-religieuse. Cette opposition qui, d'une certaine manière, reconduisait le partage rationnel/irrationnel, fut notamment critiquée par M. Augé (1984) qui souligna toute l'importance des théories du corps et des substances corporelles au sein des traditions du deuxième type de Foster, montrant ainsi que les conceptions « magiques » ne sont pas exclusives d'un certain matérialisme.*

*R. Horton (1982) voulut dépasser les dilemmes et les partages constamment reconduits (dont les siens comme l'opposition qu'il avait proposée antérieurement (1967) entre une « pensée fermée » qu'illustrant*

*exemplairement les traditions africaines et une « pensée ouverte » qu'incarne la modernité occidentale) en reconnaissant un noyau de rationalité effectivement commun à toutes les cultures qu'il désigne excellemment comme le « recours à un savoir organisé pour expliquer, prévoir et contrôler les événements » (la maladie étant précisément un parangon de l'événement), savoir qui met partout en jeu des procédés cognitifs comme l'analogie, la déduction et l'induction. Mais une nouvelle fois, ce noyau commun, qui n'est pas en lui-même une révélation puisqu'on le trouve amplement circonscrit chez Durkheim dans Les formes élémentaires de la vie religieuse (1912), devait inévitablement rebondir sur la spécificité d'une rationalité occidentale captée par l'activité scientifique qu'Horton qualifie d'un haut « rendement cognitif » et qui serait principalement issue du contexte unique propre à la Renaissance. En mettant ainsi l'accent sur les différences de contexte pour rendre compte moins des inégalités entre rationalités que des écarts entre « rendements cognitifs » (les sociétés non-occidentales étant caractérisées par un rendement moindre à cause de contextes historiques peu favorables à sa montée en puissance, auxquels s'ajoute pour les sociétés africaines l'absence d'écriture, J. Goody, 1977), Horton ne nous dit finalement rien d'essentiel qu'on ne savait déjà ; les auteurs sont légion à avoir écrit sur l'exception occidentale, et bien des réflexions d'Horton sont déjà chez Max Weber, l'accroissement des « rendements cognitifs » n'étant guère différent du « processus de rationalisation ».*

*Au total, il semble bien qu'à demeurer à ce niveau de comparaison, en l'occurrence entre une rationalité modelée sur l'esprit scientifique, et des rationalités qui ressortissent à d'autres registres, notamment magico-religieux, l'anthropologie tourne largement en rond ; car, malgré ses efforts pour refuser de faire basculer les secondes dans l'irrationalité (ce à quoi elle ne parvient pas toujours), ou pour leur accorder l'essentiel des catégories logiques et la capacité à produire du savoir, elle ne cesse de redécouvrir et de reconduire leurs différences. Gageons donc que ce niveau de comparaison n'est pas le plus pertinent, que quelles que soient ses façons de conforter ou, à l'inverse, de relativiser la position de la science, celle-ci fait toujours la différence.*

*Un autre niveau paraît bien davantage offrir des possibilités singulièrement intéressantes de comparaison et enrichir la vocation de l'anthropologie qui cherche, par-delà la diversité des systèmes de pensée, une certaine unité de l'homme ; c'est celui qui consiste à admettre que, malgré l'importance prise d'un côté par la science et le poids indéniable du « magico-religieux » de l'autre, les sociétés dites modernes et traditionnelles ne se réduisent pas respectivement à chacun de ces modèles d'interprétation du monde et laissent au contraire entrevoir des intersections communes.*

*L'ensemble des textes présentés dans ce numéro se situent justement à ce niveau où l'anthropologie de la maladie laisse découvrir de forts pertinents chassés-croisés entre « ici et ailleurs », très précisément entre France, Antilles et Niger.*

*Avant de les présenter, rappelons qu'en ce qui concerne les sociétés dites traditionnelles, tout particulièrement les sociétés africaines, l'anthropologie dispose de nombreux acquis ; sans se conformer exactement au type de Foster des « Personalistic medical systems » trop axé sur la causalité magique, elle a malgré tout établi deux grands modèles étiologiques de la maladie ; d'une part, le modèle de la persécution (simultanément modèle d'accusation) qui signifie que l'individu malade est avant tout victime des agissements d'autrui et dont les croyances en la sorcellerie constituent l'idiome et la légitimation princeps ; d'autre part, le modèle de la sanction suivant lequel la maladie ou le malheur résulte d'une transgression des règles sociales ou d'un manquement à certaines obligations (S. Fainzang, 1989). D'une certaine façon, ces deux modèles, par leur prégnance, illustrent assez bien le système de pensée « fermé » tel qu'Horton, empruntant à K. Popper, a pu le décrire dans ce premier texte de 1967 où il confrontait la science occidentale et les traditions africaines. Toutefois, même s'il faut voir là un mode d'enfermement intellectuel qui ne laisse apparemment pas place au fortuit, à l'accident ou à un quelconque agent naturel, d'autres auteurs comme N. Sindzingre (1984) et A. Zemleni (1985) ont montré qu'il s'accompagnait d'une assez grande plasticité : en l'occurrence qu'il n'y avait pas de rapport strictement univoque entre tel type de maladie et tel modèle étiologique, que l'on pouvait passer, pour interpréter une affection et surtout y remédier, d'un modèle à un autre, et aussi distinguer dans la quête étiologique du mal entre l'agent, la cause et l'origine. C'est précisément cette souplesse qui a permis à la médecine occidentale, sans grande difficulté la plupart du temps, de venir s'ajouter aux « systèmes médicaux traditionnels » ; car si ses diagnostics et ses remèdes ont pu au départ les surprendre, les malades et les sociétés « indigènes » ont été à son égard très pragmatiques, y trouvant des étiologies et surtout une efficacité thérapeutique qui, sans abolir la valeur de leurs traditions, pouvaient être au contraire compatibles avec elles.*

*Dans le texte qu'il nous propose ici, J.-P. O. de Sardan va plus loin dans la démonstration de cette plasticité. Au Niger, en milieu songhay-zarma, deux termes, weyno et yeyni, correspondent à des maladies, ou plutôt à des maux fréquemment cités ; ressortissant tout à fait à la notion de sickness telle qu'elle fut définie par Young, weyno et yeyni mobilisent des représentations du corps, des qualités comme le chaud et le froid et de très nombreux savoirs thérapeutiques. Toutefois, ce qui les caractérise*

*surtout, c'est le fait à la fois de regrouper une grande variété de symptômes (les rendant inaccessibles à la nosologie biomédicale), d'être pris dans de vastes réseaux sémantiques et d'échapper aux grands modèles étiologiques évoqués plus haut ; ni « maladie-persécution », ni « maladie-sanction », ils sont « des maladies de Dieu » nommées ainsi au Niger, mais plus généralement en Afrique et ailleurs. Tout se passe comme si ces termes véhiculaient un excès de sens et n'aboutissaient à Dieu que pour mieux les situer hors des codes magico-religieux locaux et les rabattre sur l'ordre prosaïque de la fatalité qu'on pourrait aussi bien nommer l'ordre naturel. J.-P. O. de Sardan nous dit que weyno et yeyni relèvent de configurations fluides, qu'ils ne suscitent aucune imputation particulière et ne relèvent aucunement du domaine magico-religieux ; ce qui le conduit d'une part à préciser que ces deux termes témoignent d'une distinction interne (émique) à la société entre les maladies susceptibles de ressortir à ce domaine et celles qui s'en écartent, d'autre part à considérer que l'anthropologie avait été trop encline à ne voir dans les conceptions traditionnelles de la maladie que l'illustration de systèmes de pensée pétris de magie et de religion, de persécution ou de sanction, se laissant aller du même coup à ces débats dont j'ai précédemment évoqué la teneur.*

*Le texte de C. Bougerol croise opportunément celui de J.-P. O. de Sardan. Loin du Niger, nous sommes à la fois aux Antilles et en France, chez des patients et leur famille, originaires de la Guadeloupe ou de la Martinique, frappés d'une maladie génétique et dégénérative, la drépanocytose, dont le foyer serait précisément l'Afrique. C. Bougerol nous propose une lecture anthropologique qui va schématiquement de la « disease », c'est-à-dire de la formulation biomédicale du signifiant « drépanocytose », à la « sickness », en l'occurrence aux catégories nosologiques proprement antillaises dans lesquelles paraît s'intégrer cette maladie génétique. Présente de longue date aux Antilles, occasionnant des troubles cliniques dès le plus jeune âge, la drépanocytose semble avoir relevé de deux catégories, l'« anémie » et la « bière ». Si la première paraît se distinguer de la seconde (la « bière » étant un terme ancien dont la signification est désormais perdue) en ce qu'elle ressortit également au langage médical, ces deux catégories correspondent effectivement à des dénominations locales avec leurs représentations et leurs prises en charge spécifiques. Toutefois, comme le weyno et le yeyni nigériens, elles sont l'illustration de conceptions prosaïques ou naturelles de la maladie qui n'appellent pas de causalité magico-religieuse, notamment d'explication par la malédiction qui est une composante importante de l'étiologie du mal aux Antilles.*

*En faisant, par ailleurs, retour sur la « disease », très précisément sur la drépanocytose telle qu'elle est vécue aujourd'hui par des malades*

*antillais et leur entourage vivant en Métropole, C. Bougerol met en évidence de très nettes insuffisances dans sa prise en charge sociale et symbolique. Si le fait d'être désignée comme une maladie génétique est le gage même du progrès scientifique permettant, dans l'attente d'un remède (thérapie génétique), une amélioration de l'espérance et de la qualité de vie des personnes atteintes, la drépanocytose suscite malgré tout en Métropole des incompréhensions et des problèmes que ne provoquaient pas aux Antilles l'« anémie » et la « bière » ; ainsi, étant une maladie qui touche essentiellement les populations « noires », la drépanocytose fait l'objet d'un certain ostracisme. Connue des seuls spécialistes et des médecins traitants, elle est ignorée du grand public et parfois assimilée, comme « maladie du sang », au sida. Le manque, c'est la faiblesse d'une représentation sociale spécifique de la drépanocytose, d'une production de sens qui excède le savoir strictement biomédical. Mais le danger, également, c'est qu'en l'absence de reconnaissance sociale de la drépanocytose et des drépanocytaires, se glissent des représentations qui n'avaient pas cours pour l'« anémie » ou la « bière », en l'occurrence celles liées à la malédiction ; car en recherchant dans les familles antillaises des lignées de drépanocytaires, la médecine, à son insu et paradoxalement, pourrait contribuer à faire de ses théories de l'hérédité le tremplin d'une causalité magique ou d'une explication en terme de persécution qui n'avait pas cours jusqu'alors.*

*Avec les textes de S. Fainzang et de D. Decourchelle, bien que nous soyons loin de toute référence exotique, l'anthropologie de la maladie n'en trouve pas moins sa pleine justification. Par contraste avec les analyses de C. Bougerol qui soulignaient l'insuffisante prise en charge sociale et symbolique de la drépanocytose en tant que maladie génétique, celles qu'ils proposent respectivement sur l'alcoolisme et la surdité révèlent une très forte production de sens, comme une construction socioculturelle (sickness) de ces deux maladies ou de ces deux handicaps au sein de la société française. Différentes assurément l'une de l'autre, l'alcoolisme mettant plutôt en jeu des facteurs extérieurs (encore qu'on puisse y déceler des facteurs génétiques) et la surdité (  tudi  e ici chez des adolescents) relevant de facteurs héréditaires, ces deux « maladies » présentent plusieurs points communs. Outre qu'elles concernent des populations importantes, l'une et l'autre ont suscité la création de plusieurs associations militantes qui sont le lieu de productions discursives et de revendications sociales et idéologiques (ce que la drépanocytose précisément n'a pas encore pu susciter). S'il faut bien sûr distinguer entre des associations « anti-alcooliques » travaillant à supprimer la dépendance de leurs membres et des associations de sourds qui militent plutôt pour un droit à*

*la différence sur la base notamment du langage des signes, il reste que toutes sont des lieux de fabrication identitaire instruisant des représentations spécifiques de la société et du monde. Tandis que l'association étudiée par S. Fainzang tient la société et ses injustices pour responsable de l'alcoolisme, les associations de sourds auxquelles fait référence D. Decourchelle tendent à partager le monde entre entendants et non-entendants, deux « moitiés » quasi-ethniques que la société globale devrait assumer comme telles avec leurs codes langagiers spécifiques. Mais ce qui fait se rapprocher encore davantage les deux textes, c'est que tout en soulignant l'un et l'autre la forte prégnance des constructions identitaires, celles-ci sont contrebalancées par une assez grande souplesse d'interprétation. À l'instar des études sur l'étiologie des maladies dans les sociétés africaines qui ont révélé des glissements d'imputation causale, S. Fainzang montre que si les adeptes de l'association adhèrent peu ou prou à son discours doctrinal suivant lequel la société est à l'origine de l'alcoolisme, nombre d'entre eux invoquent d'autres causes comme les problèmes familiaux ou l'habitude, et, spécifiquement pour les femmes, la « dépression » ; et certains, faute de pouvoir parvenir à identifier la cause véritablement efficiente, la trouvent finalement dans le seul agent qui soit tangible, dans l'alcool lui-même qui devient ainsi le sujet maléfique vis-à-vis duquel la seule parade est de ne céder à aucune de ses tentations. D. Decourchelle, de son côté, indique que les jeunes sourds n'épousent en fait que très partiellement la revendication et le repli identitaire des associations ; celles-ci sont avant tout pour eux des pôles de référence ou des refuges possibles, mais ne doivent pas les obliger à rester entre sourds communiquant dans leur propre langage et les empêcher de fréquenter les entendants.*

*Au total, l'ensemble de ces textes dessine une certaine unité anthropologique. Par-delà les distinctions classiques entre sociétés occidentales et non-occidentales, modernes et traditionnelles, et surtout entre pensée scientifique et pensée magico-religieuse, ils tissent entre eux des fils qui donnent une plus large extension à l'anthropologie de la maladie et donnent un air de famille à des étiologies, à des représentations émanant de sociétés réputées par ailleurs différentes. Tandis que l'ordre de la causalité magico-religieuse n'épuise pas l'ensemble des interprétations de la maladie dans une société africaine, et est manifestement compatible avec des « représentations prosaïques », l'ordre du savoir ou de la prise en charge biomédicale, dans un pays développé comme la France, ne parvient pas à contenir le surgissement et la quête de sens (C. Herzlich, 1984) qu'engendrent la souffrance, la maladie ou le handicap. Ce chassé-croisé produit donc un effet de rapprochement, mais un rapprochement qui concerne moins des systèmes de pensée ou des visions du monde (au croi-*

*sement desquelles on peut effectivement toujours identifier un « noyau rationnel ») que des usages sociaux plus pragmatiques de la maladie. À cet égard, même si les textes n'en font que secondairement état, le pluralisme thérapeutique, qui est partout à l'ordre du jour, constitue un bon exemple de rapprochement sur ce terrain pragmatique. En Afrique, les formations de la biomédecine, bien que « fonctionnant » assez mal, coexistent avec une grande variété de « médecines traditionnelles », et en France la médecine libérale ou publique, qui « fonctionne » assurément beaucoup mieux et qui occasionne de si colossales dépenses, ne peut empêcher le développement de « médecines parallèles », « alternatives » ou « douces » et de recours thérapeutiques reposant sur la prière collective. Je serais du reste assez tenté de dire que plus la biomédecine peaufine la « disease » en accomplissant des progrès spectaculaires, plus elle relance la quête de sens et les constructions sociales de la maladie (sickness) que peuvent précisément s'approprier ou infléchir à leur avantage les autres « médecines ». Sous ce rapport, le développement de la génétique dont les promesses de thérapie (thérapigénie) pourraient faire croire à un bouclage du sens de la maladie autour de ses seuls « rendements cognitifs » et de ses seuls gains d'efficacité, ne laisse de soulever des problèmes et des dilemmes dont on peut mesurer l'ampleur à travers la multiplication des comités d'éthique. En redéfinissant les maladies (outre les maladies proprement génétiques, la plupart ont ou auront une composante génétique), la génétique redéfinit également les identités individuelles, les rapports à soi et aux autres mais n'est guère en mesure de prendre en charge sur le plan social et symbolique de telles implications. Dans ces conditions, on peut aisément parier que l'anthropologie de la maladie connaîtra dans les années à venir de larges développements et que les analyses qu'elle a conduites auprès des sociétés traditionnelles ne cesseront de rebondir et de s'enrichir grâce aux avancées de la biomédecine.*

J.-P. Dozon  
ORSTOM/EHESS

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement. In : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé, C. Herzlich, édés, Paris, Éditions des Archives contemporaines, Ordres sociaux, p.35-92.

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

Durkheim E., 1912, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, PUF, 1968.

Fainzang S., 1989, Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste, *Cahiers de l'Homme*.

Foster G.M., 1976, Disease etiologies in non-western medical systems, *American Anthropologist*, 78 (4), p.773-782.

Goody J., 1977, *The Domestication of the savage mind*, Cambridge University Press. Trad. française, *La raison graphique, la domestication de la pensée sauvage*, Les Éd. de Minuit, 1979.

Herzlic C., 1984, Médecine moderne et quête de sens : la maladie comme signifiant social. In : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie*, M. Augé, C. Herzlich, édés, Paris, Éditions des Archives contemporaines, Ordres sociaux, p.189-215.

Horton R., 1967, African traditional thought and western sciences, I et II, *Africa*, 37, p. 50-71 et 155-187.

Horton R., 1982, Tradition and modernity revisited. In : *Rationality and Relativism*, M. Hollis et S. Lucks, eds, Oxford, Blackwell, p. 201-260. Trad. française : *La pensée métisse. Croyances africaines et rationalité occidentale en questions*, PUF, Paris, Cahiers de l'I.U.E.D, Genève, 1990, p.69-124.

Rivers W.H.R., 1924, *Medicine, magic and religion*, Londres, Paul Kegan.

Sindzingre N., 1984, La nécessité du sens. In : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie*, M. Augé, C. Herzlich, édés, Paris, Éditions des Archives contemporaines, Ordres sociaux, p. 93-122.

Zempléni A., 1985, La maladie et ses causes : introduction. In : *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, n° spécial de *L'Ethnographie*, n° 96-97, p. 13-44.



# La logique de la nomination

## Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger

Jean-Pierre Olivier de Sardan\*

**Résumé.** Dans les représentations populaires de la santé et de la maladie (ici appréhendées en référence à une étude de cas au Niger), il convient de distinguer différents niveaux de discours. Le langage des symptômes diffère de celui des entités nosologiques populaires. Ce dernier registre fait intervenir soit une logique de l'imputation (renvoyant à des agents humains ou surnaturels), soit une logique de la nomination qui regroupe des symptômes derrière un nom de maladie. Mais cette dernière n'est pas nécessairement sous-tendue par des théories autochtones ou des structures symboliques fortes. Les représentations de la maladie sont souvent fluides et prosaïques, sans être pour autant désorganisées. Le modèle populaire songhay-zarma de *weyno* en témoigne : une maladie « interne » plus ou moins congénitale, censée avoir pour base le bas-ventre, et qui regroupe toutes sortes de symptômes variés, peut s'extérioriser ailleurs dans le corps. Son « activation » met en valeur l'importance de l'alimentation et de l'excrétion dans les conceptions songhay-zarma de la santé et de la maladie.

Dans la culture populaire songhay-zarma, deux « maladies » sont particulièrement évoquées, *yeyni* et *weyno*. Elles tiennent une place centrale dans les représentations et pratiques quotidiennes en matière de santé et de thérapie. Toutes deux ne sont pas sans poser de problèmes : on s'en plaint souvent, on les soigne beaucoup, pour l'essentiel à partir de recettes

\* Jean-Pierre Olivier de Sardan, anthropologue, SHADYC (EHESS-CNRS), 2 rue de la Charité, 13002 Marseille.

locales, sans jamais les guérir vraiment. De plus, d'un point de vue biomédical, elles semblent recouvrir en fait des pathologies fort diverses, et souvent complexes. L'analyse des représentations populaires associées à ces deux termes, et en particulier à *weyno*, va nous permettre de déboucher sur plusieurs séries de questions : quelle place *yeyni* et *weyno* tiennent-ils dans les représentations sociales de la maladie au sein de la culture songhay-zarma ? Quelles leçons en tirer en matière d'anthropologie de la santé ? Comment rendre compte de ce que nombre de représentations, dans le champ thérapeutique comme dans d'autres domaines, sont des configurations « fluides » (elles ne sont pas « cristallisées » en théories ou en système) ou de ce qu'elles ont un caractère « prosaïque » (elles ne mobilisent pas de conceptions magico-religieuses) ?

Pour répondre à ces diverses questions, nous serons amenés à proposer quelques distinctions qui, bien que formulées à partir de données de terrain relatives à la culture songhay-zarma, nous semblent avoir une pertinence analytique plus générale : en particulier la distinction entre langage des symptômes et diagnostic populaire, ou la distinction entre logique de la nomination (celle des entités nosologiques populaires) et logique de l'imputation (celle des étiologies magico-religieuses).

### **Langage des maux et nomination des maladies**

À qui ne s'intéresse pas à la langue, ou à un traducteur pressé (ce qui est souvent le cas), *yeyni* apparaîtra de prime abord comme connotant des douleurs aux articulations des jambes et des bras, et donc sera traduit par « rhumatisme articulaire ». Quant à *weyno*, cela évoquera tantôt des hémorroïdes, tantôt diverses douleurs du bas ventre. Au départ de l'enquête nous pensions certes que les choses étaient nettement moins simples, ce qui s'est aisément vérifié (1). Mais l'une de nos hypothèses était que les infirmiers, peu soucieux quant à eux de la complexité sémantique du songhay-zarma, et souvent fort expéditifs dans leurs consultations, étaient tentés d'établir des diagnostics sur la base d'équivalences hâtives zarma/français (*yeyni* = rhumatismes, *weyno* = hémorroïdes). Par ailleurs, le rapproche-

(1) Cet article a pour base une enquête effectuée à la demande de Y. Jaffré, et financée par le projet d'éducation pour la santé (Ministère de la Santé du Niger et Coopération française) dont il est responsable. Il doit beaucoup aux discussions avec lui. Je remercie également pour leurs remarques T. Berche, D. Bonnet, D. Fassin, D. Laya, C. Pairault, et M. Tidjani.

ment était *a priori* tentant entre l'existence attestée dans les cultures sahé-liennes d'oppositions chaud/froid en ce qui concerne maladies, aliments ou traitements (parmi d'autres oppositions plus ou moins activées selon les cultures ; cf. Héritier-Augé, 1987), et le fait que *weyno* signifie aussi « soleil » et que *yeyni* signifie aussi « fraîcheur » : nous avons là une seconde hypothèse.

Mais ces deux hypothèses se sont rapidement effondrées...

1) Lors des consultations au dispensaire (qui restent le seul rapport à l'appareil de santé publique pour la grande majorité de la population), nous avons pu observer que les patients ne nomment pas leurs maladies (autrement dit ils ne procèdent pas à un auto-diagnostic devant l'infirmier), mais ils disent leurs douleurs. C'est le langage des symptômes qui est utilisé, et non celui de la nosologie populaire (qui existe par ailleurs). Autrement dit, si on peut dire à un parent « j'ai du *yeyni* », ou « j'ai du *weyno* », on dira à l'infirmier : « j'ai mal aux genoux », ou « j'ai mal au ventre »...

Ce langage des maux est essentiellement descriptif, et donc se situe dans un registre résolument empirique. Il associe en général une zone anatomique et une sensation. La partie de l'énoncé connotant la sensation est souvent, comme dans toute langue, d'ordre métaphorique (cf. « les yeux me brûlent », *ay mooyey ga ay ton*). Cependant tout l'énoncé peut être métaphorique (le support anatomique comme la sensation), en particulier dès lors qu'il s'agit de sensations diffuses, sans localisation précise : « ma moelle est morte » (*ay londey bu*), « je n'ai plus de sang » (*kuro ben ay gaa*), c'est-à-dire « je n'ai plus de force, je suis épuisé »... De telles expressions n'ont pas de visée explicative et ne prétendent pas à un statut de diagnostic (pas plus par exemple que le cœur n'est l'organe incriminé dans l'expression française « j'ai un haut le cœur »...). Il ne faudrait donc pas y voir une « théorie » quelconque imputant les troubles constatés à une disparition de la moelle ou du sang, alors qu'il ne s'agit que d'expressions rendant compte de la fatigue ou de l'affaiblissement du sujet. La tentation est grande, en anthropologie, de prendre au pied de la lettre ce qui n'est souvent que métaphore pour les locuteurs (2). Or, dans le domaine du langage populaire sur la maladie et la santé, les métaphores abondent. Ne risque-t-on pas d'y voir indûment des « théories indigènes » ? Le problème n'est pas simple. Ainsi Zempléni souligne que l'utilisation de métaphores ou de métonymies n'implique pas nécessairement un lien causal (Zempléni, 1985, 31-32). Mais il accorde en fait une fonction souvent explicative à

(2) Cf. Keesing, 1985, ainsi que certains des commentaires que son article a suscités (Boyer, 1990 ; Olivier de Sardan, 1992)

la métaphore ou à la métonymie. Toutefois ses exemples sont pris dans des sociétés africaines fort différentes de celle qui est ici évoquée.

2) Quant aux rapprochements *weyno* = maladie / *weyno* = soleil et *yeyni* = maladie / *yeyni* = fraîcheur, après entretiens répétés auprès de « guérisseurs » comme de simples villageois, il fallut se rendre à l'évidence : aucune « théorie indigène » ne s'y dissimulait, et pour tous nos interlocuteurs sans exception il s'agissait là de simples homophones. *Weyno* n'avait pas plus de lien symbolique avec le soleil que *yeyni* avec la fraîcheur...

« Si l'on dit que un tel est atteint de *yeyni*, ce n'est pas qu'il ressent du froid, c'est simplement la langue zarma qui appelle cela "yeyni" » (M) (3).

« Le *weyno* du ventre n'a rien à voir avec le soleil que Dieu a créé, il est situé dans les intestins, c'est une maladie » (H).

Rien n'empêche certes de penser que dans d'autres parlers songhay-zarma la situation sémantique serait différente : on ne peut donc exclure qu'ailleurs il soit possible de trouver quelques liens entre *yeyni* et fraîcheur ou entre *weyno* et soleil. On nous a ainsi signalé, vers Gourma Rharous (Mali), la nomination d'une forme particulière de *weyno*, *yesis*, associée à une exposition excessive au soleil (4). Mais un tel lien semble avant tout d'ordre étiologique-empirique, comme le fait que le froid, de son côté, est à l'origine évidente de maux et de douleurs divers et n'est pas sans rapports avec les rhumatismes (5). Cela ne témoigne pas pour autant d'une interaction symbolique majeure. On peut certes supposer l'existence d'un lien symbolique ancien aujourd'hui disparu (comme l'on peut aussi y voir une influence de la culture touareg et du rôle qu'y joue la dichotomie chaud/froid [cf. par exemple Randall, 1993]) ; mais c'est là pure conjecture. Il peut y avoir des cultures sans système symbolique interprétatif généralisé, comme il peut y avoir des cultures sans mythologies complexes (Boyer, 1989). Et il ne s'agit pas nécessairement d'une dégradation, d'une involution par rapport à un état antérieur, comme le laisse entendre Augé, lorsqu'il impute l'absence dans certaines cultures africaines d'un système d'oppositions symboliques (système qu'il nomme, dans une perspective structuraliste, une « logique des différences ») à un « affaiblissement » d'une cohérence symbolique première (Augé, 1984). Il se pourrait toutefois que la présence à long terme de l'Islam (comme

(3) Les initiales renvoient à un index des informateurs cités situé en fin d'article.

(4) Communication personnelle de Younoussou Touré.

(5) Est-ce dans ce même registre qu'il faut situer le propos d'une informatrice citée par Jaffré selon lequel, lorsqu'une femme enceinte dort dans la fraîcheur, son enfant risquera d'avoir du *yeyni* (Jaffré, 1993, p. 119) ?

c'est le cas dans les régions songhay-zarma étudiées) ait entraîné un tel affaiblissement. Mais à ce jour, si rien n'interdit d'avancer une telle hypothèse, rien ne permet véritablement de l'étayer.

Ce qui est sûr, en tout cas, c'est que, aujourd'hui, le processus de nomination des maladies en songhay-zarma est perçu comme relevant très généralement de classifications prosaïques :

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

### **Proposition 1**

*Le « langage des maux » n'est pas le langage des maladies. Dans les représentations populaires en matière de maladie, il convient de distinguer ces deux niveaux. Le langage descriptif des symptômes (symptomatologie populaire) n'incorpore pas, malgré certaines apparences, d'hypothèses causales ou biologiques, contrairement à l'acte de nomination d'une maladie (nosologie populaire). Les modes populaires d'évocation du mal corporel et d'énonciation des symptômes relèvent d'un registre descriptif-empirique alors que les modes populaires de regroupement des symptômes en une entité et d'énonciation d'une « maladie » relèvent d'un registre interprétatif-hypothétique. Symptomatologie populaire et nosologie populaire ne se confondent pas. En matière de maladie, toute nomination est non seulement un acte de langage performatif, qui fait exister ce qu'il nomme, c'est aussi un diagnostic (et donc potentiellement un schéma de traitement). Le malade, face à un spécialiste, ne se sent pas la compétence de la nomination. C'est bien en raison de ce contenu spéculatif de toute nomination que, face à ces experts en nomination que sont les spécialistes thérapeutiques de tous ordres, les patients se limitent au langage des maux et se gardent de regrouper leurs douleurs sous un nom unique. C'est le langage des maux qui constitue le premier rapport linguistique et social à la maladie, et c'est lui qui sert de base à l'interaction entre populations et services de santé (6).*

(6) De ce fait, les situations de diagnostic et d'interrogatoire du malade ne posent pas tant de problèmes du fait des patients, contrairement aux clichés sur les « blocages culturels » ou aux dogmes de l'éducation pour la santé (les patients ont en fait une claire maîtrise de la description empirique des symptômes pour peu qu'on les interroge), que du côté des infirmiers en général ni formés ni disposés à procéder à une écoute du malade...

On retrouve d'ailleurs cette même prudence, c'est-à-dire le recours au seul langage des symptômes, lorsque les patients consultent auprès d'un prêtre des génies (zimma), ou d'un guérisseur quelconque. Ils laissent au spécialiste la responsabilité entière du diagnostic, c'est-à-dire de l'énonciation d'une entité nosologique responsable du mal. Par contre, hors spécialistes, dans le domaine de l'automédication, au cœur des réseaux familiaux ou de voisinage, le recours à la nosologie populaire est fréquent.

### **Proposition 2**

*Il ne faut pas sous-estimer les pièges de la sur-interprétation anthropologique dès lors que les anthropologues s'intéressent à certains types de représentations dites collectives, en particulier celles qui semblent véhiculer des connotations symboliques, que ce soit dans le langage des maux ou dans le langage des maladies : combien de commentaires ethnologiques ou ethno-philosophiques prétendant rendre compte des catégories de pensée indigènes ne se sont-ils pas édifiés sur un malentendu autour d'une métaphore, ou sur des rapprochements au moins aussi ténus que weyno = maladie = soleil, sans que les exégètes ne prennent la peine ou n'aient les moyens de vérifier quels rapprochements faisaient sens, pour quels locuteurs et dans quelles situations (le recours à un interprète, et plus encore à un informateur unique, n'arrange rien à l'affaire, en particulier dès lors qu'on travaille sur des représentations fines)! Certes les témoignages irrécusables abondent dans la littérature anthropologique de nosologies populaires fondées sur des oppositions structurales et mettant en scène de fortes valeurs symboliques ajoutées. Mais on ne saurait y voir, loin de là, la loi générale de tout système nosologique populaire en Afrique.*

Essayons donc de rendre compte des représentations de *yeyni* et de *weyno* en restant au plus près des acceptions courantes de ces termes (7).

(7) S'il est vrai que les énoncés dépendent pour beaucoup des situations d'énonciations, peut-être faut-il rendre compte des conditions de recueil du corpus d'entretiens utilisés ici (et dont seuls de très brefs extraits ont été cités) : ces entretiens ont été enregistrés en songhay-zarma dans 2 villages, Koutoukalé et Sassalé, situés respectivement à 40 km et 150 km au Nord de Niamey, ainsi que dans un quartier populaire de Niamey, Yantala, avec des personnes de statuts variés, mais dont aucune ne parle français, et que pour partie je connaissais déjà : simples paysans et paysannes, chômeurs, mères de famille, adeptes ou « prêtres » des génies, marabout. La recherche de variantes, de divergences, était de ma part systématique. Ce qui est présenté ici comme « représentations songhay-zarma » doit donc être entendu dans le sens limité de la zone Niamey-Tillabéry, en milieu paysan/populaire, et correspond à un accord général de tous les interviewés. Dès qu'il y a différentes versions, ou un point de vue particulier, cela sera indiqué. Par ailleurs les transcriptions originales en songhay-zarma des extraits d'entretiens ici présentés dans leurs traductions françaises sont disponibles auprès de l'auteur (SHADYC, EHESS-CNRS, Centre de la Vieille Charité, 13 002 Marseille).

## *Yeyni*

Nous sommes d'emblée dans le paradoxe : non seulement *yeyni*-maladie se distingue clairement de *yeyni*-fraîcheur, mais encore *yeyni*-maladie recouvre en fait deux (et parfois trois) ensembles de symptômes très distincts, qui n'ont apparemment aucun rapport entre eux. Or rien, dans les discours locaux, ne permet de comprendre pourquoi ces formes sont regroupées sous un même nom.

« Il y a deux *yeyni* ; le *yeyni fara* (*fara* = fendre) est à part, celui qui "fend" ; et le *yeyni fuusu* (*fuusu* = gonfler) est à part, c'est aussi *yeyni*, mais il fait gonfler » (G).

a) *yeyni fara* (le *yeyni* qui « fend ») est la forme la plus fréquente. Il s'agit bien de douleurs persistantes censées provenir des « os » (on évoque parfois la moelle, *lonidi*), localisées dans les membres, qui ne sont pas sans évoquer le rhumatisme articulaire.

« *Yeyni fara*, cela déchire les os, cela fait beaucoup souffrir, certaines personnes ne peuvent marcher que pliées en deux ; d'autres, s'ils ont une crise de *yeyni* (litt. : si le *yeyni* se lève), ne pourront marcher qu'en boitant. *Yeyni fara*, c'est là le *yeyni* qui dure, si quelqu'un est victime de ce *yeyni* cela n'aura pas de fin » (C).

Le sentiment que cette maladie ne peut être définitivement guérie est largement partagé. Il existe cependant des traitements « traditionnels », censés apporter une rémission ou un soulagement : ligaturer les membres au-dessus et au-dessous des endroits douloureux ; procéder à des attouchements avec un fer chauffé au rouge (*kagatu*) ; placer des ventouses ; s'immerger jusqu'au cou pendant un certain temps dans l'eau du fleuve...

b) *Yeyni fuusu* (le *yeyni* qui « gonfle ») concerne, quant à lui, la chair, par opposition au *yeyni fara* qui est localisé dans l'os. Ce gonflement (de type chronique ou récurrent) est situé soit dans les membres, soit dans le ventre. Il peut évoquer œdèmes comme hernies...

« Le *yeyni* qui fait gonfler pénètre dans la chair, seuls les Blancs peuvent ouvrir pour l'enlever » (A).

Un traitement traditionnel, le *garbal*, est en voie de disparition :

« Pour "mettre le *garbal*", on doit se procurer un canari neuf, une calbasse neuve, une cuillère neuve, un plat neuf, une marmite en terre cuite neuve. Il faut construire une case à part et la fermer avec une porte en sécots. Il faut chercher du minerai de fer, une sorte d'oscille sauvage (*warow*), un

fer de houe rongé par l'usure, les mettre dans la marmite avec de l'eau, et poser la marmite sur le feu, dans la case où on a enfermé le malade. Celui-ci doit rester à l'intérieur, on lui a creusé un trou pour ses besoins, il ne doit rien boire que l'eau de la marmite, l'eau du *garbal*, encore chaude, pour qu'il transpire. Pour ses repas, la pileuse qui prépare pour lui et lui donne à manger ne doit pas parler jusqu'à ce que le malade ait fini de manger sa préparation. Il est seul dans la case. Elle doit le masser avec de l'huile de sésame pilé et fraîchement cueilli, après l'avoir lavé avec l'eau de la marmite. Ceci dure sept jours, après les sept jours, si Dieu ne s'y oppose pas, il ira mieux. On ne fait pas le *garbal* pour *yeyni fara*, car le *fara* est dans les os, et cela n'a pas de remède. On le fait pour le *yeyni* du gonflement, celui qui est dans le corps, la chair » (G).

Qu'on ne se méprenne pas : le *garbal*, bien qu'il offre tous les aspects d'un rituel, n'est pas perçu comme un acte « magico-religieux ». D'une part, tant les éléments qui le composent que sa configuration d'ensemble ne donnent lieu à aucune interprétation symbolique locale. Il fonctionne en quelque sorte comme une recette dont on ne connaîtrait ni les origines ni le pourquoi. D'autre part, il s'agit certes d'une thérapie traditionnelle, mais dont les spécialistes ne sont pas des « guérisseurs-magiciens », et qui n'inclut pas les critères par lesquels on pourrait proposer une définition populaire songhay-zarma des pratiques magiques. Ces critères « émiques » de la magie en songhay-zarma existent en effet de façon très claire : on parlera de « cracher » (*tufa*), c'est-à-dire projeter avec la bouche une décoction végétale secrète, ou d'utiliser « les paroles de la bouche » (*mee senni*), c'est-à-dire prononcer des incantations elles-aussi secrètes, ou de recourir à un « charme magique » (*kotte*) (8). Il n'y a pas dans le *garbal* proprement dit de « charme magique » (ou, s'il y a eu un arrière-plan magique ancien à cette sorte de rituel, il a bel et bien disparu pour nos interlocuteurs).

« Le *garbal*, ce n'est pas un "médicament de *zimma*" (*zimma* = prêtre des génies de possession) ; il y a beaucoup de médicaments qui ne sont pas des médicaments de *zimma*, comme le *garbal*, ou le traitement contre la lèpre, ou celui contre les démangeaisons ; il ne s'agit que d'Africains qui ont quelques connaissances, ils connaissent les plantes, ils soignent... Il n'y a pas là de charmes magiques (*kotte*) » (G).

De façon générale, on opposera en songhay-zarma ce qui relève de la magie (*kotte* : « charme magique » ; *mee senni* : « incantation » ; *tufa* : « cracher »), et ce qui relève de la simple phytothérapie (*tuurize* : « produit végétal », littéralement « enfant d'arbre »).

---

(8) Cf. Rouch, 1960 et Olivier de Sardan, 1982, article *kotte*.

« Les plantes (*tuuri* : arbre) n'ont rien à voir avec les incantations (*mee senni*), il ne s'agit que de simples connaissances (*beyrey* : connaissance, savoir). Le *weyno* et le *yeyni* se soignent par les plantes sans recourir à des charmes magiques (*kotte*), il suffit de connaître les plantes qui conviennent » (AA).

Bien sûr cette opposition ne doit pas être poussée à l'extrême : la plupart des préparations « magiques » sont aussi à base de plantes, mais de plantes dont l'efficacité exige impérativement la mise en œuvre de gestes rituels et d'incantations diverses (inversement il existe des traitements « non magiques » sans plantes, comme le *garbal...*). D'autre part tout spécialiste profane (le mécanicien comme le phytothérapeute, le tisserand comme le rebouteux) n'est pas sans disposer « en plus » de protections magiques (ces fameux « gris-gris » et autres « amulettes » de la littérature exotique), qui, s'ils ne se substituent pas aux compétences et ne tiennent pas lieu de savoir-faire, garantissent cependant une meilleure mise en œuvre de ceux-ci. Les savoir-faire d'ordre prosaïque ont tout à gagner d'être accompagnés de protections magiques : c'est un bonus, une garantie. Mais ces savoir-faire restent cependant, dans les représentations populaires, des savoir-faire prosaïques. Chacun sait faire la distinction entre les espaces de la compétence prosaïque (qu'ils soient ou non garantis « magiquement » en amont ou en aval) et les espaces de la compétence magique proprement dite. La distinction magique/non-magique utilisée ici est une donnée « émique ». Il ne faut donc pas la confondre avec l'opposition entre savoir magique (ou magico-religieux) et savoir rationnel (cf. *infra*), récurrente dans la tradition anthropologique en général et dans l'anthropologie de la maladie en particulier, qui relève de propositions interprétatives contestables, de l'ordre du « grand partage » (cf. Augé, 1984, 1986).

### Proposition 3

*Beaucoup d'actes thérapeutiques dits traditionnels relèvent de l'espace de la compétence prosaïque. Parmi ceux-ci il faut ranger de nombreuses pratiques qui, pour l'observateur occidental, sembleraient relever d'une conception magico-religieuse de la thérapeutique et qui sont en fait conçues par les intéressés comme relevant de thérapies prosaïques, c'est-à-dire sans intervention d'agents ou de forces surnaturelles, et n'incorporant pas de techniques magiques au sens qu'a ce terme pour les populations locales. Ces pratiques n'ont souvent pas de théorie, elles ne reposent pas sur des schèmes explicatifs, mais sur une simple réputation d'efficacité.*

D'un point de vue biomédical, certains de ces traitements locaux (qu'il s'agisse de « remèdes de grand-mère » ou de techniques de spécialistes, c'est-à-dire de guérisseurs) seraient parfois considérés comme effi-

caces, soit en raison de la présence de principes actifs liés aux recours aux plantes, soit en tenant compte d'éventuels effets placebo ; par contre, d'autres apparaîtraient comme totalement inefficaces (comme le *garbal*), voire contre-indiqués (ce qui devrait permettre d'être réservé face à toute revalorisation trop systématique des « tradipraticiens »...). Mais il n'en reste pas moins que, du point de vue du sens commun songhay-zarma, il s'agit là de simples savoir-faire à vocation empirique et sans prétention magico-religieuse aucune...

c) Une troisième forme de *yeyni*, dite en général *gunde yeyni* (= *yeyni* du ventre), est aussi évoquée. Elle concerne des douleurs au ventre, qui ne sont pas nécessairement associées à un ballonnement. Cette troisième forme de *yeyni* peut se déplacer ailleurs dans le corps, bien que le ventre soit son point d'attache. D'où certaines difficultés à différencier parfois *yeyni fuusu* et *gunde yeyni*.

« Il y a un *yeyni* dans le ventre, qui le fait devenir gros comme ça, cela peut bouger à l'intérieur de ton ventre, d'un côté ou de l'autre ; parfois cela peut aller dans ton corps, parfois cela peut attraper tes jambes, et les faire comme éclater, cela peut pincer tes pieds, cela peut aussi s'installer dans ton ventre et le pincer, tu ne peux plus marcher, tu passes ta journée à gémir, cela ne finit pas, quels que soient les soins que l'on t'administre » (Rf).

« C'est le "yeyni du ventre" qui peut "descendre" (*zumbu*) dans les testicules et les faire gonfler : c'est du *yeyni*, mais seuls les Blancs peuvent faire quelque chose » (J).

C'est avec *gunde yeyni* que s'opère le lien avec *weyno*. Le ventre est le facteur commun (on se rappellera que *weyno* évoque des douleurs dans le bas-ventre). Tantôt *weyno* est présenté comme la « mère » de *yeyni*, tantôt *yeyni* comme la « mère » de *weyno*.

« Il y a aussi le *yeyni* qui est dans ton ventre, celui qui bouge dans ton ventre comme si tu attendais un enfant, si ce *yeyni* là reste avec toi comme s'il s'était marié avec toi, s'il prend trop ton ventre, alors il se transforme en *weyno* ; c'est *yeyni* la mère du *weyno* » (G).

« Il y a un *yeyni* qui n'est pas *yeyni fara*, et qui est l'enfant de *weyno*, cela peut circuler partout dans ton corps ; un *weyno* qui dure et qui reste caché, cela devient *yeyni*, une forme mauvaise de *yeyni*, qui pénètre partout » (C).

« *Weyno* et *yeyni*, c'est la même chose, *weyno* n'est rien d'autre que *yeyni* » (A).

Si tout le monde semble d'accord pour signaler l'articulation ou la « parenté » entre ces deux entités, le moins qu'on puisse dire c'est que la nature de cette articulation n'est claire pour personne. Aucune théorie de

la parenté *weyno/yeyni* n'est jamais avancée, bien que le fait de cette parenté semble à chacun évident. Cependant le rapprochement, aussi vague et flou soit-il, de ces deux notions nous mettra, on le verra, sur une piste : celui du rôle central accordé au système digestif dans les pathologies.

### **Weyno : bas-ventre et externalisations**

L'accord est unanime : *weyno* a son origine dans le bas-ventre :

« *Weyno* est sous le nombril, c'est sous le nombril et dans le bas du dos ; si ton dos te fait mal, si ton "sous-nombril" te fait mal, c'est *weyno* » (J).

« On sent le *weyno* sous le nombril. Mais, s'il est resté là longtemps, il va se répandre dans tout le corps » (AA).

Cette « maladie » interne localisée initialement dans le bas-ventre peut donc « se répandre », « monter », et même « sortir », comme les hémorroïdes, ou encore comme le fait d'uriner du sang, ou d'avoir des pertes.

« Si on a le *weyno*, certains *weyno* s'extériorisent (*fatta* : sortir), parfois cela sortira du côté de l'anus, sous une forme rouge ; d'autres *weyno* ne sortent pas, ils mangent l'intérieur du corps ; il y a beaucoup de sortes de *weyno* ! » (C).

Il y a donc divers « extériorisations » du *weyno*, à partir du bas-ventre, qui parfois constituent autant de *weyno* spécifiques. Ces différents *weyno* sont désignés par leurs « manifestations ». La plupart d'entre-elles restent liées au bas-ventre : les calculs (*tondi* : pierre), le ver solitaire (*gwondi* : serpent), la stérilité et l'impuissance (qui peuvent cependant l'une et l'autre être imputées à d'autres causes).

Cependant l'on va aussi voir se dessiner quelques sous-ensembles, toujours liés à la « sortie » du *weyno* du côté du bas-ventre, mais nommés en tant que tels (et donc fonctionnant comme des entités nosologiques en partie distinctes du *weyno* tout en étant contenues en lui) :

– *Dankanooma* (terme d'origine hawsa, où il correspond à peu près à *weyno*) désigne plus précisément les hémorroïdes (9).

(9) Les traitements locaux, classiques et assez standardisés, relèvent de deux principes : l'ingestion de préparations végétales, et le massage. Le massage de l'anus (*leele*) est une technique particulière, que seuls certaines personnes pratiquent (du type « savoir de grand-mère »). On utilise souvent pour cela une préparation de *safun solo*, ce médicament très commun au Niger contre la plupart des formes de *weyno*, à base de savon (*safun*), de natron (*soso*), de sauce de feuille de baobab (*koofoy*), qui est le plus souvent administré par voie orale. Dans les villages, la bouse de vache est parfois utilisée pour le massage de l'anus. Les hémorroïdes constituent certes une pathologie mineure en termes de santé publique, mais, en termes de pathologie ressentie, c'est manifestement au Niger un problème important pour une grande partie de la population.

« *Dankanooma*, c'est du *weyno*, c'est une sorte de *weyno* qui a grandi et s'est transformé en *dankanooma*, cela fait parfois comme des gros boutons sur l'anus, l'anus se renverse, et devient rouge » (A).

– *Centu*, qui désigne des lésions ou suppurations du pénis, et qui est en général traduit localement par blennorragie (improprement sans doute d'un point de vue strictement médical), est à la frontière du champ sémantique de *weyno*, parfois inclus dans ce champ, parfois placé à l'extérieur.

« *Centu*, c'est une "maladie de femme" (sous-entendu : que transmettent les femmes, expression par laquelle on désigne en général les maladies sexuellement transmissibles), ce n'est pas du *weyno* ; mais il y a certaines formes de *centu* qui viennent de *weyno*, le *weyno* entre là pour devenir *centu* » (J).

« C'est le *weyno* qui provoque le *centu*, car si tu fais l'amour avec une femme qui a du *weyno*, toi qui ne l'as pas, tu attraperas le *centu*. En fait il y a deux formes de *centu*. On appelle l'un *atakaami* (nom hawsa), s'il attrape un homme il aura des plaies sur le gland, jusqu'au point où celui-ci pourra se couper. Il y en a un autre, on l'appelle "baobab" (*koo*), il entraîne une suppuration blanche ; celui-là, s'il reste longtemps sur toi, il va se transformer en *weyno*, et ton sexe saignera, car le *weyno* va transformer le "baobab", et la perte blanche deviendra du sang » (AG).

– *Totoosi* est un bel exemple d'évolution des représentations. Traditionnellement, *totoosi* désigne avant tout les problèmes liés à la miction : douleurs, envies fréquentes, et le fait d'uriner du sang (10). On y voit en général une manifestation de *weyno* :

« Si on dit d'un tel qu'il a *totoosi*, c'est qu'il urine du sang, c'est le *weyno* ; si tu vas uriner et que cela te fait mal, c'est aussi *totoosi*, et *totoosi* c'est du *weyno* » (AA).

« C'est le *weyno* qui crée *totoosi* : tu va t'accroupir pour uriner, et cela ne vient que goutte à goutte, tu n'arrives pas à uriner. C'est aussi *totoosi* qui fait que tu vas uriner du sang ; il n'y a qu'un *totoosi* : c'est parce que tu n'arrives pas à uriner que cela va te blesser à l'intérieur et que tu vas uriner du sang » (AG).

---

(10) Dans ces différents cas, un traitement de « fumigation » assez particulier est encore parfois appliqué : il s'agit d'uriner sur une pierre ou un morceau de calebasse chauffé à blanc, la vapeur provoquée par la miction étant censée entrer dans le sexe et soigner la maladie. Mais on fait aussi boire des préparations (en particulier avec du natron - *soso*).

Il est aussi une forme assez particulière de *totoosi* (évoquée uniquement par les vieilles femmes lors de nos entretiens), le *totoosi* des femmes enceintes. Cette forme là est parfois rangée dans *weyno* :

« Auparavant quand les femmes étaient enceintes, elles avaient du *totoosi* jusqu'au jour de l'accouchement, elles ne pouvaient uriner qu'un tout petit peu, cela les brûlait, et elles avaient toujours envie ; le jour de l'accouchement c'était fini. Cela c'est du pur *weyno* » (Rf).

Mais parfois on va au contraire opposer le *totoosi* de la femme enceinte et *weyno*. En ce cas, c'est une des caractéristiques de *weyno*, sa chronicité (cf. *infra*), qui empêche d'y ranger un *totoosi* aussi manifestement conjoncturel :

« Le *totoosi* des femmes enceintes n'est pas du *weyno*, car ce *totoosi* là prend fin dès que la femme accouche, alors que pour *weyno*, seul Dieu peut te soulager » (H).

Enfin on range souvent dans la configuration de *totoosi* des symptômes parallèles à ceux de la miction mais concernant la défécation :

« Si tu vas déféquer, et qu'il n'y a que des sortes de glaires, ou du sang, c'est *totoosi*. Tu ne peux guère déféquer, bien que tu aies souvent envie d'y aller, il n'y a que des glaires, ou du sang, cela fait mal » (J).

Mais dans les zones des aménagements hydro-agricoles, où l'on constate une grande prévalence bilharzienne, *totoosi* prend peu à peu une signification univoque, et s'applique désormais essentiellement aux seules urines contenant du sang (cf. Mahazou et Harouna, 1993 ; Mahazou *et al.*, 1993). *Totoosi* recouvre alors à peu près la bilharziose, et l'on voit apparaître dans les discours (essentiellement masculins) des traces de « messages » issus de l'information sanitaire diffusée par les médias (radio essentiellement) imbriquées dans des représentations « traditionnelles » de la contagion. De ce fait *totoosi* s'autonomise par rapport à *weyno*. En effet une autre caractéristique de *weyno* est incompatible avec cette nouvelle représentation de *totoosi* : *weyno* est une prédisposition congénitale, et s'oppose aux maladies contagieuses ; dès lors que *totoosi* est perçu comme s'attrapant dans l'eau, il n'est plus question de *weyno* :

« Le *totoosi* s'attrape dans l'eau sale, c'est contagieux, aussi est-ce différent de *weyno* qui n'est pas contagieux. Si ton ami urine du sang, vous allez vous laver ensemble dans la mare : même s'il n'est pas à côté de toi, là où il aura uriné tu attraperas le *totoosi* ; même dans des latrines tu attraperas cela. C'est ce qu'on nous a appris » (K).

– Enfin il existe certaines formes de *weyno* qui s'extériorisent (*fatta* : « sortir ») ailleurs que du côté du bas ventre : le cas le plus notable, et le plus craint, est celui de la jaunisse (*moo-sey* : « yeux jaunes ») :

« Si on a la jaunisse, le foie (*taasa*) fait mal, il ne fonctionne plus ; le foie repose en quelque sorte dans un liquide, c'est ce liquide qui se répand si le foie est malade, il sort dans les yeux, il sort dans les urines, il sort sous les ongles. On dit qu'il s'agit là d'un *weyno* grave (*weyno beeri* : grand *weyno*), un *weyno* qui est resté longtemps dans la personne jusqu'à monter (*ziji*) pour attraper le foie » (Z).

– Toujours dans les manifestations de *weyno*, loin en quelque sorte de ses bases abdominales, on trouve également des symptômes non nécessairement liés à *weyno* mais qui peuvent lui être imputés, en particulier s'ils font suite à des douleurs au ventre ou au bas-ventre. C'est parfois le cas des migraines, de certains maux de dents, voire de douleurs à l'œil.

### **Weyno : un savoir commun**

Le champ sémantique de *weyno* est donc à la fois relativement stable en son centre (bas-ventre) et fluide en sa périphérie (extériorisations). Si j'emploie ici l'expression de « champ sémantique », c'est qu'elle est assez proche des conceptions locales : autrement dit on se contente d'énoncés affirmant que telle maladie relève ou non de *weyno*, sans qu'il y ait une quelconque théorie de l'unité des diverses formes de *weyno*, ni des principes qui gouvernent cet ensemble et les modes de son extériorisation.

On pourrait certes invoquer les insuffisances du savoir commun et émettre l'hypothèse que des spécialistes pourraient produire, eux, une telle théorie. C'est une présupposition fréquente en anthropologie de la santé. C'est par exemple l'analyse qui nous est proposée en ce qui concerne le « *gamma* » dogon (entité nosologique elle aussi « fourre-tout », qui évoque certaines caractéristiques du *yeyni* songhay-zarma) : les « thérapeutes traditionnels » dogons auraient de *gamma* une interprétation très sophistiquée contrastant avec l'ignorance populaire (Coppo, Fiore et Koné, 1989). Encore faudrait-il nous démontrer, ce qui n'est pas fait dans cet article, qu'il y aurait une conception *commune* de *gamma* propre aux différents « tradipraticiens » dogons. Le problème, c'est qu'il n'existe guère de spécialistes songhay-zarma du *weyno*, lequel est traité, on l'a vu, à partir de préparations familiales, de recettes standard (en particulier cette médication très associée au *weyno*, le *safun soolo*) ou de « remèdes de grand-mère ».

Nous avons cependant pu trouver au Nord de Niamey (à Tagabati) un « guérisseur » spécialisé dans les soins de *weyno* sous toutes ses formes. On lui amenait des patients de fort loin (parfois plus de 100 km), et c'était un expert incontesté dans la région. Au premier abord, nous avons pensé avoir affaire à un savoir très organisé : il nous a d'emblée décliné les 12 types de *weyno*, qui chacun avait son traitement spécifique, toujours à base végétale (tuurize = produit de l'arbre). Chaque forme correspondait en fait à un groupe de symptômes relativement différenciés. Mais lors d'un entretien ultérieur, nous nous aperçûmes que les 12 formes étaient devenues 14, une autre fois encore elles étaient 15, avec diverses variantes ! (11) En fait il s'agissait de dire par là que *weyno* était composé de maladies variées, dépassant la dizaine, et que lui-même connaissait le traitement propre à chacune de ces variétés de *weyno*, à base de plantes chaque fois spécifiques. Son statut de, si l'on peut dire, « weynologue » n'exprimait rien d'autre que sa capacité à soigner chacune des diverses maladies regroupées sous le nom de *weyno*. Mais, une fois de plus, même chez ce spécialiste, aucune théorie du *weyno* ne s'esquissait, et il ne faisait, hormis son sens de l'énumération et la connaissance qu'il revendiquait de la phytothérapie, que confirmer les assertions de tout un chacun.

« Si Dieu fait que quelqu'un me consulte à propos de *weyno* il sera guéri ; on vient de très loin, mais moi-même je ne me déplace pas ; certains viennent faire chez moi jusqu'à 10 mois, puis repartent s'ils sont guéris ; mais je ne connais pas les traitements des docteurs, et je ne procède pas comme les *zimma* (prêtres des génies), qui ont des charmes magiques (litt. : ils « crachent », *tufa*) (...) »

Les 12 formes de *weyno* constituent autant d'espèces différentes (*dumi* : race, espèce, famille...), chacune a ses propres plantes pour la soigner : même si elles ont toutes la même mère, chacune a ses remèdes distincts. Tu vois, parmi des frères et sœurs, certains sont malins, d'autres pas. Les *weyno*

(11) On a ainsi, en vrac (interviews successifs de Jaaje Baaba) : ver solitaire, petits vers, hémorroïdes, boutons sur l'anus, lésions du sexe, calculs, brûlures de miction, envies incessantes d'uriner, sang dans les selles, douleurs insoutenables du ventre, jaunisses, migraines récurrentes, « gonflement de l'estomac », faiblesse généralisée, boulimie, chutes des dents, ainsi que, parfois, différents *yeyni*... Deux d'entre ces *weyno* peuvent, selon lui, être mortels : la jaunisse (le pronostic est pessimiste si le dessous des ongles a jauni) et les « gonflements de l'estomac » (ceux-ci peuvent entraîner un gonflement des membres : le pronostic est pessimiste si, en appuyant le pouce sur le bras, la trace reste inscrite sur la peau). Ces méthodes de diagnostic (repérage des changements de couleur : jaunissement ou blanchiment ; trace d'une pression des doigts) ont été également notées chez les Dogons (di Ricco, Antinucci et Togo, 1989).

c'est la même chose : chacun a son caractère particulier, et il faut le soigner à sa façon. Certains peuvent tuer, et sont particulièrement méchants. Pour chacun le traitement est différent, pour chacun il y a des plantes à part (...)

Je ne révélerai ces plantes à personne, car leur connaissance est comme le champ qui me nourrit : on ne vend pas son champ ! Je suis parti ailleurs pour apprendre, j'ai demandé, comme tu le fais, jusqu'à ce que j'ai pu « acheter » le champ de quelqu'un (= apprendre les différents traitements) : mais moi je ne vendrais pas mon champ (= je ne te dirais pas les différents traitements)... Mais j'ai avec moi toutes ces plantes... » (J).

Ce « spécialiste du *weyno* » n'a donc de savoir spécifique qu'en termes de traitements, autrement dit de « recettes phyto-thérapeutiques ». Mais ces compétences doivent être interprétées dans un contexte qui n'oppose pas, en ce qui concerne *weyno* et *yeyni*, le savoir commun et le savoir spécialisé. Soigner *weyno* et *yeyni*, c'est toujours une question de « plantes », et chacun se débrouille comme il peut. Auto-médication, recettes familiales, préparations standard (*safun soolo*), voire recours au « weynologue » : toutes ces démarches thérapeutiques appartiennent à un même registre.

« On ne peut soigner le *weyno* sans connaître les plantes. Cette connaissance peut s'acquérir auprès de son père, ou de sa mère, ou en voyageant au loin, ou auprès de quelqu'un qui sait. Les plantes qui soignent *weyno* et *yeyni* n'ont rien à voir avec des incantations (*mee senni*). Si par exemple un marabout soigne *weyno* c'est seulement parce qu'il connaît des plantes, mais il ne va pas écrire des versets du Coran pour soigner » (AA).

« Parfois si je sens le mal du *weyno*, j'arrache une feuille de l'arbre *namaari* que je mâchonne, c'est les vieux qui le conseillent ; même ce matin je l'ai fait, mon mal de ventre est fini » (M).

Les spécialistes « magico-religieux », qui sont en général également guérisseurs, quelle que soit leur filière (*zimma* – prêtres des génies de possession – d'un côté, marabouts de l'autre) n'interviennent donc sur le *weyno* qu'en termes non-magiques, en tant que simples phyto-thérapeutes, et n'opèrent donc pas – en ce cas – dans un registre différent de celui du « weynologue » (guérisseur fondamentalement non-magique), ou du simple paysan, qui procède par auto-médication.

### **Weyno : le modèle**

En fait il n'y a aucune différence significative entre « spécialistes du *weyno* », « thérapeutes traditionnels » et gens du commun quant aux représentations de *weyno*. Les représentations de *weyno* sont suffisamment lar-

gement partagées pour qu'on puisse légitimement parler d'un modèle populaire de *weyno*, qui sous-tend ce que les diverses formes du *weyno* ont de commun, et qui peut se résumer à peu près ainsi :

Le *weyno* est conçu comme une maladie interne (« cachée »), chronique, évolutive, et héréditaire. La femme enceinte sensible au *weyno* va d'ailleurs prendre certaines précautions pour tenter de ne pas transmettre le *weyno* à son enfant, ou pour ne pas activer le *weyno* qu'il risque d'avoir déjà (la décoction de plantes *jitti*, administrée de façon généralisée au nourrisson par voie orale, et censée le prévenir des maladies, et plus particulièrement du *weyno*, est ingérée par la femme enceinte dès les derniers mois de sa grossesse). Tout se passe comme si le *weyno* était une sorte de prédisposition congénitale, enfouie dans le bas-ventre, qui, chez les individus qui en sont porteurs (et ils sont nombreux), va plus ou moins s'activer, s'exprimer, au fil des douleurs internes ressenties dans cette zone (et elles sont nombreuses), jusqu'à parfois « sortir » à travers des affections ou des anomalies externes, visibles : le *weyno* va alors « se lever » (*tun*), « sortir » (*fatta*), « monter » (*ziji*), « attraper » (*di*) tel ou tel organe ou y entrer (*huro*), « se transformer » (*bare*) en tel ou tel mal. Je synthétise et organise ici des propos qui n'ont jamais une forme aussi globale et systématique, mais qui cependant sont tous congruents avec une telle synthèse. Par exemple et parmi beaucoup d'autres propos analogues :

« *Weyno* c'est quelque chose de grave qui est caché » (C).

« Lorsqu'une femme est enceinte, si elle a du *weyno*, ou si son mari en a, l'enfant naîtra avec du *weyno* » (MK).

« Le *weyno* fait d'abord mal sous le nombril, c'est là le "père" de tous les *weyno*, mais il peut monter (*ziji*) par exemple dans la tête, et cela te créera des maux de tête, ou bien il peut attraper autre chose, et cela te brûlera (*ton*), tout cela c'est *weyno* » (J).

« Le *weyno*, c'est ça s'hérite (*tubu*) ! » (M).

« Si le *weyno* t'a attrapé, dépêche-toi de trouver des médicaments, de boire les décoctions de plantes (*tuuri*), car le *weyno* se "marie" (*hiiji*) avec les gens, il ne "meurt" (*bu*) jamais » (AG).

« S'il y a trop de *weyno* en toi, il va entrer (*huro*) dans tout ton corps, et pourra même te rendre aveugle » (G).

« Si tu as faim, ton *weyno* se lèvera (*tun*) toujours » (S).

Tous ces verbes qui prennent *weyno* pour sujet actif, et lui imputent action et déplacement, font exister *weyno* dans les représentations, et le constituent, par le seul effet d'un nom unique commun à tant de maux dis-

tincts, en une entité, qui est en l'occurrence une entité nosologique populaire que l'on reconnaît. Mais au-delà des effets performatifs de cette production sociale de l'énoncé *weyno* en sujet agissant et mouvant, on ne voit pas se dessiner un système (ou une théorie) de ces déplacements et actions, et encore moins la constitution de *weyno* en acteur surnaturel ou en entité de type magico-religieux.

#### **Proposition 4**

*Nombre de représentations en matière de santé (comme dans d'autres domaines) se concrétisent autour d'un acte de nomination. Chaque nom local d'une maladie véhicule diverses connotations, qui, mises ensemble, constituent en quelque sorte une configuration de représentations définissant une entité nosologique populaire. Mais ces connotations agglomérées, même si elles ont une cohérence manifeste, ne font pas pour autant nécessairement système, au sens d'un système « dur », univoque, exhaustif, tabulaire... Aussi vaut-il mieux dire configuration plutôt que système. Une entité nosologique populaire est une configuration de représentations. Certaines configurations sont plus simples, plus univoques, plus stables ou plus cristallisées. D'autres, comme *weyno*, sont des configurations « fourre-tout ». La plupart des ces configurations de représentations rendent compte de phénomènes conçus par les populations comme empiriques et apparentés, sans pour autant que se dégage une théorie construite de ces apparentements, les acteurs sociaux gardant une grande marge d'interprétation. On pourrait parler de représentations fluides. L'existence dans tel ou tel domaine de représentations fluides n'est nullement incompatible avec l'existence parallèle d'autres modes de représentations (qu'il s'agisse de représentations cristallisées ou « dures », d'« idéo-logique », de « mythologique », ou de tout autre mode de structuration propre à tels ou tels types de représentations). Décrire et analyser l'extension et la pertinence de ces représentations fluides (dans le domaine de la santé comme dans d'autres) définit assurément les contours d'un programme de recherche en anthropologie de la santé (12).*

#### **Proposition 5**

*Les représentations fluides comme les représentations cristallisées peuvent être ou non saturées symboliquement. Certaines vont ainsi renvoyer à des référents magico-religieux, d'autres non. Nombre de repré-*

(12) Cf. certains travaux allant dans le même sens que cet article : Fassin, 1989 ; Jaffré, 1991.

*sentations de la maladie se contentent (comme weyno) de fournir un sens minimum, et logique, à finalité pratique (diagnostic populaire et thérapie populaire). Elles permettent certes de reconnaître une maladie derrière des symptômes, mais ce sera une maladie sans responsable, sans persécution, sans faute : une maladie « prosaïque ». On pourrait parler de représentations prosaïques de la maladie (13).*

Cependant le modèle populaire de *weyno*, s'il ne propose pas de théorie de la circulation de *weyno*, n'est pas sans faire état de quelques corrélations fonctionnelles, de statut purement pragmatique, qui mettent en rapport le modèle populaire de *weyno* et une autre configuration de représentations : celles qui concernent le lien étroit qui est perçu entre alimentation et santé. Ainsi l'activation du *weyno* se fait surtout par l'ingestion (alimentation, boisson, inhalation...). Les signes du *weyno*, comme les signes de la prochaine guérison de la crise qu'il a engendré, relèvent eux surtout de l'excrétion (selles, urines, pertes, vomissements...). On voit là le rôle central accordé au système digestif.

### **Système digestif et *weyno***

L'ensemble des maladies internes connotées par *weyno* (en termes de diagnostic biomédical, on pourrait y ranger au premier rang maladies digestives, maladies urinaires, et maladies gynécologiques et sexuelles) est pour l'essentiel imputé au système digestif/urinaire. On devient malade par l'ingestion, on le constate par l'excrétion.

#### **a) L'ingestion**

Une notion centrale, à cet égard, est *marasu* (ou son synonyme *anogo*). Par là on désigne tout changement d'habitudes alimentaires, que ce soit en rythme ou en contenu. Manger trop tard, manger différemment, tout cela provoque *marasu*. *Marasu* est conçu comme générateur de nombreux troubles. Par exemple le paludisme, qui est très empiriquement associé à

(13) On connaît l'article précurseur de Gillies (Gillies, 1976). Mais il y a toujours plus précurseur que soi : cf. Dujardin, 1935.

l'hivernage (on appelle le paludisme (14) aussi bien *heemar-ize*, « produit de l'hivernage », « enfant de l'hivernage », que *masacere*), est imputé aux changements d'alimentation liés à cette période (on mange alors – c'est la soudure – des herbes fraîchement poussées ; le nouveau mil est également cité ; l'ingestion peut d'ailleurs être inhalation : le paludisme serait alors l'effet de pollens... [15]). Mais parmi les maladies suscitées ou activées par *marasu*, *weyno* est en première ligne. Une alimentation bouleversée, c'est, via *marasu*, une activation potentielle du *weyno*.

« *Marasu* et *anogo*, c'est la même chose. Si tu manges alors que l'heure de ton repas est passée, et que tu as eu faim, cela va te faire *anogo*. Certains auront mal à la bouche, d'autres mal au ventre, d'autres mal au côté, d'autres mal à l'œsophage ou au cou, d'autres mal à l'œil. Tout cela c'est *marasu*, il y a beaucoup de *marasu* ; c'est d'avoir attendu pour manger qui provoque tout cela » (H).

« Lorsqu'on a beaucoup de *weyno*, le *marasu* va le faire se lever : dès que tu auras faim tu auras mal, c'est *marasu* qui fait se lever le *weyno* » (J).

Certains font de *marasu* la cause commune de *yeyni* et de *weyno* :

« *Weyno* et *yeyni* ont un même ancêtre, une même racine, c'est *marasu* » (16).

En effet *yeyni* (du moins *gunde yeyni*, le *yeyni* du ventre) est lui aussi, et on ne s'en étonnera pas, lié à l'alimentation, et repéré par les selles :

« Une nourriture qui abîme les intestins, et qui va provoquer des selles blanchâtres et gluantes, c'est cela qui provoque *yeyni* » (AG).

(14) On sait, ici comme ailleurs (cf. Bonnet, 1990, pour la langue moore, Jaffré, 1991, et Roger, 1993, pour la langue bambara) que ce que les infirmiers diagnostiquent comme « paludisme », et ce que les populations désignent dans leurs langues par le terme qui est en général traduit par « paludisme » ne se recouvrent pas, et ne coïncident pas non plus avec ce qu'une identification de la présence de plasmodium permettrait d'appeler « vrai paludisme ».

(15) Les vomissements qui accompagnent les accès palustres renforcent l'opinion générale que le paludisme est lié à une mauvaise alimentation. Chacun sait certes bien aujourd'hui que la médecine occidentale impute le paludisme aux moustiques ; mais beaucoup, en particulier en brousse, pensent qu'elle établit la corrélation « paludisme-hivernage » à travers une « mauvaise » association causale (hivernage = moustiques = paludisme) et non à travers une « bonne » association causale (hivernage = changements de végétation et changements alimentaires = paludisme).

(16) Propos rapporté in Mahazou *et al.*, 1993, p. 21.

*Marasu* se trouve ainsi au centre d'une hygiène alimentaire populaire privilégiant la stabilité et la régularité des repas, et dont le non-respect (quasi inévitable) expliquerait de nombreux troubles, et en particulier *yeyni* et *weyno*. Mais cela ne signifie pas pour autant que l'alimentation ne se modifie pas. Chacun est bien conscient de ce que les sauces préparées aujourd'hui ne sont pas les mêmes que celles que cuisinaient les arrière-grand-mères. Mais c'est bien à cette modification-là que l'on impute la recrudescence des maladies en général et de *weyno* en particulier. Ainsi, on évoque souvent un excès moderne de sucre (autrefois denrée rare), d'huile (l'arachide, introduite massivement sous la colonisation, et raffinée localement) et de sel (sel de mer remplaçant le sel local, utilisation massive de l'« arôme Maggi »)...

« Les sauces actuelles sont faites avec les ingrédients des Blancs, il n'y a quasiment plus de feuilles dans les sauces de feuilles. Si l'on faisait aujourd'hui une sauce avec les plantes qui servaient à faire les sauces autrefois les enfants n'en voudraient pas (...) Les gens disent que peut-être c'est le sel actuel qui est la cause de tant de *yeyni* et de *weyno*, car c'est du sel de mer, lorsque notre sel autrefois ne donnait pas de maladies » (AA).

### **Proposition 6**

*Le « conservatisme nutritionnel » que l'on constate dans les milieux paysans au Niger comme ailleurs est d'abord relatif. Les habitudes alimentaires se sont largement modifiées, mais cette modification est vécue comme le produit de facteurs externes, non comme l'effet de choix délibérés. Aussi le « conservatisme nutritionnel » est-il surtout une idéologie, renvoyant à une configuration de représentations qui accorde une fonction centrale au système digestif, auquel sont imputées la plupart des maladies internes (ventre, bas-ventre et reins). En tant que représentation, et en tant que représentation agissante, le conservatisme nutritionnel est loin de n'être qu'affaire de goût. C'est aussi une question d'hygiène et de prévention. Contrairement à ce que pensent certains nutritionnistes, il y a des conceptions déjà en place du lien entre alimentation et santé, et les normes alimentaires populaires ne peuvent uniquement être imputées à de l'« inertie culturelle d'un côté » (les habitudes), à des impératifs « magico-religieux » de l'autre (les interdits et tabous). Cette sorte d'« hygiène alimentaire populaire » se présente elle-même comme étant empiriquement fondée, prosaïque, et se vérifiant quotidiennement.*

### ***b) L'excrétion***

L'urine, les selles, les vomissements constituent autant de signes d'un *weyno* activé, de crises de *weyno* ou de *yeyni* du ventre. Il y a un vocabulaire descriptif des selles qui est assez élaboré, et l'observation des selles des enfants par les mères est courante. La constipation inquiète beaucoup. Mais la diarrhée, la sudation ou les vomissements sont des processus ambivalents : il s'agit là à la fois de signes du mal, et de signes de son évacuation, au moins tant que ces excréments restent dans une certaine limite. Diarrhées, sudations et vomissements sont donc, à leurs débuts, perçus comme des « sorties » du mal interne, autant que comme des symptômes de celui-ci. Une diarrhée n'est qu'une sorte de « lavement naturel », et l'on sait que le lavement est une pratique sanitaire très courante en Afrique de l'Ouest. Quant à vomir de la bile quand on a la jaunisse, c'est se débarrasser de cette « saleté » (*ziibi*) qui pèse sur le foie.

On va même parler d'« accoucher » la maladie, tant celle-ci est perçue comme substantialisée dans le corps, et tant son expulsion est synonyme de guérison :

« Si tu connais les plantes qui soignent le *yeyni* du ventre, tu vas les donner à boire au malade, et il va “accoucher” la maladie, les plantes vont le laver, elles vont travailler dans son ventre, comme il va transpirer, la maladie va sortir jusqu'à ce qu'elle soit finie, alors il ne restera plus que le sang dans le corps, les plantes absorbées se transformeront en sang, la personne sera propre » (AG).

On voit ici poindre également le rôle du sang (*kuri*). Que la maladie « gâte le sang » est une conception courante et banale. L'importance thérapeutique locale des saignées et ventouses (qui donnent à voir du sang noir, et donc sale) renvoie d'ailleurs à cette même logique de la purge. De même qu'il y a clairement un lien au niveau de l'ingestion entre alimentation et sang (la bonne alimentation donne du sang sain, les plantes-remèdes se transforment en bon sang...), il y a un lien entre excrétion et sang (le sang dans les urines ou les selles témoignent de la présence de *weyno*). Ces « contacts » entre système sanguin et système digestif ne sont pas pensés sous forme d'une théorie de la production du sang ou de sa circulation. Mais il y a conscience de l'existence d'interactions, même s'il n'y a pas de représentations quant aux formes de ces interactions. Le circuit du sang est conçu comme à la fois un circuit interne et autonome, et à la fois comme étant cependant connecté avec les « entrées » (nourriture, boisson), comme avec les « sorties ». Et le sang, par là, peut lui aussi se salir, ou se laver.

La maladie (et il s'agit ici, il faut le rappeler, de maladies « prosaïques », « non magiques »), c'est du sale. Et le lieu par excellence du sale, c'est l'intestin. L'anatomie est ici interprétée selon cette perspective : le diaphragme est appelé « bouclier » (*korey*), car il protège les parties nobles (cœur, poumons) des « saletés » intestinales. Lors de l'autopsie d'un mouton à laquelle nous avons procédé pour obtenir cette information, des « traces », des concrétions de *yeyni* (du moins *gunde yeyni*, le *yeyni* du ventre) et de *weyno* nous ont même été données à voir : il s'agissait respectivement de polypes graisseux blanchâtres et de minces caillots sanguins noirs, qui parsemaient l'intestin du mouton (les animaux aussi ont du *weyno*, et leurs propriétaires ou bergers les soignent à cet effet) (17).

« Le *yeyni* du ventre commence dans le colon (litt. : "l'intestin des excréments"), si tu vas déféquer tu vois des sortes de glaires, des choses sales, nous pensons que c'est cela même le *yeyni* » (AA) (N.B. : de tels symptômes sont parfois imputés à *weyno* : mais on a vu que *yeyni* du ventre et *weyno* étaient très proches et parfois intervertis).

« Il y a un *yeyni* qui est aussi le fait de Dieu, c'est après l'accouchement, il vient dans le sang de l'accouchement, il produit plein de boutons blancs, mais une fois fini il ne revient jamais » (H) (18).

Mais l'excrétion du mal (= du sale), c'est aussi une source de contagion (*a ga diisa*, ou *a ga digisa*). La saleté et le mal se transmettent par contact, et aussi par proximité. Aussi faut-il éviter d'uriner là où quelqu'un atteint de *totoosi* (= qui urine du sang) vous a précédé. Il en est de même en ce qui concerne les selles.

### Proposition 7

*La contagion par proximité est une notion populaire « prosaïque » (19) (proche de l'acception biomédicale de la contagion, même si elle*

(17) Il faut préciser que nos interlocuteurs (5 paysans du village de Sassalé) étaient fort prudents dans leurs assertions, et avaient sur cette question un discours du type « il nous semble que... » ; de même, ils émettaient souvent des réserves sur la possibilité de généraliser telle ou telle partie de l'anatomie du mouton à celle de l'homme. Ceci étant, la connaissance anatomique de chacun était bien réelle.

(18) Sur cette sortie blanchâtre de *yeyni* lors de l'accouchement, cf. également *in* Jaffré, 1993, p. 212.

(19) Cf. la notion de contamination « mécanique » décrite par Fainzang (Fainzang, 1986, 77-78). Par contre les Songhay-Zarma ne parlent pas de « contamination mystique » : *diisa* est un terme réservé à la contagion dans une acception tout à fait prosaïque.

*n'est pas toujours, tant s'en faut, justifiée du point de vue biomédical en telle ou telle de ses formes supposées...), et elle n'a rien à voir avec la magie par métaphore ou par métonymie bien connue par ailleurs, y compris localement. Les campagnes visant à généraliser les latrines ne se heurtent donc pas à une « absence d'hygiène » (on sait d'ailleurs à quel point l'hygiène corporelle est plus développée en Afrique qu'en Occident), mais à une autre vision de l'hygiène : il est dangereux de déféquer là où d'autres viennent de le faire. De plus, les latrines ne permettent pas d'examiner les selles, et donc privent chacun de ce moyen précieux de vérifier son état de santé (certes d'autres éléments interviennent : par exemple, les latrines menacent le code villageois de la pudeur, qui veut que l'on aille en brousse loin de tout regard).*

### **Weyno, yeyni et la classification songhay-zarma des maladies**

On sait que chaque culture découpe le réel à sa manière, et l'étude de ces formes de classification est d'ailleurs à la base de l'anthropologie cognitive. Mais les anthropologues ont parfois, dans leur recherche d'une cohérence sous-jacente, une tendance à « durcir » au niveau interprétatif les systèmes de classements populaires, en particulier exotiques, alors même que d'autres travaux insistent sur « le caractère fluctuant et lâche des catégories nosologiques » (Sindzingre, 1984, p. 115) ou parlent de « nosographie instable » (Fassin, 1989, p. 69). Il est clair que l'approche songhay-zarma des divers types de maladies n'est guère stabilisée. Les mêmes symptômes peuvent, selon les contextes, être interprétés dans des registres fort différents : c'est là le versant cognitif du problème bien connu de la multiplicité des « itinéraires thérapeutiques ». Cette souplesse, cette plasticité, et parfois cette ambivalence des classifications, imputations et interprétations ne signifient pas pour autant une absence de catégories générales. On peut ainsi ranger clairement *weyno* et *yeyni* dans une vaste catégorie songhay-zarma, celles des « maladies de Dieu » (*Irkoy doori*) :

« *Weyno* a Dieu pour cause, c'est Dieu qui amène *weyno*. Quiconque dit qu'il sait ce qui provoque *weyno* est un menteur ! » (H).

Une « maladie de Dieu », c'est une maladie qu'on ne peut imputer à personne, c'est donc paradoxalement une maladie prosaïque, c'est-à-dire une maladie qu'on pourrait qualifier de « naturelle », par opposition aux maladies dues à des agents identifiables, c'est-à-dire aux maladies à étiologie magico-religieuse. Cette catégorie des « maladies de Dieu » n'est certes pas spécifique aux Songhay-Zarma, et a été relevée par beaucoup

de chercheurs ayant travaillé dans le Sahel partiellement ou totalement islamisé (cf. Sindzingre, 1984 ; Fainzang, 1986 ; Jacob, 1987 ; Bonnet, 1990 ; Roger, 1993).

Quant aux types d'agents « surnaturels » qui caractérisent les maladies à étiologies magico-religieuses, ils se recourent également largement dans les sociétés sahéennes, si leur importance relative ou leurs définitions exactes varient d'une culture à une autre. Parfois certaines catégories font défaut : ainsi, en pays songhay-zarma, on n'imputera pas de maladies aux ancêtres (là encore c'est l'islamisation quasi totale qui explique sans doute cette absence). Mais on identifiera de façon courante les empoisonnements ou les agressions « magiques » (*kotte*, le charme magique ; *hangow*, la flèche, sous-entendue magique, *moo*, l'œil, c'est-à-dire le « mauvais œil »), les maladies imputables à des génies, *ganji* ou *holle*, et enfin les agressions de sorciers, *cerkow* (20).

Il faut ici prendre garde : *la catégorie « maladie de Dieu » n'est pas une catégorie nosologique pas plus qu'elle n'est une catégorie étiologique*. Maladie de Dieu : ceci n'est pas un diagnostic, il n'y a pas là un nom de maladie, et Dieu n'est pas désigné en tant qu'agent spécifique (à l'inverse de ces troubles qui ont pour caractéristique justement d'être le fait d'un magicien malveillant, d'un génie de brousse, ou d'un sorcier « mangeur d'âmes »). Il s'agit simplement de dire, lorsqu'on emploie à l'occasion cette expression, que la maladie à laquelle on a affaire est une *maladie sans responsable*, une maladie due au destin, à la fatalité, via tel ou tel type de vecteur pathogène, qu'elle soit congénitale, c'est-à-dire « héritée » (*tubu*), qu'elle soit « attrapée » (*di*), contractée par hasard, comme un accident, ou qu'elle se diffuse par contagion (*diisa*). Le champ de ces maladies prosaïques est vaste, et couvre la plupart des maux possibles. Reste à identifier la maladie elle-même, c'est-à-dire à la nommer. Identifier des symptômes en tant que maladie, c'est leur donner un « *nom de maladie* », un nom commun, celui d'une entité nosologique populaire. *Yeyni* et *weyno* sont de cet ordre. C'est une *logique de la nomination*.

Par contre identifier des symptômes comme l'effet d'agents humains ou surnaturels, c'est chercher un nom propre derrière ces symptômes. Il n'y a pas de noms communs (de « noms de maladies ») pour désigner ou typologiser les diverses « maladies » provoquées par la magie, les sorciers, les génies. On parlera simplement de *ganji doori*, « maladie de génie », on dira « on lui a jeté un sort » (*i na kottendi*), ou encore « un sorcier l'a attrapé » (*cerkaw na a di*). *Les symptômes sont directement renvoyés à un agent causal, ils ne sont pas regroupés en pathologies spécifiques. Cette logique de l'imputation contraste évidemment avec la prolifération de*

(20) Cf. Rouch, 1960 et Olivier de Sardan, 1982.

*noms communs qui tracent les contours des multiples entités nosologiques populaires et les particularisent les unes par rapport aux autres.*

L'imputation, en tant qu'acte thérapeutique, est toujours affaire de spécialistes « traditionnels » (le soupçon est bien sûr l'affaire du malade ou plutôt de son entourage) : il n'y a guère de place en l'occurrence pour l'auto-diagnostic (les soupçons doivent toujours être confirmés et authentifiés par des « prêtres » ou « magiciens » et/ou des procédures de divination), ni pour l'auto-médication. Ce sont les spécialistes magico-religieux, et eux seuls, qui décryptent des symptômes, c'est-à-dire donnent un sens en quelque sorte rétrospectif aux souffrances en les imputant à un agent humain ou surnaturel particulier, par la mobilisation d'un contexte familial, social et symbolique donné. Ce sont eux qui négocient ou se confrontent avec le génie, le sorcier, ou le magicien responsable : cette négociation ou cette confrontation sont les conditions d'un traitement dont les « plantes » ne sont que les signes ou les adjuvants. Le diagnostic consiste alors à trouver un nom propre, pas un nom commun, le nom d'un coupable et non le nom d'une maladie.

### **Proposition 8**

*Les entités nosologiques populaires sont des configurations de représentations d'ordre prosaïque : une maladie nommée, c'est une maladie qui relève en quelque sorte du droit commun, alors que le champ magico-religieux renvoie lui non à des maladies mais à des agents. On peut donc distinguer une logique de la nomination et une logique de l'imputation. Certes ces deux logiques ont une base commune : une entité nosologique populaire fonctionne au fond comme un agent magico-religieux, puisqu'elle aussi produit, à partir de symptômes et de souffrances, un sens qui constitue l'unité des ces symptômes et crée la possibilité d'une action thérapeutique sur ces souffrances. Mais cette fonction commune est assurée par des processus quasi opposés. Les troubles imputables à des agents magico-religieux trouvent leur sens et leur traitement à travers l'identification individualisée de ces agents. Les troubles relevant de représentations prosaïques trouvent au contraire leur sens et leur traitement par l'affectation des symptômes à une entité nosologique populaire de type standard. Le malade n'est plus la cible individuelle d'un agent particulier, il rentre dans le vaste groupe des victimes d'une maladie courante.*

Peut-être convient-il ici de préciser en quoi l'opposition développée entre *logique de la nomination* (entités nosologiques populaires ou maladies de Dieu, ou représentations prosaïques de la maladie) et *logique de l'imputation* (troubles imputables à des agents personnalisés ou maladies à étiologie magico-religieuse) diffère ou non de la célèbre distinction de

Foster « naturalistic/personnalistic » (Foster, 1976), critiquée par Augé (1984). En fait Foster agglomère et confond deux niveaux différents que l'on peut avec profit désagréger : d'une part une opposition « *maladies à étiologies naturelles/maladies à agents personnalisés* » ; d'autre part une opposition « *logique empirico-rationnelle des humeurs/logique magico-religieuse* ». La première opposition est attestée dans de nombreuses cultures africaines traditionnelles (ce que Augé, qui s'appuie sur les sociétés lagunaires où elle ne fonctionne pas, tend parfois à ignorer), et elle correspond aux données songhay-zarma présentées ici (21). Par contre, la seconde opposition semble tout à fait critiquable. La logique empirico-rationnelle des humeurs et la logique magico-religieuse ne sont nullement incompatibles au sein d'une même culture, comme Augé le souligne à juste titre. Par ailleurs, et c'est sur ce point que l'analyse ici proposée des matériaux songhay-zarma apporte peut-être un éclairage nouveau, les entités nosologiques populaires ou les représentations prosaïques de la maladie (ce que Foster désigne plus ou moins sous l'expression de « *maladies à étiologie naturelle* ») ne supposent pas nécessairement une théorie des humeurs ou son équivalent. De même une démarche populaire empirique ou pragmatique n'est pas nécessairement sous-tendue par un système explicatif « rationnel » au sens de la biomédecine (ou même au sens que Horton assigne à la religion, dans sa vision intellectualiste de celle-ci : Horton, 1967), et ce y compris dans la société occidentale.

Reste évidemment le problème de la ventilation des symptômes entre ces deux grands registres, celui de la nomination ou celui de l'imputation. Pourquoi les éruptions de boutons (*fite-ize*) chez l'enfant sont-elles à partir d'un certain stade nommées *sar-ka-lotti* (littéralement : « saute-et-fait-des-goutelettes », ce qui correspond au diagnostic biomédical de « varicelle »)

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

sans jamais être imputées de nos jours à un agent surnaturel, alors que ce que les médecins diagnostiquent comme malnutrition infantile (et qui n'est pas perçu comme tel par les familles) est plus d'une fois sur deux imputé à l'agression d'un agent humain, que ce soit sorcellerie ou « mauvais œil » (cf. Jaffré, 1993) ?

Certes le niveau des symptômes, ce que nous avons appelé le « langage des maux », est en quelque sorte par lui-même muet : il ne renvoie qu'à lui-même, il ne suffit pas à constituer la souffrance en sens, en maladie ou en affliction. Il ne préjuge pas, avons-nous observé, d'un diagnostic, et il est vrai que des symptômes identiques pourront parfois être interprétés à travers des entités nosologiques populaires, parfois à travers des agressions magico-religieuses, selon les contextes : aussi les démarches thérapeutiques associent-elles parfois les deux filières ou passent de l'une à l'autre. Mais tous les symptômes ne peuvent à cet égard être mis sur le même plan. Certains symptômes vont évidemment mener plus directement vers une filière ou l'autre. Il faudrait d'ailleurs ne pas parler simplement de « symptôme » en soi, mais d'*associations de symptômes* ou de *trajectoires de symptômes*. La récurrence d'un symptôme, malgré tel ou tel traitement, ou la succession dans le temps de séries de symptômes distincts, sont sans doute plus significatifs pour les gens que le symptôme lui-même (ainsi, après des douleurs au bas-ventre, des douleurs localisées dans d'autres parties du corps apparaîtront comme des signes de *weyno*...) Certains symptômes sont particulièrement simples et « monosémiques » : ils orientent le diagnostic populaire – à tort ou à raison – vers une entité nosologique qui est directement associée au symptôme (cf. la rougeole, *dobu-dobu*) (22). D'autres symptômes sont plus ambivalents ou « polysémiques ». Prenons l'exemple des maux de tête. Ils peuvent être passagers, et non imputés à une quelconque entité nosologique, restant au seul état de symptôme. Mais ils peuvent aussi devenir intolérables ou chroniques : en ce cas, selon l'existence ou non d'antécédents et/ou de symptômes associés, ainsi que selon le contexte personnel, familial et social, on pourra s'orienter vers des pistes fort différentes : le paludisme, *weyno*, une agression magique ou « l'appel d'un génie » (23)...

Mais la « visibilité ethnologique » des itinéraires magico-religieux ne doit pas faire oublier que les symptômes douloureux sont le plus souvent dans la vie quotidienne organisés dans une logique prosaïque de la

(22) Ce que les médecins connaissent bien sous le nom de signes pathognomoniques s'exprime aussi dans les représentations populaires.

(23) Sur la différence entre les processus rituels d'« appel par la souffrance » (cultes d'affliction) et les procédures thérapeutiques (basées sur l'exorcisme), cf. Olivier de Sardan, 1994.

nomination, quels que soient les itinéraires choisis par les malades pour traiter ces maladies très ordinaires (auto-médication, guérisseurs ou système de santé).

C'est sans doute la spécificité de *yeyni* et *weyno* au sein des entités nosologiques songhay-zarma que de combiner un noyau de symptômes homogènes en termes de souffrances (cf. les douleurs du bas-ventre pour *weyno*) et un ensemble d'autres symptômes en quelque sorte « à la carte » ou « à géométrie variable ». Ce caractère « fourre-tout » est sans doute la force et la faiblesse des représentations de ce type. Mais leur reproduction imperturbable face aux représentations induites par le système de santé publique, l'école et l'éducation pour la santé est en tout cas remarquable : la capacité populaire (à la ville comme à la campagne) de proposer aujourd'hui comme hier du sens, des diagnostics et des thérapies (le problème de l'efficacité de ces dernières étant évidemment tout autre...) est sans doute avec *weyno* et *yeyni* à son maximum, malgré l'absence de garanties magico-religieuses pour l'étayer, malgré l'absence de système cognitif « dur » pour la cristalliser.

Mais peut-être les représentations de *weyno* et *yeyni* ont-elles un tel succès justement parce qu'elles sont fluides et prosaïques.

#### INDEX DES INFORMATEURS CITÉS

- A : *Alzuma Gooje*, paysan, Koutoukalé Tegyi, violoniste des génies
- AA : *Alfa Almutapha*, marabout, Koutoukale Zéno
- AG : *Ali Gooje*, paysan, Sassalé, violoniste des génies
- C : chef de village, Koutoukale Zéno
- G : *Gittiyo*, paysanne, Sassalé
- H : *Haydara*, paysanne, Koutoukale Zéno
- J : *Jaaje Baaba*, paysan, Tagabati, guérisseur de *weyno*
- K : *Kadri Zimma*, paysan, Koutoukale Tegyi, prêtre des génies
- M : *Munkeila*, paysan, Sassalé
- MK : *Mooru Koyize*, paysan, Sassalé
- Rf : responsable des femmes, paysanne, Koutoukale Tegyi
- Z : *Zakey Yakuba*, manœuvre, Niamey

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Augé M., 1975, *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Hermann.
- Augé M., 1984, Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'évènement. In : Augé et Herzlich édés, *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éd. des Archives contemporaines.
- Augé M., 1986, *L'anthropologie de la maladie*, L'Homme, 26 (1-2), 81-90.
- Bonnet D., 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina-Fasso. In : Fassin et Jaffré édés, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.
- Boyer P., 1989, Pourquoi les Pygmées n'ont pas de culture ?, *Gradhiva*, 7, 3-17.
- Boyer P., 1990, *Tradition as truth and communication. A cognitive description of traditional discourse*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Coppo P., Fiore B., Koné N., 1989, Gamma, catégorie nosologique dogon. In : Coppo et Keita édés, *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Editizioni «e».
- Di Rico G., Antinucci F., Togo D., 1989, Étude d'un cas de gamma. In : Coppo et Keita édés, *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, Editizioni «e».
- Dujardin E., 1935, La maladie et le malade au quotidien, *Annales de l'Université de Montpellier*, série 2.
- Fainzang S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- Fassin D., 1989, *Les écarts de langage des guérisseurs. Systèmes de classification et modes de communication*, Colloque INSERM, vol. 192, 65-74.
- Foster G., 1976, Disease etiologies in non-western medical systems, *American Anthropologist*, 78, 773-782.
- Gillies E., 1976, Causal criteria in African classifications of disease. In : London éd., *Social anthropology and medicine*, London, New-York, San Francisco Academic Press.
- Héritier-Augé F., 1987, La mauvaise odeur l'a saisi, *Le Genre Humain (La Fièvre)*, 15, 7-17.
- Horton R., 1967, African traditional thought and western science, *Africa*, 37(1), 50-71 and 37(2), 155-87.
- Jacob J.-P., 1987, Interprétation de la maladie chez les Winyè, Burkina Faso, *Genève-Afrique*, 25(1).
- Jaffré Y., 1991, Anthropologie de la santé et éducation pour la santé, *Cahiers Santé*, 1, 406-14.

Jaffré Y., 1991, Ethnolinguistique et formation d'agents de développement. In : Olivier de Sardan et Paquot éd., *D'un savoir à l'autre. Les agents de développement comme médiateurs*, Paris, GRET-Ministère de la Coopération.

Jaffré Y., 1993, Anthropologie et santé publique. Naître, voir et manger en pays songhay-zarma, Tours, Thèse de Doctorat.

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

Mahazou M. et Harouna O., 1993, *Représentations sociales de la maladie et acceptabilité de mesures préventives dans la lutte contre la bilharziose à Liboré Tchendifarou*, Niamey, Bureau de la recherche en Éducation Pour la Santé.

Mahazou M., Seydou B., Harouna O., 1993, *Étude sur les représentations sociales de la maladie et acceptabilités de mesures préventives dans la lutte contre la bilharziose urinaire à Kutukale*, Niamey, Bureau de la recherche en Éducation Pour la Santé.

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

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

Olivier de Sardan J.P., 1992, Occultism and the ethnographic "I". The exoticizing of magic from Durkheim to post-modern anthropology, *Critique of Anthropology*, 12(1), 5-25.

Olivier de Sardan J.P., 1994, Possession, affliction et folie. Les ruses de la thérapisation, *L'Homme* (sous presse).

Randall S., 1993, Le sang est plus chaud que l'eau (médecine tamacheq). In : Brunet-Jailly éd., *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.

Roger M., 1993, « Sumaya » : le palu et le reste (région de Sikasso). In : Brunet-Jailly éd., *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM.

Rouch J., 1960, *La religion et la magie Songhay*, Paris, P. U. F.

Sindzingre N., 1984, La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senoufo. In : Augé et Herzlich éd., *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éd. des Archives contemporaines.

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



# Approche anthropologique de la drépanocytose chez des malades antillais

Christiane Bougerol\*

**Résumé.** L'enquête anthropologique auprès de malades antillais souffrant de drépanocytose montre comment, au niveau cognitif, ils font un amalgame entre une maladie de la médecine traditionnelle, l'*anémie*, et la drépanocytose. Au fil d'ajustements et d'arrangements continuels entre des données issues de la médecine traditionnelle et de la biomédecine, les malades organisent leur vie quotidienne. Néanmoins l'information médicale quand elle est bien expliquée permet aux patients de passer d'une gestion aléatoire de la maladie à une gestion concertée.

Le fait que cette maladie soit inconnue, en France, hors du milieu des malades, des Antillais et des Africains, et du milieu médical rend la vie des jeunes patients souvent difficile dans les différentes sphères de la vie sociale où ils s'insèrent – et particulièrement dans le monde scolaire – d'autant que les actes de gestion de la maladie ont un grand caractère de visibilité.

\* Christiane Bougerol, ethnologue, C.N.R.S., C.E.R.M.E.S., 201 rue de Vaugirard, 75015 Paris.

## Le problème

Ce texte (1) est le résultat d'une enquête qui visait à saisir dans une perspective anthropologique les effets et les conséquences de la maladie drépanocytaire auprès de patients antillais résidant en région parisienne. Cette étude s'articulait avec un travail mené conjointement par des chercheurs en économie de la santé (2) et en médecine (3). J'entrais en contact avec les malades, ou les parents de jeunes malades, par le biais des médecins ; quelques personnes furent contactées à l'occasion de deux réunions d'une association de drépanocytaires (4).

L'enquête se déroulait auprès de personnes originaires des Antilles françaises, émigrées en métropole pour obéir à des contraintes économiques liées à la recherche d'un emploi. Très attachées à leur lieu d'origine où la famille demeure, elles maintiennent des liens étroits avec le pays et les entretiennent par des voyages aussi fréquents que possible. Nous verrons comment, chez ces personnes, la culture d'origine peut être perçue au niveau cognitif et dans l'organisation de la vie du malade à travers des arrangements et des ajustements continuels entre des données issues de la médecine traditionnelle et d'autres venant de la biomédecine.

Les thèmes abordés, au cours des entretiens, concernent l'histoire de la maladie, son interprétation et les éventuels recours autres que biomédicaux, mais aussi le vécu de la drépanocytose par le malade et ses proches, et l'hérédité.

Dans ces pages je laisserai de côté le traitement de certains items qui sont l'objet d'études quantitatives par les économistes de la santé. Ces derniers, avec des méthodes qui leur sont propres et sur un échantillon plus vaste que le mien, évaluent la qualité de la vie des malades, et, entre autres choses, l'impact des transfusions de sang sur cette population et celui d'une offre d'interruption de grossesse quand le dépistage de la maladie sur le fœtus se révèle positif (Le Galès *et al.*, 1992).

---

(1) Je remercie Isabelle Baszanger de sa lecture argumentée d'une version précédente de ce texte.

(2) Catherine Le Galès de l' I.N.S.E.R.M. U 357.

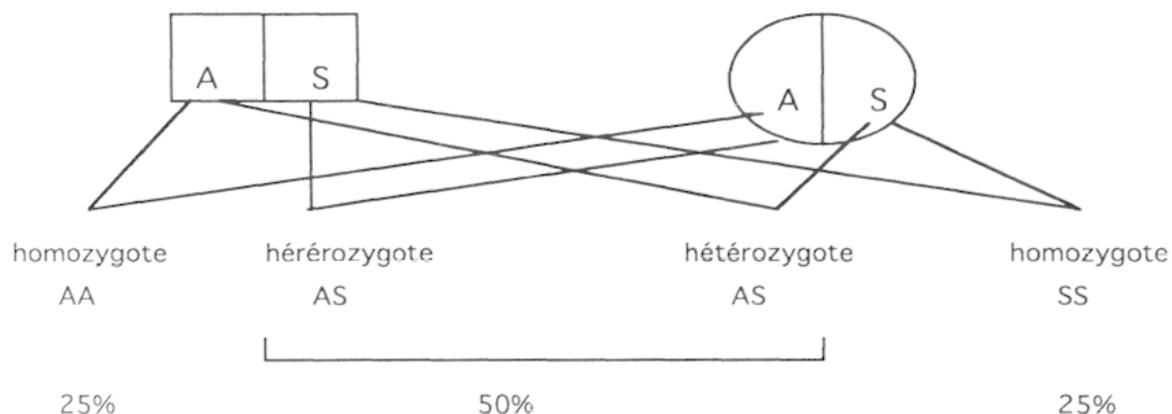
(3) Professeur Galactéros, et son équipe, du Laboratoire de Biochimie de l'hôpital H. Mondor de Créteil.

(4) L'A.P.I.P.D. ( Association pour l'information et la prévention de la drépanocytose).

Rappelons ce qu'est la drépanocytose (5). C'est une maladie génétique de l'hémoglobine. Elle est transmise par les parents même si ceux-ci sont des porteurs sains, c'est-à-dire que la forme homozygote SS (celle des malades) s'hérite de parents hétérozygotes AS (formule des porteurs sains). La drépanocytose est aussi nommée *anémie falciforme* du nom du gène S (de l'anglais *sickle*, faucille) responsable de la maladie qui donne aux globules rouges leur forme en faucille. On dit alors que les globules rouges sont « visqueux » ou que l'hémoglobine est en « gelée ». Les drépanocytes, plus rigides que les cellules normales, peuvent obstruer les vaisseaux sanguins, d'où les crises douloureuses typiques de cette maladie. Toutefois, le gène S est récessif : les globules ne sont pas atteints de falciformation quand ils contiennent aussi le gène normal de l'hémoglobine A ; ainsi les porteurs de la formule AS, les hétérozygotes, ne présentent pas les symptômes de la maladie. (Voir schéma 1 : probabilités de transmission du gène S.)

« Trois ordres de signes cliniques caractérisent la drépanocytose : l'anémie, les crises de vaso-occlusion et les complications infectieuses, dont les différents aspects sont décrits ici en fonction de l'âge. L'histoire naturelle de la maladie peut se diviser en quatre périodes : la période néonatale, asymptomatique mais importante pour organiser une prévention

**Schéma 1.** Probabilités de transmission du gène S (figure extraite de la Revue du Praticien, n° 15, 1992, A. Goldcher, p. 1897).



(5) Ces informations sur la drépanocytose sont extraites de :

- S. Edelstein, 1988 ;
- La revue du Praticien, n°15, oct. 1992, qui consacre plusieurs articles à la drépanocytose ;
- parmi ceux-ci, j'ai beaucoup utilisé le texte de C. Berchel et al. 1885-1891 ;
- Par ailleurs de nombreuses explications et précisions me furent données par le Professeur Galactéros, qu'il en soit ici remercié.

efficace ; les cinq premières années de la vie, caractérisées par un risque important de mortalité, par une morbidité élevée, liée à la gravité des infections, des épisodes d'anémie aiguë et des crises douloureuses caractéristiques de cet âge ; la seconde enfance et l'adolescence, émaillées de crises douloureuses et où débute la pathologie dégénérative tissulaire ; l'âge adulte enfin, où décroît la fréquence des épisodes aigus, mais où évoluent de multiples complications dont certaines peuvent encore être mortelles (accidents vasculaires cérébraux, pathologies pulmonaires), les autres étant source de lésions chroniques et de handicaps, qui grèvent le pronostic fonctionnel, en particulier oculaire, orthopédique, rénal. La grossesse reste à haut risque » (Berchel, 1992, p. 1885). On relève une très grande hétérogénéité de la maladie, même à l'intérieur d'une famille. Le retentissement psychologique de la maladie est important, notamment chez l'adolescent. L'augmentation notable de l'espérance de vie de ces patients est une notion récente.

La drépanocytose se caractérise par l'absence d'un traitement spécifique. Les diverses thérapeutiques utilisées traitent ponctuellement un aspect de cette maladie. Aussi la prévention joue un rôle fondamental. Prévention des crises douloureuses (les accidents vaso-occlusifs), théoriquement facile, puisqu'on connaît les facteurs favorisants et déclenchants : les efforts, la déshydratation, le froid, la fièvre, l'infection, le stress, la prise d'alcool. Les mesures préventives sont difficilement acceptées par les enfants à qui il est préconisé de rester calme et de boire beaucoup. La prévention des infections graves se fait grâce à une antibiothérapie prophylactique et aux vaccinations. L'éducation des familles et des malades est fondamentale pour dépister précocement tous ces épisodes pathologiques et notamment les anémies aiguës.

Les populations à très haut risque de drépanocytose résident en Afrique intertropicale et dans certaines régions de l'Inde. Celles à haut risque sont aux Antilles, au Brésil et incluent les noirs nord-américains. Dans le pourtour méditerranéen (Grèce, Sicile, Turquie) se trouvent des populations à faible risque. Le foyer de la drépanocytose est en Afrique. La maladie s'est diffusée dans le Nouveau Monde avec les populations noires qui y furent amenées. Cette affection génétique a à voir avec le paludisme. Les biologistes essaient d'expliquer pourquoi cette maladie s'est développée dans des populations fortement impaludées (l'hypothèse la plus fréquemment avancée est que le gène S protégerait du paludisme).

À ma connaissance il n'existe pas d'enquête en anthropologie de la maladie réalisée auprès de populations drépanocytaires d'autres régions du monde ; ceci explique le caractère monographique de ce texte et l'absence de comparaison avec des populations d'autres aires culturelles.

## L'organisation de l'enquête

Dans un premier temps, j'envisageais de réaliser plusieurs entretiens par famille. Je souhaitais rencontrer le malade seul, puis les autres membres de la famille sans le malade et le groupe de ces personnes. Ce projet méthodologique s'avéra non réalisable. D'une part obtenir un second rendez-vous fut très difficile, les personnes n'en comprenaient pas la nécessité, avaient l'impression d'avoir déjà tout dit la première fois et ne souhaitent pas s'entretenir davantage sur un vécu qui est handicapant et laisse des souvenirs très pénibles. En outre, il s'avéra très indélicat vis-à-vis des malades et de leurs proches de demander à les voir séparément. Chacune des deux « parties » me demandait avec anxiété, ou avec gêne, ce que j'allais essayer de savoir de l'autre « partie ». La crainte que je cherche à effectuer un contrôle de ce que les premiers me disaient était claire, tout autant que l'appréhension que je mette en évidence des discordes dans le vécu partagé (les expériences partagées) d'une maladie qui est souvent très contraignante pour le malade et ses proches et qui bouleverse l'équilibre familial.

Deux exemples de ces entraves au projet initial d'enquête permettent de saisir les difficultés qu'il y a à vivre cette maladie, et même pour certaines personnes à en parler.

Je rencontre une jeune drépanocytaire et sa mère dans une réunion de l'association de malades. Elles me communiquent leur adresse et numéro de téléphone en m'assurant qu'elles sont disposées à me parler. Quand je prends rendez-vous j'annonce que je souhaiterais les voir ensemble puis séparément. La réponse de la mère me fait comprendre qu'il n'est pas question de les rencontrer séparément. Après diverses péripéties, une de leurs amies, malade également, m'explique le refus maternel. La mère craignait, si nous nous rencontrions seules, et que cette entrevue arrive aux oreilles de sa fille, ce que cette dernière pourrait imaginer de nos propos sur son compte et sur sa maladie. La rencontre entre la mère et moi, si elle pouvait se faire discrètement, ne nous mettait ni l'une ni l'autre à l'abri d'une bévue vis-à-vis de la malade, ce à quoi la mère ne voulait s'exposer à aucun prix. Ce climat de méfiance s'expliquait, me rapporte l'amie, par le fait que récemment une voisine des deux femmes aurait dit à la jeune fille que sa maladie affligeait sa mère à un point tel que parfois elle songeait à se suicider : propos qui n'a pas manqué de perturber sérieusement les relations entre la jeune malade et sa mère. Notons que ce genre de commérages, s'il surprend ceux qui ne sont pas familiarisés avec la vie sociale antillaise sont en réalité des plus fréquents. Teintés de médisance ils

émaillent toutes les relations, ce sont les *cancans* (6) dont ne manque pas de se plaindre tout un chacun. Ils ont souvent pour thème la maladie et la transmission héréditaire de tares biologiques ou sociales. Pour revenir à ces femmes, précisons que j'ai pu les rencontrer ensemble, à leur domicile. L'entretien fut riche et révéla de fortes tensions entre la mère et l'adolescente drépanocytaire.

L'autre fait qui témoigne de la difficulté d'étendre l'enquête à plusieurs membres d'une même famille est là encore saisi à l'occasion de l'organisation de l'entretien avec une mère d'un enfant drépanocytaire. Cette femme me dit que nous ne pouvons pas nous rencontrer chez elle car son époux, qui travaille de nuit, est présent au domicile au cours de la journée. Et, me précise-t-elle, cet homme ne supporterait pas d'entendre son épouse parler de la maladie de leur garçon, car il tolère mal les contraintes tout autant que les manifestations de la drépanocytose. Pour l'entretien nous nous verrons en cachette du mari. Il va de soi que je ne saurai jamais rencontrer cet homme étant donné le malaise que lui procure la maladie de l'enfant et son refus de la mentionner à des amis comme à des membres de sa famille. Cette impossibilité d'évoquer la drépanocytose de son fils concerne aussi les professionnels de santé puisqu'il s'insurge contre le fait que son fils consulte un psychologue.

Notons que le thème de l'enquête demandait à ce que d'emblée soit faite une incursion dans une sphère très privée de la vie des personnes interrogées : le vécu collectif d'une souffrance et ses conséquences sur chacun. Ces conditions de travail diffèrent de celles dont sont (plus) familiers les ethnologues puisque, généralement, ils construisent des liens avec leurs informateurs qui leur permettent de composer autrement avec les réticences des personnes et qui, aussi et surtout, les amènent à multiplier les sources d'information sur un individu et donc à appréhender de façon plurielle sa relation aux autres. Toutefois, lors d'une rencontre unique, parfois, des personnes livrent des informations qu'elles gardent ordinairement pour elles, assurées qu'elles sont que dans de telles conditions les faits révélés ne feront pas retour dans leur vie. Les distorsions au projet initial étant acceptées, j'ai eu avec chaque malade, ou parent de malade, un entretien (parfois deux) non directif qui à chaque fois s'est bien déroulé. L'enquête a porté sur onze personnes drépanocytaires et/ou leur famille.

---

(6) Les termes créoles sont écrits en italique.

## **De l'anémie à la drépanocytose**

De fréquents et récents séjours aux Antilles pour y étudier l'interprétation de la maladie et du malheur en général, permettent de constater que la médecine traditionnelle est une réalité encore très vivante, même pour les jeunes générations. Après une brève présentation de cette médecine je montrerai ce qui favorise un amalgame entre la drépanocytose et une maladie créole très répandue aux Antilles, l'*anémie*, étant entendu que tous les drépanocytaires rencontrés opèrent ce lien entre les deux affections. La littérature anthropologique est riche d'exemples où une maladie « nouvelle » se comprend par assimilation à une affection traditionnellement bien connue. Dans l'aire caraïbe, par exemple, Paul Farmer a montré comment en Haïti le sida, dans un premier temps, a été amalgamé avec la tuberculose. Cet anthropologue fait référence à B. Good qui a travaillé sur ce problème de l'intégration des nouveautés médicales en Iran. P. Farmer écrit : « This "adoption" of a new illness category into an older interpretative framework is well documented. "As new medical terms become known in a society, they find their way into existing semantic networks. Thus while new explanatory models may be introduced, it is clear that changes in medical rationality seldom follow quickly" (Good 1977, p. 54) » (Farmer, 1990, p. 20).

### ***Le rôle du sang***

Dans la pensée médicale des Antilles, comme partout, le sang occupe une place de première importance, tant sur le plan des conceptions de la maladie et de la santé que sur celui de la prévention et de la thérapeutique. Le sang régule la chaleur du corps et possède la propriété de changer de consistance selon qu'il est sous l'influence du « chaud » ou du « froid ». Ces notions ne font pas uniquement référence à des réalités thermiques, elles les débordent de beaucoup puisque, par exemple, les aliments, particulièrement ceux d'origine végétale, sont classés en « chaud » et « froid » sans que cela ait quelque rapport avec leur température. Toutefois, des façons particulières de percevoir les éléments naturels interviennent dans l'attribution de ces qualités. Aux Antilles, l'environnement est perçu comme étant assez hostile. Le corps s'imprègne de quelque chose du monde dans lequel il évolue. Les éléments laissent une trace, une marque, le plus souvent sous forme de maladie. La prévention donne lieu à un ensemble de règles de conduite rigides qui permet de se prémunir contre une emprise

désordonnée des influences extérieures. L'eau et l'air refroidissent, on craint leur action sur l'extérieur du corps et à plus forte raison leur intrusion dans celui-ci. Quant au soleil, il échauffe l'organisme.

En passant brusquement d'un état « chaud » à un état « froid » on commet une *imprudence* ; la maladie contractée dans ces circonstances porte le même nom. Voyons quelques façons de contracter cette maladie. Une femme aura une imprudence si elle ouvre son réfrigérateur alors qu'elle repasse. Pour éviter la maladie une personne ne s'exposera pas à la pluie quand son corps est « chaud », et *a fortiori* elle ne se baignera pas. Un simple courant d'air est nocif pour quelqu'un d'échauffé comme l'est également l'ingestion d'un aliment classé dans la catégorie « froid » (le concombre par exemple). En dépit de ces précautions, les *imprudences* sont fréquentes. Quand la maladie est très grave elle prend le nom de *pleurésie* (7). Dans cette maladie le sang « tourne en eau », se « fige », ou même « glace », il n'est plus en mesure de réchauffer l'organisme. La thérapeutique vise à réchauffer le sang et à lui faire retrouver une consistance plus normale en favorisant l'évacuation de l'eau. On cherchera à faire transpirer le malade par l'absorption de boissons préparées avec des plantes dites « réchauffantes », ou par des bains. Parfois on applique des ventouses scarifiées pour extraire l'eau du sang. Le traitement consiste aussi en massages avec des produits « chauds » comme de l'huile camphrée. Si une douleur est imputée à du sang localement coagulé on applique sur le point douloureux un linge préalablement chauffé.

Un excès de « chaud » dans le corps, qu'il soit provoqué par une activité trop intense quand il fait chaud ou par un abus d'aliments « chauds », donne une maladie nommée *inflammation*. Cette affection est fréquente chez les personnes qui font un travail pénible et notamment les agriculteurs. Le malade a des impressions de brûlures, et non de fièvre. Des irritations et des boutons apparaissent sur la peau et les muqueuses. Le sang se liquéfie à l'excès, mais sans jamais tourner en eau, il est « agité », « rapide ». La thérapeutique vise à calmer le sang et à lui rendre sa consistance normale par l'utilisation de produits « rafraîchissants ».

Tous ces changements de consistance du sang, inévitables puisqu'ils sont le résultat d'une soumission obligée aux aléas de la vie, engendrent de la « crasse » dans le sang. Ces dépôts « épais et noirs » ont tendance à se localiser dans les articulations où ils donnent du *rhumatisme* et provoquent des douleurs (8).

(7) Ces notions sont développées dans C. Bougerol, 1983.

(8) Notons que c'est souvent au niveau des articulations que les drépanocytaires ressentent des douleurs intenses quand les globules rouges deviennent « visqueux ».

Les malades drépanocytaires rencontrés ont passé tout ou partie de leur enfance aux Antilles. Ils ont été traités par des moyens locaux qui étaient des adjuvants au traitement médical, du moins dans le cas des malades les plus jeunes. Cette thérapeutique, particulièrement celle destinée à soulager les douleurs, visait à reculer le moment de l'hospitalisation, toujours très appréhendée quand il s'agit d'un enfant. Une drépanocytaire qui évoque ces remèdes traditionnels se rappelle : « on avait la notion que la chaleur soulage la douleur ». D'autres malades se souviennent de bandages enroulés sur une jambe douloureuse, de linges chauds ou de compresses d'eau chaude appliqués à l'endroit qui faisait souffrir, et presque tous évoquent les massages à l'huile camphrée. Ces procédés ne soulageaient qu'un temps, précisent-ils. Une femme qui masse sa fille dès qu'elle souffre dit le faire car « le sang se cristallise et passe mal dans les vaisseaux » : bonne synthèse entre des connaissances traditionnelles et l'information médicale.

Je reviendrai sur l'importance de l'information médicale pour les drépanocytaires et leurs proches (rappelons que presque toujours la maladie est décelée dans l'enfance). Avant d'arriver dans un service hospitalier où la transmission de cette information est une activité primordiale pour le corps médical, presque tous les parents de malades ont été confrontés à des situations qui se caractérisent par le manque crucial de renseignements sur la maladie. Certains se souviennent d'avoir reçu le diagnostic d'« une maladie de sang ». D'autres ont été informés que la maladie « n'est pas grave et qu'elle est fréquente chez les Africains et les Antillais ». Il en est qui ont entendu le mot de drépanocytose mais accompagné de si peu d'éclaircissements que « c'était du chinois ». Les plus chanceux ont repéré le mot d'anémie dans la bouche du médecin ce qui leur permettait de se raccrocher à leur connaissance de l'*anémie*. Étant donné l'état de l'enfant, très souvent le diagnostic non seulement ne les surprenait pas mais il confirmait leur impression première.

Le sang donne la force ; l'*anémie* est la maladie de ceux qui ont le sang « faible », « bas ». Les individus *anémiés* sont chétifs, frêles, toujours fatigués. En Guadeloupe une informatrice les décrivait ainsi : « ce sont des gens qui font peine à voir. Ils ont l'air d'avoir toujours froid, il en est qui portent des chaussettes ».

L'origine de cette faiblesse du sang est à chercher dans la petite enfance : le bébé aurait manqué de quelque chose, dit-on. Généralement ce manque est un défaut de nourriture. Il arrive qu'une femme enceinte insuffisamment alimentée, voire déjà au stade de l'*anémie*, donne naissance à un enfant qui est dans le même état. La grossesse est périlleuse

pour ces femmes car « le peu de sang qu'elles ont, le bébé le prend ». Une bonne alimentation si elle doit aider l'*anémie* à retrouver la santé est souvent insuffisante lorsque la maladie est déjà grave. Dans ce cas le malade et son entourage se résignent. Le patient demeure dans son triste état et en endure les conséquences. Une drépanocytaire, aujourd'hui âgée de 47 ans, se souvient que, petite, sa grand-mère qui l'élevait lui interdisait beaucoup d'activités car elle était chétive et *anémisée*. En outre, comme elle tardait à marcher on lui enfouissait les jambes dans le sable de la plage pour les renforcer. Une jeune femme, dont le garçon est drépanocytaire, se souvient que rapidement elle a diagnostiqué elle-même une *anémie* vu l'aspect chétif de son enfant et l'impression qu'il donnait d'avoir toujours froid. Plusieurs parents de malades sont restés longtemps convaincus – plus précisément jusqu'à ce qu'une information médicale leur fasse perdre tout espoir de guérison – qu'avec une bonne alimentation « la maladie finirait par passer ». Une jeune drépanocytaire définit sa maladie comme du *rhumatisme* et de l'*anémie*.

L'*anémie* débouche parfois sur de l'*anémie cérébrale*. Cette grave affection fait perdre la raison à des degrés divers. Si les efforts sont déconseillés aux personnes qui souffrent d'*anémie*, on considère également que ceux qui pensent trop, réfléchissent trop, ou se font du souci alors qu'ils sont déjà affaiblis, peuvent faire une *anémie cérébrale* qui « ronge le cerveau ». C'est ce que rapporte une drépanocytaire quand elle se remémore l'effet que lui faisaient les remarques des autres sur sa maladie : « ça me tracassait et je réfléchissais beaucoup et c'est justement ce qu'il ne fallait pas faire ».

Au dire des Antillais l'*anémie* est une maladie fréquente, et qui l'a été encore davantage dans le passé. De fait on entend souvent des femmes parler d'époques de leur vie où elles n'avaient « rien à donner à manger aux enfants ». Si on peut penser que de véritables périodes de sous-alimentation ont été rares aux Antilles (la plus récente se déroula pendant la dernière guerre) il faut rappeler qu'une symbolique s'attache aux aliments qui les fait passer pour plus ou moins nourrissants. Pour nos informateurs les aliments qui « donnent du sang » sont principalement ceux qui sont rouges comme les betteraves, les carottes, la viande et le vin comme boisson. Toutefois le navet et le poireau ont la réputation d'agir dans le même sens. Pendant longtemps le remède le plus prisé pour lutter contre l'*anémie* était l'hémoglobine Deschiens (9). Beaucoup de drépanocytaires ont fait des cures de ce remède pendant leur enfance ; certains demandent encore au médecin qui les suit de leur prescrire ce médicament. Pour vérifier si une

(9) Deschiens est le nom du laboratoire qui fabriquait ce médicament présenté en ampoules.

personne est ou non *anémiée* une pratique courante consiste à lui « purger le doigt » : on presse fortement le bout du doigt pour y faire affluer le maximum de sang puis on le pique avec une aiguille. Si peu de sang s'écoule le diagnostic d'*anémie* est probable.

Cette banalisation de l'*anémie* aux Antilles explique le fait que les enfants qui, là-bas, souffraient de la drépanocytose n'ont jamais eu l'impression ou la crainte d'être rejetés par leurs camarades comme c'est le cas pour les drépanocytaires ici. Les malades rencontrés ont passé une partie de leur enfance, parfois de leur adolescence, ou même quelques années de leur vie de jeune adulte, aux Antilles. Ils évaluent leur expérience de malade ici et là-bas. Ils comparent leur vécu dans un milieu où, *anémie* ou drépanocytose, leur maladie était connue, ou évoquait quelque chose à des non malades, avec leur expérience dans un milieu où leur mal est ignoré.

### *Vivre la maladie aux Antilles et en métropole*

Les sociologues ont étudié la gestion de la maladie chronique par les différents acteurs concernés par ce genre de pathologie. Parmi eux figurent, en tout premier lieu, le malade et les membres de la famille qui en ont la charge, surtout quand il s'agit d'un enfant. Isabelle Baszanger met en évidence un processus auquel l'enquête m'a rendue particulièrement sensible puisqu'il apparaît clairement que les expériences des uns et des autres, voire des mêmes individus, varient selon qu'ils décrivent leur vie de malade impliqué dans différents domaines de la vie sociale aux Antilles ou en Métropole. Cette sociologue écrit : « (Mais) quelle que soit l'habileté et, si on peut dire, le professionnalisme de la personne malade pour guider les réactions des autres, elle ne peut *seule* dans la durée construire socialement sa maladie. C'est au travers d'interactions prolongées dans différentes sphères de la vie sociale quotidienne que *tous les acteurs* de ces interactions façonnent la réalité de la maladie chronique. » (Baszanger, 1986, p. 24). Aux Antilles et en métropole les drépanocytaires et ceux avec qui ils sont en relation construisent des ensembles d'interactions différents. Ces différences sont fondées sur des références culturelles dissemblables des acteurs non malades, induisant en contrecoup des comportements non semblables des patients dans la gestion de leur affection.

Aux Antilles, les enfants malades bénéficiaient d'attention et d'égards de la part des autres enfants. Une jeune femme se souvient que dans son enfance les écoliers lui réservaient une place assise dans le car qui les transportait. Une autre raconte que ses camarades l'attendaient au sommet d'une côte qu'elle gravissait plus lentement qu'eux. Un jeune homme

jouait au football aussi longtemps qu'il le pouvait ; fatigué il s'arrêtait, et ultérieurement reprenait le jeu. Cette interruption posait d'autant moins de problèmes qu'un autre garçon, drépanocytaire également, avait adopté un régime de jeu semblable. Les absences scolaires semblent avoir été acceptées par les enseignants et d'autres élèves se proposaient pour porter les cours au malade.

Cette expérience, positive aux Antilles, est celle de petits *anémiés* qui évoluaient dans un milieu où leur maladie et les handicaps qui l'accompagnent étaient connus, et même banals. Aucune honte ou stigmatisation ne marquait leur vie.

L'expérience de la maladie là-bas et ici établit une rupture qui se retrouve aussi dans le vocabulaire. Aux Antilles depuis 1991 les médias, dans un but éducatif, parlent beaucoup de la drépanocytose (des centres de soins intégrés y sont installés). Avant cette date les malades mettaient à l'arrière plan ce nom de maladie au profit de celui d'*anémie* : mot qui recouvrait bien ce que l'entourage avait diagnostiqué. La drépanocytose n'est pas si éloignée de l'*anémie* pour qu'un amalgame soit rendu impossible ou pour qu'une interprétation de la première en fonction des critères de la seconde soit aberrante. En outre, sur le plan linguistique il ne faut pas négliger le fait qu'en créole et en français le mot *anémie* existe et qu'il est présent dans les explications données sur la drépanocytose. Le diagnostic de la drépanocytose quand il est fait et expliqué vient confirmer et surtout compléter celui de l'*anémie*. En métropole quand les malades tâchent d'expliquer leur maladie par le mot d'*anémie*, celui-ci passe mal. Il semble en appeler à des connaissances médicales populaires et désuètes et se référer à un trouble plutôt bénin. Mais aucune contrepartie n'est disponible puisque le mot de drépanocytose est inconnu hors du milieu médical et de celui des malades qui en France sont essentiellement des Antillais et des Africains.

L'expérience de la maladie en France est (presque) toujours pénible. Les diverses contraintes liées à cette pathologie sont mal acceptées, particulièrement dans le monde scolaire. Une adolescente se plaint de l'indifférence de ses camarades à son égard ; non seulement ils ne lui communiquent pas les cours pendant ses absences mais ils ne lui demandent pas de ses nouvelles à son retour. Elle dit : « j'ai l'impression que pour eux je suis transparente ». Une enseignante demande à la sœur d'une malade si les absences de cette dernière « ça devient une habitude ». Un autre jeune adulte organise sa vie de façon à cacher sa maladie et ses hospitalisations aux amis qui sont avec lui dans un groupe musical. Il craint qu'ils ne comprennent rien à ses ennuis, ou pire qu'ils interprètent tout de travers et en viennent peu à peu à l'écarter. Un jeune garçon qui avait expliqué à ses camarades d'école qu'il était souvent absent car il souffrait d'une maladie

de sang s'est vu rétorquer par un autre gamin « ta maladie, c'est le sida », et il a remarqué que des enfants ne voulaient plus manger à côté de lui à la cantine. En pleine classe, et à voix forte, une jeune fille s'est entendu dire par une enseignante qu'elle ne pourrait pas participer à un voyage organisé car elle a une maladie de sang. Dans ce dernier cas il a fallu toute la pugnacité de la mère et un certificat médical pour que l'adolescente puisse accompagner ses camarades en voyage.

Les parents d'enfants drépanocytaires en âge scolaire se désolent de l'extrême difficulté qu'il y a à faire admettre à la grande majorité des enseignants la nature de la maladie de leurs enfants et ses conséquences. La maladie n'est pas aisée à expliquer ni à comprendre mais tous les parents font des efforts qu'ils jugent mal récompensés. Certains avouent « le peu que je sais, j'essaie de l'expliquer ». Pour tourner la difficulté d'autres donnent de la documentation. Tous sollicitent les médecins pour obtenir des certificats médicaux détaillés. Néanmoins il est des instituteurs qui estiment qu'un enfant qui doit boire souvent, et donc sortir pour uriner, perturbe la classe et que sa place est au fond de la salle. Un enseignant a expliqué à une mère que les lenteurs de son fils en mathématiques étaient dues à la maladie ! Les exemples des malentendus à propos de la drépanocytose pourraient être multipliés mais ceux-là suffisent à montrer la difficulté qu'il y a à vivre une maladie aussi peu connue, mais dont les conséquences (absences, hospitalisations, dispense de sport, nécessité de boire et donc d'uriner, etc.) sont tellement visibles. Les mères d'enfants drépanocytaires qui travaillent doivent faire face aux conséquences de leurs absences consécutives aux diverses crises des petits malades ; les mieux loties sont celles qui sont employées en milieu hospitalier. Les adultes drépanocytaires, quand ils travaillent sans bénéficier d'un emploi protégé, ne sont que légèrement malades ce qui leur permet de vivre à peu près normalement leur vie professionnelle, (notre échantillon ne nous permet pas d'être plus précis, l'enquête en économie de la santé donnera toute sa portée à ce genre d'interrogation). Cet aperçu des tentatives des malades (ou de leurs parents) pour obtenir des aménagements dans les différentes sphères de la vie sociale, où ils s'insèrent, montre que « ... dans leur travail de gestion, les malades doivent aller au-delà d'un travail de soins médicalement défini. Il leur faut aussi gérer les conséquences de la maladie sur leur organisation de vie, leurs rapports avec les autres et, jusqu'à un certain point leur rapport avec eux-mêmes. » (Baszanger, 1986, p. 22).

Tous les drépanocytaires, et leurs proches, souhaitent ardemment que leur maladie soit mieux connue surtout en ces temps où pour des gens insuffisamment informés le mot maladie de sang est irrémédiablement associé à celui de sida et à son cortège de représentations honteuses ou terrifiantes. Les malades mettent en avant l'exemple de la mucoviscidose

qui dorénavant n'est plus une affection totalement inconnue de la population, et qui même bénéficie d'une certaine dose de sympathie de la part du public.

Les parents d'enfants drépanocytaires se plaignent qu'eux-mêmes n'ont souvent bénéficié que très tardivement de l'information médicale nécessaire. Plusieurs mères sont profondément bouleversées en pensant qu'il leur est arrivé de mettre en danger la vie de leurs jeunes enfants par pure ignorance. Une femme se souvient d'avoir traîné de force sa fillette à l'école, car à ses yeux la gamine refusait volontairement de marcher. Elle imputait ce caprice au fait que l'enfant, considérée comme *anémiée* par l'aïeule qui l'avait élevée, avait été trop gâtée quand elle était aux Antilles. Pour la mère il fallait que sa fille fasse un effort pour s'adapter à la vie de métropole où, faute de temps, elle ne pouvait être choyée autant que là-bas. Cette femme a envoyé trois fois sa fillette drépanocytaire en colonie de vacances, à chaque retour elle la retrouvait « squelettique » sans comprendre pourquoi. Maintenant qu'elle connaît mieux les contraintes liées à la maladie de son enfant elle remarque désolée : « les jeux obligatoires, la marche forcée c'était pas pour elle ». Une autre mère a des souvenirs quasi identiques. Comme son fils doté de grosses jambes marchait peu, elle le battait pour le corriger de sa « fainéantise ». Ces femmes, et d'autres encore, ajoutent qu'elles ont ignoré pendant longtemps qu'il était nécessaire de faire boire le petit malade plus qu'un autre enfant. Maintenant qu'elles connaissent l'importance de cette mesure pour la prévention des crises douloureuses elles s'alarment du fait qu'on les ait laissées dans une telle ignorance.

Il existe plusieurs associations de malades. Toutes ont pour objectif principal la diffusion d'une information médicale accessible à chacun. Elles ont aussi un rôle de soutien vis-à-vis des malades et de leur famille ; elles tendent à établir une collaboration, une solidarité, entre leurs membres. Les responsables de ces divers groupes sont des malades ou leurs parents ; ils invitent des médecins à venir animer des débats autour de thèmes variés comme la sexualité des drépanocytaires, la prévention des crises douloureuses, etc. Ces associations n'ont qu'un faible poids social car elles sont inconnues hors du milieu des malades. Certes leurs membres aspirent à jouir d'une reconnaissance plus large, mais ils savent que du fait que les drépanocytaires sont essentiellement des Antillais et des Africains l'intérêt que le public pourrait porter à leur affection et aux associations est largement freiné (10).

---

(10) Notons que ces associations regroupent indistinctement des Antillais et des Africains.

## Remarques sur les causes des maladies

*« Maladies naturelles » ou venant de Dieu, « maladies surnaturelles » ou venant des hommes*

L'*anémie* est considérée comme une « maladie naturelle ». Elle n'est donc pas attribuée à la sorcellerie, à la persécution magique. Rappelons qu'aux Antilles les maladies et les malheurs, surtout s'ils s'enchaînent les uns aux autres, peuvent être imputés à la volonté de nuire d'un ennemi qui aurait fait lui-même de la magie maléfique ou qui se serait adressé à un spécialiste pour attenter à la vitalité physique et sociale de sa victime. C'est le voyant-guérisseur qui fait le diagnostic de ce genre d'infortune. Les démarches qui amènent à consulter ce spécialiste sont complexes et ne peuvent qu'être brièvement évoquées ici. C'est lorsque quelque chose d'étrange survient dans l'apparition ou le déroulement d'une maladie, ou dans la survenue d'un malheur, que celui qui pâtit d'une telle disgrâce va consulter un voyant-guérisseur pour savoir « d'où sort le mal ». La consultation est d'autant plus justifiée que les infortunes s'accumulent.

La cause de l'*anémie* est claire et bien établie. Cette maladie ne nécessite pas une visite au voyant-guérisseur, les connaissances médicales familiales suffisent. De nos jours si le cas semble grave le médecin est sollicité pour prescrire des fortifiants. Au cours de l'enquête sur le vécu de la drépanocytose j'ai constaté que les parents d'enfants malades ne sont pas allés chez le voyant-guérisseur, « même si pour d'autres choses il était d'usage de s'y rendre », m'a-t-on précisé. Toutefois deux cas sont légèrement différents. Un jeune homme sait que sa mère a consulté de nombreux voyants-guérisseurs avant d'accepter qu'il ne guérirait pas. Précisons que ce drépanocytaire est le seul garçon d'une fratrie de sept enfants, ce qui rend son affection suspecte et inacceptable, d'autant qu'il fut très malade pendant son enfance. Une femme, aujourd'hui âgée de 36 ans, sait que sa mère a consulté des voyants-guérisseurs avant que les médecins « trouvent quelque chose ». Une malade se souvient qu'un jour, alors qu'elle était enfant, un voyant-guérisseur est venu chez sa grand-mère avec qui elle habitait pour une séance dont l'objet n'était pas sa santé ; toutefois, en la remarquant toute chétive, l'homme, sans détour, a annoncé : « elle ne passera pas 20 ans ». Le fait que l'*anémie* est le fil conducteur qui permet de comprendre la drépanocytose au point qu'il y a amalgame entre les deux affections explique que peu de gens ressentent le besoin de consulter un voyant-guérisseur.

À la Guadeloupe, j'ai cherché à connaître quelles sont les maladies infantiles mortelles. Rapidement les informateurs âgés m'ont parlé de la

*bière* (11), maladie de la prime jeunesse qui emportait beaucoup d'enfants avant l'âge de 7 ans (12). Ceux qui passaient ce cap étaient considérés comme sauvés, la maladie disparaissant passé cet âge.

La *bière* est diagnostiquée dès la naissance de l'enfant ou peu de jours après, aussitôt qu'apparaît le signe caractéristique de cette maladie : la grosse veine bleue qui traverse le front. Les enfants qui souffrent de la *bière* sont généralement chétifs, ils pleurent beaucoup, sont souvent fatigués et « toujours malades ». L'entourage constate vite qu'« ils ne sont pas des enfants comme les autres ». Leur rythme scolaire est très perturbé – « c'est une semaine à l'école, une semaine à la maison » – pour cause de maladie. Les mères qui ont élevé un enfant malade disent que c'était une tâche très lourde notamment à cause des pleurs et des cris dont elles ne comprenaient pas la raison. Certaines ont remarqué que la maladie ne se manifeste pas dès la naissance, même si la veine est déjà là, mais lorsqu'elle apparaît plus tard elle va en s'aggravant jusqu'à environ sept ans. Une femme se souvient que sa fille a eu beaucoup de plaies aux jambes et que son ventre était souvent gonflé. Selon les informatrices ces derniers traits pathologiques ne sont pas caractéristiques de la *bière* mais il arrive qu'ils apparaissent chez des enfants atteints de cette maladie (13).

L'origine de la *bière* est inconnue. On ne connaît pas de remède pour la soigner et personne ne sait pourquoi elle passe avec la petite enfance (ou est fatale avant). Pour protéger le petit malade, davantage que pour le guérir, on le mettait « en vœux », c'est-à-dire qu'il était habillé exclusivement de blanc et de bleu et ses parents le conduisaient souvent à l'église. Son parrain ou sa marraine lui offrait une chaîne, avec les trois médailles de « la croix, l'espérance et la charité », qu'il devait porter jusqu'à ce qu'elle casse. À ce moment il fallait impérativement jeter chaîne et médailles supposées emporter avec elles la maladie de l'enfant. Contrairement aux discours très étayés que l'on entend à propos d'autres maladies, celui sur la *bière* est pauvre. Un certain fatalisme, vraisemblablement dû au défaut d'explication de cette affection, marque les récits des personnes qui furent concernées par cette pathologie infantine.

(11) Personne n'a pu m'éclairer sur le sens de ce mot, qui d'ailleurs est inconnu des jeunes générations.

(12) Le chiffre 7 a une forte valeur symbolique issue, entre autre, des divers ouvrages d'ésotérisme très prisés aux Antilles.

(13) Il faut préciser que les enfants drépanocytaires ont souvent la rate très grosse et donc le ventre gonflé. Les mères doivent régulièrement palper la rate de leur enfant pour éviter qu'il ne fasse un infarctus de cet organe. D'autre part, les plaies qui s'infectent et guérissent mal sont fréquentes dans cette population de malades.

Je n'affirme pas que la *bière* soit la drépanocytose. Toutefois il est permis de penser que parmi les enfants qui ont souffert ou sont morts de cette maladie créole, certains devaient être des drépanocytaires. Tous les drépanocytaires rencontrés lors de l'enquête en métropole ignorent le mot de *bière* ; ils ne savent donc pas si à un moment leur entourage leur a imputé cette maladie. Il est difficile de découvrir s'il s'agit d'un oubli portant sur le nom peu signifiant d'une maladie dont on ne parle plus beaucoup, ou bien si le diagnostic de *bière* n'a jamais été fait pour eux. Trois femmes rencontrées à la Guadeloupe ayant chacune élevé un enfant atteint de la *bière* ignorent si, arrivé à l'âge adulte, leur enfant a été diagnostiqué drépanocytaire ; mais elles ne le pensent pas. Toutefois il faut relever que le signe de cette maladie, la veine bleu qui traverse le front, n'est pas sans souligner un lien avec le sang.

Ce détour par la *bière* vise aussi à lever un *a priori* qui veut que dans les systèmes médicaux où il existe une causalité sorcellaire les maladies dont la cause est inconnue, et *a fortiori* si elles ne se guérissent pas, équivalent justement à des pathologies dues à la sorcellerie. Une maladie, dès qu'elle est identifiée et nommée, et par ce processus sort du registre des « troubles », peut être qualifiée de naturelle même si sa cause est inconnue et qu'on ne sait pas la traiter. (L'absence de traitement étant une conséquence de l'absence d'explication pour en rendre compte). Une affection sera imputée à la sorcellerie si le médecin ne décèle rien de pathologique alors que la personne demeure souffrante (14), ou si le pronostic du médecin ou du voyant guérisseur ne se vérifie pas, surtout si une guérison était annoncée. Aux Antilles, comme partout, on accepte l'idée qu'une maladie soit inguérissable pourvu que cela soit clairement énoncé et que le déroulement de l'affection corresponde à ce que l'on en connaît, dans le cas des maladies traditionnelles, ou à ce qui sera prévu par le médecin, pour les pathologies traitées dans le cadre de la biomédecine. Ainsi une drépanocytose bien expliquée et surtout bien pronostiquée – c'est-à-dire quand la figure du médecin se double de celle du devin – ne suscitera pas chez le patient l'angoisse d'une interrogation sur une éventuelle origine maléfique de son affection, perspective que la connaissance de l'*anémie* tendait déjà à éloigner.

Au sein des populations antillaises l'empreinte du catholicisme est forte, même si de nos jours cette religion est sévèrement concurrencée, et critiquée avec des propos peu amènes, par de nombreuses sectes. Ce qui

(14) Je sous-entends que le voyant-guérisseur, contrairement au médecin, trouvera toujours une cause, sur le registre de la persécution magique, à un trouble. (Seule la réussite de la cure préconisée validera cette cause).

est mis au rang de « naturel » c'est l'ordre divin, « ce qui est voulu par Dieu », dit-on. Une affection « naturelle » est dite aussi « maladie de Dieu », elle trouve son origine dans la volonté divine. À l'inverse, on nomme « maladie surnaturelle » ou « maladie des hommes » une affection due à la persécution magique, à la sorcellerie. Son origine réside dans une intentionnalité humaine, et dans des agissements maléfiques qui bousculent l'ordre normal des choses, celui voulu par Dieu. Ceux qui sont atteints de « maladies naturelles » s'adressent à Dieu (et à ses auxiliaires, les saints, la Vierge, le Christ et le Sacré-Cœur) pour qu'il atténue la rigueur de son dessein. Les supplices, les pratiques propitiatoires et de protection, se font par le biais des rituels propres à la religion catholique : prières, pèlerinages, port de médailles, mises en « vœux », etc. Au cours de l'enquête sur la drépanocytose j'ai rencontré une jeune femme qui, enfant, fut mise en « vœux » comme on le faisait pour la *bière*. Une grand mère envoie toujours de Martinique des médailles et des « gardes-corps » à sa petite fille qui est drépanocytaire. Si on n'attend pas la guérison de ces pratiques, rien n'interdit d'espérer qu'elles aident à atténuer la maladie ou à rendre le patient moins fréquemment souffrant. Lorsqu'au cours d'une « maladie naturelle » la santé se détériore et que la mort s'en suit, il faut accepter cette issue comme quelque chose de normal, qui relève de la destinée. Les proches du malade, ou du défunt, qui consulteraient les voyants guérisseurs seraient moqués et désignés comme des personnes « superstitieuses » toujours prêtes à déceler de l'« anormal » et du « surnaturel » dans le cours des choses.

### ***Hérédité et malédiction***

Au cours de l'enquête j'ai abordé la question de l'hérédité de la maladie en demandant si dans la famille on connaissait d'autres cas de drépanocytose, ou bien de maladies qui lui ressemblent, en spécifiant que peut-être une mère ou une grand-mère aurait fait un rapprochement entre l'état du malade drépanocytaire et celui de quelqu'un d'une génération précédente ou de même sang. D'emblée, c'est-à-dire sans s'accorder un temps de réflexion, la réponse de l'interrogé était négative, sauf dans les cas où la drépanocytose avait été diagnostiquée médicalement (la sœur d'un malade, un oncle paternel et un cousin dans le cas d'une jeune drépanocytaire).

Il faut préciser qu'aux Antilles l'hérédité qui s'exprime d'une façon négative, par exemple à travers une lignée de personnes marquées par la maladie, par la déchéance matérielle ou sociale, fait irrémédiablement

penser à la malédiction (15). Celle-ci est une condamnation d'origine divine pour une faute grave qu'un individu ou un de ses ascendants auraient commise. Cette sanction est héréditaire, elle se ferait sentir pendant sept générations, dit-on. Divers délits provoquent la malédiction. En général ces fautes sont l'inceste, les coups donnés aux parents et la sorcellerie. Abandonné de Dieu, le maudit, de première génération ou par héritage, passe dans la sphère du mal régie par Satan. Ce dernier le pousse à des comportements délictueux. Le maudit devient « capable de tout dire, de tout faire » dit-on. Il est lui-même porteur, virtuel dans le meilleur des cas, du mal. Personne ne souhaite s'inscrire dans une telle lignée où l'individu, puni de Dieu pour une faute commise par lui-même ou un aïeul, est marqué de tares et de maux divers tout en étant à son tour acteur, possible, du mal comme le fut l'ascendant dont le délit marque la lignée. Dans ce contexte l'enquête sur l'hérédité d'une maladie, ou d'un malheur, s'avère difficile ou bien nécessite une connaissance beaucoup plus intime des individus et de leurs proches. Ces proches englobent autant ceux qui ont une bonne relation avec le malade et sa famille que ceux qui sont dans un rapport conflictuel car ce sont souvent des adversaires qui dévoilent les affaires intimes d'une famille que ses membres souhaitent laisser ignorer : les histoires d'inceste sur plusieurs générations, les imputations de sorcellerie à répétition, mais aussi les tares qui se transmettent, les morts prématurés, les déchéances, etc. Si l'enchaînement horizontal, ou synchronique, des malheurs signifie une agression en sorcellerie, l'enchaînement vertical (sur plusieurs générations), ou diachronique, des malheurs relève d'une punition divine.

Précisons que personne ne se dit maudit, comme personne ne se dit sorcier. La malédiction fonctionne comme un système d'imputation. Elle sert à désigner des personnes comme source de désordres et de malheurs. Les individus qui s'inscrivent dans une telle lignée sont l'objet d'une surveillance, de la part d'autrui, qui leur laisse peu de chance d'échapper à la réprobation dans la mesure où le moindre écart de conduite sera soumis à une grille de lecture qui est en leur défaveur. Les personnes concernées par de telles imputations nient la faute de l'ascendant, ou lui trouvent une justification, et elles expliquent par une autre cause que la malédiction la succession de malheurs, de tares, etc. Souvent aussi elles nient tout le système, affirmant haut et fort que la malédiction n'existe pas, ou bien que c'est une croyance de l'ancien temps, et de la superstition. Néanmoins il est un cas de figure beaucoup plus difficile à vivre car l'imputation se fonde

---

(15) Sur la malédiction on peut consulter Bougerol, 1990.

sur un fait indéniable : il s'agit de celle qui touche une personne née d'un inceste. L'individu ne peut nier son origine et celle-ci est souvent connue d'autres personnes ; nous sommes ici dans une société d'interconnaissance où, en outre, la surveillance entre voisins est forte. À l'occasion d'un conflit il arrive qu'une personne née d'un inceste se voit violemment rappeler les conditions de son engendrement et se fasse parfois traiter de « maudit ». L'individu dans cette situation présente souvent des difficultés psychologiques ; quand il le peut il choisit de se couper de son lieu d'origine en émigrant (16). Je rappelle que dans l'enquête sur la drépanocytose ma connaissance des personnes était insuffisante pour obtenir des informations qui relèvent autant de l'intime. Je n'ai pas recueilli d'histoires de famille qui évoquent l'inceste, l'imputation de sorcellerie, etc.

Même si la croyance dans la malédiction s'estompe dans les nouvelles générations, il reste que dans la pratique on n'aime pas soulever la question de l'hérédité négative. C'est ce que rapporte la mère d'un garçon drépanocytaire qui, après avoir interrogé son propre père sur la maladie « de son côté », et s'être faite aussitôt rabrouer, conclut « on n'aime pas parler des maladies héréditaires ». Une femme, dont la fille adolescente est très marquée par la drépanocytose, essaie de convaincre une nièce enceinte de faire une analyse de sang afin de savoir si le bébé qu'elle portera sera malade, mais elle essuie un refus. Elle réitère ses tentatives auprès de nièces plus jeunes, en âge de procréer, sans plus de succès. Ces attitudes la révoltent. Elle interprète les résistances de sa parentèle comme un refus de reconnaître combien sa fille est malade, ce qui est douloureux, et, fort justement, comme la négation du fait que dans le sang de la famille il y a quelque chose qui peut rendre malade. Excédée, elle conclut ses récriminations par ces mots : « et pourtant la drépanocytose ce n'est pas une maladie honteuse ! ». Une autre femme, mère d'une jeune adulte drépanocytaire, m'explique que lorsqu'elle a été enceinte d'un homme autre que le père de sa première fille (malade) elle n'a pas fait d'analyse de sang car « la maladie, ce n'est pas de mon côté ». Cette femme, très charmante et accueillante, me fournit ces « explications » avec tellement d'assurance que je me sens incapable de lui dire que les choses ne sont pas exactement comme elle les imagine, et par mes paroles de la blesser (puisqu'elle est obligatoirement, autant que le père de la malade, porteur sain du gène S).

Ainsi, souligner l'hérédité d'un fait négatif n'innocente pas la personne qu'elle concerne. On pourrait imaginer qu'en appeler à ce type de transmission serve d'excuse, mais aux Antilles se référer à l'hérédité a

(16) L'histoire de vie d'une personne née d'un inceste est rapportée dans Bougerol, 1984-1985.

souvent comme résultat de culpabiliser l'individu ou de le mettre dans l'état de malaise de celui qui est face à une question qu'il préfère éviter.

Il faut relever que l'hérédité de la drépanocytose n'a pas un grand caractère de visibilité sociale. Je veux dire que jusqu'à très récemment il n'y avait pas de lignée de drépanocytaires, c'est-à-dire de père ou de mère malades qui transmettaient la maladie à leurs enfants, et ces derniers à leur progéniture, tout simplement parce que beaucoup de drépanocytaires mouraient avant d'être en âge de procréer. En outre, du côté des femmes, la maladie ne leur permettait que très rarement de mener à bien des grossesses et de supporter les accouchements comme elles peuvent le faire de nos jours grâce à un encadrement biomédical des plus serrés. Le caractère héréditaire de la maladie se repérait au niveau de la fratrie et des collatéraux. Dorénavant un changement peut s'amorcer qui rendrait plus visible l'hérédité de cette pathologie. Des femmes drépanocytaires ont la possibilité d'accoucher, dans les meilleures conditions sanitaires possibles, d'un enfant également malade. À son tour ce dernier pourra faire la même chose. Ainsi, aussi paradoxal que cela puisse sembler, des lignées de drépanocytaires pourraient apparaître du fait des interventions de la bio-médecine dans leurs destins de malade.

## Conclusion

Pour conclure je voudrais insister sur l'importance de l'information médicale.

Les malades veulent que cette information soit diffusée hors de leur milieu et qu'elle atteigne notamment le corps enseignant. Ceci pour éviter que des non malades interprètent faussement la maladie dont ils ne connaissent que les signes que les patients leur laissent obligatoirement observer, et qu'ils aient des actes préjudiciables au moral ou à la santé des drépanocytaires.

Dans la gestion de leur maladie les patients, et leurs proches, mettent en avant l'impact thérapeutique de l'information médicale. Informés, ils apprennent certes que leur pathologie est grave et cette révélation est sans aucun doute anxiogène. De plus, la révélation du caractère héréditaire de l'affection, ignoré jusque là, peut entraîner un malaise difficile à gérer. Toutefois, quand la maladie est bien expliquée et comprise – qu'elle n'est plus du « chinois » – les mesures à prendre pour éviter les crises graves deviennent plus évidentes et susceptibles d'être acceptées. Les massages, les applications de compresses d'eau chaude, etc., sont remplacés (ou accompagnés) par de nouveaux actes comme le fait de boire beau-

coup, de palper la rate d'un enfant, d'éviter les efforts intenses, etc. Certes, en métropole, assumer socialement cette maladie inconnue et compliquée est difficile. Néanmoins, où qu'il réside, le malade informé peut passer d'une organisation de vie quotidienne aléatoire à des actes concertés qui réduisent les épisodes aigus de son affection. Car si l'*anémie* sert de connaissance de base, disons de substrat, à la compréhension de la drépanocytose, cela n'est souvent pas suffisant. Les douleurs violentes au point de nécessiter l'hospitalisation et qui, de surcroît, récidivent, conduisent à penser que c'est une forme grave ou spéciale de l'*anémie* qui se manifeste là. Cette part obscure de cette maladie naturelle, c'est la biomédecine qui en lève le voile, informe et permet de passer d'une gestion aléatoire de la maladie à une gestion concertée.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue Française de Sociologie*, 27, 4, 3-27.
- Berchel C., et al., 1992, Histoire naturelle de la drépanocytose, *La Revue du Praticien*, 15, 1885-1891.
- Bougerol C., 1983, *La médecine populaire à la Guadeloupe*, Paris, Karthala, 179 p.
- Bougerol C., 1984-1985, Hériter de la malédiction ou de la persécution à la maladie mentale, *Psychopathologie Africaine*, 20, 3, 245-271.
- Bougerol C., 1990, Sorcellerie, malédiction et justice divine à la Guadeloupe, *Ethnologie Française*, 2, 169-176.
- Edelstein S., 1988, *Biologie d'un mythe*, Paris, Sand, 246 p.
- Farmer P., 1990, Sending sickness : Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haïti, *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-27.
- Good B., 1977, The Heart of What's the Matter : The Semantics of Illness in Iran, *Culture, Medecine and Psychiatry*, 1, 1, 25-58.
- Le Galès C., et al., 1992, Apport d'un modèle économique de rationalité individuelle dans l'évaluation des politiques publiques. L'exemple du dépistage néonatal de la drépanocytose en France métropolitaine. Actes de l'atelier 2 : La régulation des systèmes de santé. Colloque Européen *De l'analyse économique aux politiques de santé*, Université Paris-Dauphine, 392-402.

# Anciens buveurs et alcoolisme

## Discours de la causalité

Sylvie Fainzang\*

**Résumé.** L'objet de cet article est de s'interroger sur les conceptions étiologiques développées par les membres d'une association d'anciens buveurs (*Vie Libre*) concernant l'alcoolisme. L'examen de leurs discours, confrontés au discours doctrinal du mouvement, permet de montrer que :

1. même lorsqu'il y a refus de s'interroger sur les causes de son alcoolisme (ou de celui de son conjoint), il y a production d'un discours étiologique ;
2. ces discours s'alignent sur les modèles culturels construits autour des catégories de sexe ;
3. l'interprétation que l'individu donne de son alcoolisme (ou de celui de son conjoint) influence, sinon détermine, ses choix thérapeutiques ;
4. la coexistence de ces discours avec le discours doctrinal de *Vie Libre* est possible et ne contrecarre pas l'action du mouvement pour autant que les schémas de causalité qu'ils contiennent, admettent une focalisation sur la « responsabilité » de l'Alcool-Sujet.

La question de la causalité est un objet privilégié de l'anthropologie qui s'est de longue date attachée à étudier les schèmes explicatifs élaborés par les divers groupes sociaux pour comprendre les événements auxquels ils sont confrontés. Si cette question a plus particulièrement été abordée dans le contexte des sociétés exotiques (cf. Zempléni, 1985), où maladie et malheur sont indissociables et font l'objet d'un même système inter-

\* Sylvie Fainzang, anthropologue, INSERM, CERMES, 201, rue de Vaugirard, 75015 Paris.

prétatif, elle se pose également dans les sociétés occidentales où coexistent et s'interpénètrent des systèmes cognitifs et des représentations culturelles hétérogènes (1).

L'étude des discours de la causalité dans le cadre d'un mouvement d'anciens buveurs (*Vie Libre*) implique de rompre avec les catégories forgées par les ethnologues à propos des sociétés traditionnelles dans la mesure où l'élaboration de ces discours par les personnes concernées est dissociée de l'activité diagnostique assurée par les spécialistes de la cure. Toutefois, elle est néanmoins pareillement confrontée au fait que les conceptions étiologiques assignent souvent une pluralité de causes à la maladie parmi lesquelles la place accordée prioritairement à une cause ou à une autre est porteuse à la fois de significations et d'effets spécifiques.

C'est sur cet ensemble complexe de causes et de schèmes explicatifs de l'alcoolisme développés par les membres de ce mouvement (dont il convient de noter la relative homogénéité sociale) que nous avons choisi de nous interroger, afin de saisir les logiques qui président à ces imputations causales, et leur lien avec les conduites sociales des individus concernés (à savoir les alcooliques et leurs conjoints) (2).

Le premier intérêt de cette recherche était d'articuler la problématique de la causalité à une réflexion sur l'efficacité. En effet, notre hypothèse de départ était que l'efficacité thérapeutique de ce type d'association est tributaire de l'adoption, par ses membres, des schèmes de causalité élaborés par sa doctrine. En vérité, nos matériaux nous ont conduit à distinguer différents niveaux de discours de la causalité selon que les individus portaient leur attention sur l'alcoolisme en général ou sur leur alcoolisme en particulier. La question est alors devenue : comment, dans le contexte particulier d'une association de malades, dominée par une doctrine et un certain modèle de penser la maladie alcoolique, les sujets fabriquent-ils leur propre interprétation du mal ? Et comment le mouvement *Vie Libre* intègre-t-il ces différents types de discours ? Quelles sont les incidences de l'élaboration d'un autre discours causal, à l'intérieur d'un cadre où

---

(1) S'agissant des étiologies traditionnelles, Zempléni a réalisé une étude approfondie des problèmes conceptuels rencontrés par les ethnologues dans l'étude de la causalité qu'il considère comme le plus vieux thème et le plus épais de l'anthropologie de la maladie. Il a notamment tenté de résoudre les difficultés conceptuelles auxquelles on se heurte lorsqu'on étudie la question de la causalité dans les sociétés sans écriture en proposant une nouvelle terminologie qui rende compte des diverses opérations incluses dans l'activité diagnostique.

(2) Les discours de causalité envisagés ici ne concernent que les conduites d'alcoolisation s'effectuant dans le cadre de l'alcoolodépendance.

l'adhésion à la doctrine du mouvement est un prérequis aux comportements thérapeutiques attendus du malade, en particulier à la pratique de l'abstinence ?

Le second intérêt d'une étude sur les représentations de la causalité est d'appréhender simultanément le discours sur les causes comme construction intellectuelle et comme producteur de conduites sociales. En effet, si l'on s'accorde avec la conception durkheimienne de la représentation (3), l'étude des représentations de la causalité permet d'éclairer, par exemple, non seulement les conduites des sujets en matière de stratégies thérapeutiques, mais également la manière dont elles tissent autour de l'ancien alcoolique un nouveau type de lien social. Cette réflexion s'articule à la problématique du rapport à l'Autre. Elle pose notamment la question de savoir, *en amont*, comment les sujets évaluent les divers rôles et les diverses responsabilités dans l'occurrence de la maladie alcoolique, et *en aval*, comment s'articulent les différentes stratégies de protection (à savoir la nécessité de se protéger de la maladie et la volonté de se protéger de l'Autre, à travers un rapport modifié à l'Alcool) (4).

L'étude a été menée auprès de membres de plusieurs sections du mouvement *Vie Libre*, tout particulièrement en région parisienne. Les données sont constituées de diverses sortes de discours, sollicités ou spontanés, tenus lors d'entretiens, en réunion ou en famille, et consignés méthodiquement depuis quatre ans, tout au long d'une enquête fidèle à la méthode de l'observation participante, impliquant la fréquentation assidue du mouvement et l'observation au quotidien des conduites de ses membres.

(3) À laquelle N. Sindzingre (1984) marque son allégeance en notant que : « Par rapport à d'autres réflexions concernant l'interprétation de la maladie, par exemple philosophiques, historiques ou biomédicales, celle de l'anthropologie a une spécificité inscrite dans la démarche même de cette discipline : penser celle-ci comme représentation, donc comme fait social ; l'appréhender comme production intellectuelle *et* pragmatique – "représentation" est un terme qui ne renvoie pas seulement à des pensées ou à des mots, mais aussi à des conduites – d'un groupe donné, comme découpage particulier dans une totalité sociale réelle ». La notion de *représentations* désigne donc, non pas des idées *sur* les choses, mais « des croyances et des jugements étayant des pratiques effectives » (p.102).

(4) Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large sur les constructions symboliques élaborées par les anciens buveurs et leurs conjoints pour s'expliquer et rendre compte à la fois de l'occurrence de la maladie dans leur famille et des effets de l'alcoolisme sur leur vie sociale et sur leur corps. Elle fait suite à une recherche sur les conceptions que les sujets développent concernant les effets de l'alcool sur le cerveau, les nerfs et le sang, et sur le rôle attribué à ces différents organes dans la formation de leur comportement social.

### *La question de la causalité dans la littérature sur les anciens buveurs*

Si certains auteurs se sont intéressés à la question de la causalité dans les associations d'anciens buveurs, les réflexions qu'ils nous proposent sont souvent hâtives. Chalif Saliba (1982) fait ainsi remarquer que dans les groupes d'anciens buveurs, « la question pathologique occupe peu de place, tout au moins dans sa facette étiologique. (...) La question du pourquoi les intéresse peu, c'est en fait le problème du comment qui retient toute leur attention : comment on s'achemine vers cette sorte de "destinée" qu'est, selon eux, l'alcoolisme, et surtout comment on peut s'en sortir » (p.81).

Il y a quelque abus à généraliser, comme le fait cet auteur, à partir du cas des Alcooliques Anonymes, puisque c'est bien sur ce groupe qu'il a porté son attention, et que cette association est foncièrement différente, dans sa doctrine, d'un mouvement comme *Vie Libre* (5). Il convient en effet de souligner la particularité du mouvement *Vie Libre*. Créé en 1953 dans un contexte de lutte sociale par un ancien aumônier de la JOC (Jeunesse ouvrière chrétienne), *Vie Libre* est un mouvement non religieux et non spiritualiste (se distinguant à cet égard tant de la Croix d'Or, ou de la Croix d'argent, que des Alcooliques Anonymes), qui recrute majoritairement dans les milieux populaires (ouvriers et employés), entretient des liens étroits avec le milieu médical, et dont l'action pour la réinsertion des anciens alcooliques est prépondérante. Contrairement aux Alcooliques Anonymes, le mouvement *Vie Libre* a développé une théorie de la maladie alcoolique fondée sur l'idée que la société est responsable de ce mal. Il se donne explicitement pour tâche de rechercher les causes de l'alcoolisme, comme l'attestent le sous-titre de la revue *Libres* (« Guérison, réinsertion et promotion des malades alcooliques. Prévention et lutte contre les causes ») (6), ainsi que les statuts de l'association qui stipulent que les anciens buveurs s'engagent à mener la lutte contre l'alcoolisme et ses causes économiques et sociales. Aussi, y a-t-il quelque diffi-

---

(5) Il ajoute d'ailleurs : « Considérer l'alcoolisme comme une maladie comparable au diabète renvoie à un raisonnement sur le modèle religieux basé sur la notion de prédestination. Il s'agit d'un déterminisme pluri-dimensionnel où une large part est réservée au facteur spirituel. Or qui dit spirituel dit croyance, donc tout raisonnement étiologique devient inutile. Chez les A.A., la solution du problème ne dépend pas de la découverte des causes. On peut voir dans leur approche une sorte d'anti-modèle psychiatrique » (p.83).

(6) Jusqu'en Octobre 1990, le sous-titre de *Libres* était : « Revue du Mouvement *Vie Libre*. Guérison et promotion des victimes de l'alcoolisme et lutte contre les causes ».

culté à admettre avec Saliba que « La question étiologique les préoccupe peu », même s'il est vrai, comme le note cet auteur, qu'« ils admettent qu'il y a autant de raisons de boire qu'il y a d'alcooliques ». En vérité, une enquête approfondie révèle que, par delà un apparent refus de s'interroger sur les causes de leur alcoolisme chez un certain nombre de personnes, il y a presque toujours mise en relation de leur part entre l'état de maladie et un événement ou une situation donnée, et que les connexions causales élaborées induisent un certain type de rapport à l'alcool dans le registre des stratégies thérapeutiques ou des stratégies de protection.

Intégrant cette fois-ci des sujets membres du mouvement *Vie Libre*, une recherche a été menée sur la manière dont l'alcoolique se perçoit et se croit perçu (d'Houtaud et alii, 1988). Les tendances majeures dégagées par les auteurs de cette enquête par questionnaire les conduisent à affirmer que les anciens buveurs et les alcooliques actuels « mettent en avant la responsabilité personnelle de l'alcoolique avant celle de la société, celle du milieu de travail, a fortiori celle du conjoint et celle des enfants (p.55), et ajoutent « les buveurs se sentent davantage responsables que victimes, que ce soit de la société ou des circonstances ». Comme on le verra, nos observations sont fort différentes. Cette différence serait-elle due à l'impact de la doctrine de *Vie Libre* sur les discours recueillis dans notre recherche, apte à générer des discours explicatifs distincts ? On peut le penser. Il est vrai que sur 300 personnes interrogées, seuls 42 personnes faisaient partie de *Vie Libre* dans l'échantillon de l'enquête citée (soit 15 %). Ceci pourrait expliquer la différence de résultats, s'il n'y avait dans cette enquête quelque chose qui s'apparente à ce que nous appellerons un vice de forme. Les auteurs notent en effet une forte « médicalisation » de l'alcoolisme (entendant par là qu'il est considéré comme une maladie), l'emportant de loin sur « les explications par le vice, l'hérédité, la fatalité, les troubles psychologiques ».

Toutefois, leur analyse s'appuie sur les réponses que les sujets ont apportées à la question de savoir s'ils considéraient l'alcoolique comme : 1. un malade, 2. une personne atteinte d'un vice, 3. une victime de l'hérédité, 4. une victime de la fatalité, ou 5. une personne ayant des troubles du caractère. Or s'il est évident, lorsqu'on approfondit ce type de recherche, qu'il existe une relation d'inclusion entre la réponse 1. et n'importe laquelle des autres réponses, on peut rester perplexe quant à la fiabilité des résultats de ce type d'enquête. La maladie revêt ici une position ambiguë : elle est à la fois cause et résultat. Dans un cas, dans le registre des causes, elle s'oppose à l'hérédité, à la fatalité, aux problèmes psychologiques, et dans un autre cas, elle représente une conséquence de ces diverses autres causes. Tout se passe comme si le statut de maladie conquis par l'alcoolisme constituait en soi une explication de l'alcoolisme, puisque les auteurs, plutôt que

d'observer cette donnée et de tenter de l'analyser, l'induisent eux-mêmes dans la formulation de leur question, et pérennisent, tant à travers la conception de leur questionnaire qu'à travers la conclusion qu'ils tirent des réponses obtenues, la confusion – largement présente, comme on le verra, chez certains sujets –, entre définition et explication d'un phénomène.

Les travaux de Bernard Mottez (1973, 1976), enfin, proposent quant à eux une réflexion beaucoup plus fine, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

### **Les schèmes de causalité**

Il n'est pas dans notre propos ni de notre compétence de nous prononcer sur la pertinence ou non de la conception de l'alcoolisme comme maladie, sur laquelle divers auteurs se sont penchés (cf. en particulier : Clavreul, 1971, qui montre combien cette notion est contraire au dogme médical ; Mottez, 1976, pour qui la notion de maladie alcoolique est beaucoup moins une conception médicale que le credo nécessaire à l'action des associations d'anciens buveurs ; et Adès, 1980, qui souligne le rôle déculpabilisant que peut avoir la notion de « maladie alcoolique » située dans un rapport d'extériorité au sujet malade) (7), pas plus qu'on ne reprendra les notions, développées par le milieu médical, d'« alcoolisme primaire » (signifiant que l'alcool-dépendance est le seul objet de la maladie) ou d'« alcoolisme secondaire » (qui implique que l'alcool est le révélateur de difficultés antérieures, par exemple d'une dépression), puisque ce n'est pas dans ces termes que les individus pensent la maladie. On verra que les chaînes causales se construisent autrement. Et devant les connexions que les individus établissent entre perturbations psychiques et consommation d'alcool, le rôle de l'ethnologue n'est pas d'attester la réalité du caractère pathogène de l'un ou l'autre des segments de cette chaîne (8), mais d'examiner les logiques qui sous-tendent leur construction et de mettre au jour leur signification.

(7) Il suffit de constater, comme le font Jandrot-Louka et Louka (1989), l'ambiguïté du traitement social réservé aux alcooliques, pour voir que le statut de malade, dans ce cas, ne les fait pas pour autant inscrire leur maladie dans la catégorie des étiologies exogènes, où la maladie est extérieure au sujet. « La volonté, de préférence bonne, est une condition minimum pour qu'ils restent au statut de malade, et son absence les fait passer au statut de délinquants » (1989, p. 314).

(8) Maser et Dinges (1992-93) parlent à ce propos de la « comorbidité » de la dépression endogène avec l'abus de substances psychoactives.

L'analyse des matériaux fait apparaître deux niveaux de discours : le discours doctrinal et les discours individuels.

### 1) *Le discours doctrinal*

Le discours doctrinal de *Vie Libre* est celui qui apparaît dans les divers documents diffusés par l'association (bulletins à l'adresse des militants, revue bimensuelle, déclarations publiques dans les médias), incarnant la pensée de ses fondateurs (André Talvas et Germaine Champion) dont le comité national se fait approximativement l'écho (9), et adopté par ses adhérents. Ce discours causal est relativement homogène, cohérent avec la philosophie de *Vie Libre*. C'est un discours collectif, au sens où il est revendiqué par l'ensemble des membres d'une collectivité, dès lors qu'ils sont sollicités, en tant que tels (militants ou non) pour parler de l'alcoolisme.

Ce discours, aux accents assez fortement idéologiques lors de la création du mouvement (en 1953), s'aligne plus aujourd'hui, au plan formel, sur un discours de type Santé Publique, sans avoir rien perdu cependant de la signification profonde accordé à son militantisme et des convictions qui le sous-tendent quant aux causes de l'alcoolisme dans notre société : l'alcoolisme est ainsi envisagé avant tout comme une maladie sociale, favorisée par les conditions de vie d'un grand nombre d'individus et les intérêts économiques qui règlent la production et la consommation d'alcool, et contre laquelle on peut lutter en changeant la société. Contrairement aux Alcooliques Anonymes, *Vie Libre* considère que l'alcoolisme est une maladie liée à un contexte économique et social et non pas donnée à la naissance. On retrouve entre ces deux mouvements le conflit entre les théories de l'inné et de l'acquis. Avec les A.A., il y a acceptation d'une réalité vécue comme fatalité comme en témoigne la prière de la sérénité (10), tandis qu'à *Vie Libre*, il y a refus d'un phénomène envisagé comme produit par la société, et contre lequel on peut lutter. Alors que chez les Alcooliques Anonymes, on peut être alcoolique sans avoir jamais bu (l'alcoolisme étant considérée comme une maladie génétique), pour *Vie*

(9) Il existe toutefois quelques nuances entre le discours des fondateurs et celui des actuels présidents de l'association, lié à l'évolution du mouvement qui souhaite rester en prise avec le monde médical, les avancées de celui-ci entraînant des modifications dans les propos de celui-là. *Vie Libre* parle par exemple aujourd'hui, à l'instar des alcoologues, d'« alcoolodépendance » plutôt que d'alcoolisme.

(10) « Dieu m'a donné la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux changer, et la sagesse de connaître la différence. »

*Libre*, l'alcoolisme est une maladie liée à un contexte social. (On remarque la conformité des théories de l'alcoolisme développées respectivement par les A.A. et par *Vie Libre*, avec une tradition par l'explication génétique largement ancrée aux États-Unis, et une tradition plus socio-politique en France) (11). La différence entre ces deux théories de l'alcoolisme n'est pas des moindres et explique la propension de *Vie Libre* à comprendre les causes et à lutter contre l'alcoolisme, et celle des A.A. à en ignorer, au contraire, l'étiologie sociale. C'est d'ailleurs la raison par laquelle les anciens buveurs expliquent la plus grande popularité des A.A., et la grande méconnaissance dont *Vie Libre* fait l'objet, bien que ses membres soient plus nombreux : « *Les A.A. sont toujours invités partout, dans les forums sur la toxicomanies, par les médias, la presse, mais ils prennent jamais position, ces cochons-là* », déclare un membre du comité national. « *On les laisse causer puisqu'ils ont rien à dire. Nous, on s'attaque aux causes, donc on dérange !* ».

Récemment, le discours de *Vie Libre* sur l'alcoolisme se fait un peu moins résolument socio-politique et intègre la multiplicité des causes identifiées par les différentes disciplines qui se sont penchées sur la question (cf. *Libres*, n°185, 1991, Dossier : « le monde du travail face à l'alcoolisme »). Le mouvement parle désormais des causes personnelles et familiales, qui « s'ajoutent » aux causes sociales et économiques de l'alcoolisme. La charte de *Vie Libre* stipule d'ailleurs qu'« il faut découvrir les causes psychiques qui ont conduit quelqu'un à la boisson ». La dépendance à l'alcool est envisagée comme signe d'autre chose, à élucider et à résoudre. On citera pour illustrer le fait que *Vie Libre* préconise le travail psychothérapeutique, la place accordée dans la presse du mouvement au témoignage d'une infirmière de prévention qui écrit : « La bouteille, c'est le symptôme, il faut trouver la cause de ce besoin ». Tout en cautionnant la notion de « maladie alcoolique », le mouvement *Vie Libre* n'arrête donc pas là la chaîne explicative. Il puise dans les résultats des recherches menées par les différentes disciplines (économie, sociologie, psychologie, épidémiologie), pour nourrir sa réflexion sur l'alcoolisme. Conscients de ce que

(11) Bien que les associations soient unanimes à dire que l'alcoolisme est une maladie, elles diffèrent donc néanmoins entre elles sur la question du type de maladie auquel on a affaire. La presse de *Vie Libre* écrit ainsi : « On peut comparer l'alcoolisme à la boulimie, l'anorexie, le tabagisme, mais pas au cancer, diabète ou tuberculose. Les premières sont des maladies qui ont un rapport évident avec la volonté, les autres ne sont pas choisies mais subies ». Ce point de vue est radicalement différent de AA qui compare au contraire l'alcoolisme au diabète sur la base d'une théorie de l'alcoolisme comme « allergie à l'alcool ».

les conditions de travail et d'existence ne peuvent à elles seules expliquer le développement de la maladie alcoolique, les représentants du mouvement *Vie Libre* tendent également aujourd'hui à nuancer leur discours en parlant non pas seulement de « causes » mais de « facteurs ». On peut ainsi lire dans *Libres*, n°183 : « Les interventions sur les causes de l'alcoolisation et la prévention de l'alcoolisme se font par une action directe sur les facteurs directs : consommation, production, et par l'intervention sur les facteurs indirects, sources de mal de vivre », de même que l'on peut y retrouver les notions de « facteurs externes » (environnement socioculturel, environnement professionnel, environnement familial, pression médiatique) et de « facteurs internes » (prédispositions individuelles) proposées par le Haut Comité d'Étude et d'Information sur l'Alcoolisme (12). Les alcoologues, nourris des avancées les plus récentes de l'épidémiologie, et donc *Vie Libre* à sa suite, envisagent en effet aujourd'hui l'alcoolisme comme le résultat d'une pluralité de causes. Ceci pousse certains représentants nationaux du mouvement à parler non plus de cause unique, mais de facteurs (au pluriel) ou d'un réseau de causes (13).

Il est frappant de constater la constitution de l'alcool comme Sujet dans le phénomène alcoolique : la revue *Libres* affirme la nécessité de faire mention de la responsabilité de l'Alcool (et non pas de l'alcoolisme) dans toutes les campagnes d'information et de prévention des « grands problèmes de société et des maladies : femmes battues, enfance martyre, prostitution, délinquance, violence, accidents du travail, cancers, maladie cardio-vasculaires, etc. » (cf. *Libres*, n°183).

En contrepoint à l'affirmation de la vulnérabilité des classes ouvrières, dont on trouve la trace dans les premiers documents du mouvement (i.e. dans les années cinquante), *Vie Libre* ne se fait pas faute de rappeler que l'alcoolisme n'est pas l'apanage des classes populaires (14), en vue de dissocier dans l'esprit commun : populaire et mal. La revendication du caractère populaire du mouvement n'est pas envisagée comme un paradoxe : elle est l'affirmation d'une autre façon d'être alcoolique, et s'articule à un vécu social différent, bref renvoie à une autre causalité.

(12) Aujourd'hui absorbé par le Haut Comité de la Santé Publique (cf. HCEIA, « Poste de travail et alcool », 1989).

(13) Sur le concept de réseau de causalité, qui comprend les effets de plusieurs agents et leurs interactions, voir Vineis (1992).

(14) La revue *Libres* cite une enquête de l'INSEE de 1981 faisant apparaître que les ouvriers qualifiés n'arrivent qu'au 6<sup>e</sup> rang des consommateurs réguliers d'alcool après les exploitants agricoles et leurs salariés, les artisans et petits commerçants (*Libres*, n°159, 1986).

## 2) *Les discours individuels.*

Ces discours, tenus par les membres de l'association (anciens buveurs ou conjoints d'anciens buveurs) sont ceux que nous avons pu recueillir à travers l'observation et la fréquentation assidue des familles adhérant à *Vie Libre*. Toutefois, ils ne forment aucunement, on le verra, un corps homogène de représentations. On se trouve confronté à des variations individuelles liées au fait que la maladie, dont la construction est assujettie à des modèles culturels, est aussi une expérience individuelle. La question peut d'ailleurs se poser de savoir ce qui détermine l'adoption chez les sujets, de tel type de discours et s'il existe des types de discours de causalité différents selon que celui qui le produit est un ancien alcoolique ou non.

### *Pourquoi chercher à savoir ?*

Alors que le mouvement *Vie Libre* inscrit dans son programme la lutte contre les causes de l'alcoolisme, certains malades rejettent radicalement cette interrogation. Il y a là un décalage entre le discours officiel (doctrinal) qui s'attache à la recherche des causes et le discours de certains de ses membres (qui affirment l'inutilité de les connaître). À ce niveau d'observation, on pourrait donner raison à Saliba, lorsqu'il affirme le désintérêt des anciens buveurs pour la « facette étiologique » de leur pathologie, s'il n'y avait là précisément d'une part un décalage avec ce que tend à réaliser le mouvement *Vie Libre* au niveau doctrinal, et si le refus annoncé par certains sujets de rechercher les causes ne s'accompagnait pas, paradoxalement, d'un discours interprétatif de la maladie.

Bernard Mottez (1973) note très justement que lorsqu'au cours des séances de groupe les buveurs se mettent à rechercher les raisons les ayant conduits à boire (15), ils invoquent la politique nationale en matière d'alcool et les profits que beaucoup en retirent : « l'alcoolisme d'habitude fait figure d'explication dispensant (...) d'y regarder de plus près ». (...) « Cet effet se trouve redoublé en raison de son alliance au terme d'alcoolisme psychique avec lequel, formant couple, ce qu'il y a dans l'un est supposé ne pas être dans l'autre » (p.79), expression qui a pour objet, selon lui, de constituer en comportement de classe un comportement qui est un comportement psychique. Si la même chose pourrait être dite des anciens

(15) Il s'agit ici de buveurs en cure dans le cadre de la médecine du travail.

buveurs de *Vie Libre*, on verra toutefois que cette attitude n'est pas identique pour tous les buveurs selon leur sexe, et que l'affirmation d'un alcoolisme d'habitude n'est pas qu'une explication en négatif, dispensant d'en fournir une autre, mais qu'elle a également sa vertu propre.

En réunion, l'usage fait par certains participants du terme de « cause » pour rendre compte des conditions dans lesquelles ils sont devenus alcooliques ou dans lesquelles ils ont rechuté, entraîne parfois des discussions fort vives parmi les anciens buveurs. Les uns reprochent aux autres de s'abriter derrière des causes extérieures visant à se déculpabiliser, et les autres répliquent en recherchant d'autres termes que celui de cause, comme celui de « moteur », parlant alors des « moteurs de l'alcoolisation ». Tout se passe comme si la notion de *cause* contenait l'idée d'une justification, retirant à l'alcoolique toute responsabilité dans le développement de sa maladie.

On peut noter le refus, chez certains membres, du discours doctrinal du mouvement sur les causes sociales de l'alcoolisme, lié à la difficulté qu'ils ont à se reconnaître dans la situation de l'alcoolique décrite par les textes diffusés par *Vie Libre*. « *Y en a plein dans la section, ils sont pas au chômage, ils ont une maison, une famille ; alors, c'est pas vrai que c'est les cas sociaux qui boivent, c'est plutôt l'alcoolisme qui apporte des cas sociaux ! un gars qui boit, c'est pas parce qu'il est au chômage qu'il boit ! c'est plutôt parce qu'il boit qu'il perd son emploi ; ce qu'ils appellent des causes, c'est des conséquences !* » (un ancien buveur). Ce point de vue est partagé par des conjoints de buveurs, bien que pas nécessairement par leurs conjoints.

La répugnance à laisser un buveur s'exprimer sur les causes supposées de son alcoolisme se fonde sur la crainte de le voir chercher dans les dites causes quelque justification qui tende à le déresponsabiliser de son acte : « *On a toujours de bonnes raisons de boire : t'en as, elles disent que c'est parce qu'elles sont veuves, d'autres au chômage, d'autres, c'est parce que leur mari, il a une maîtresse !... Tout ça, c'est des prétextes. Mais y en a qui ont tout ça et qui boivent pas !...* » (un conjoint de buveuse). « *Ça sert à rien de chercher pourquoi on s'est mis à boire ; on a toujours de bonnes raisons : des problèmes financiers, un divorce, n'importe quoi, des problèmes, tout le monde en a* » (un buveur). Le refus de connaître la cause signifie ici le refus de s'abriter derrière elle comme derrière une excuse et de justifier son alcoolisme. La recherche de la cause est redoutée comme si elle devait faire obstacle à la recherche de la guérison, à la volonté de guérir et constituait un frein à l'action militante. Tandis que le mouvement préconise cette réflexion, de nombreux sujets tentent d'y échapper comme pour mieux répondre, paradoxalement, aux injonctions d'activisme de *Vie Libre*. Chez ces sujets, être actif, c'est être tourné vers l'avenir (c'est le

vouloir-guérir), qui s'oppose radicalement à la quête étiologique, tournée vers le passé.

D'autres envisagent avec pessimisme toute possibilité de compréhension du phénomène, au motif que ce qui est en cause, c'est précisément la duplicité du personnage alcoolique : « *c'est pas la peine de demander à quelqu'un pourquoi il boit, ça sera toujours un mensonge* ». Ils refusent alors le discours causal en arguant de l'impossibilité pour un alcoolique de répondre sans mentir, puisqu'il n'est plus lui-même (cf. Fainzang, 1994). Une femme dont le frère était alcoolique contacta un jour le mouvement *Vie Libre* et expliqua aux deux membres qui la reçurent les problèmes qu'il avait eus avec sa femme. L'un d'eux lui répondit alors : « *Madame, on veut pas savoir pourquoi il a bu. Ça n'a pas d'importance qu'il nous dise pourquoi il boit, parce que d'abord il nous racontera que des mensonges!* ».

Enfin, le refus de cette interrogation sur les causes est parfois justifié par son inefficacité pour lutter contre la maladie : « *Ça sert à rien de se demander pourquoi on boit, c'est pas parce qu'on sait pourquoi, qu'on guérit* ». Dans un opuscule publié par *Vie Libre*, un ancien buveur membre du mouvement, Pierre Boidin (1982), aborde ainsi la question de causalité : « *Pourquoi boit-on ? pour des tas de raisons. On boit parce qu'on est triste, on boit parce qu'on est heureux d'être ensemble* ». L'idée défendue ici est que toutes les raisons sont bonnes même quand elles sont contraires, d'où l'absurdité de ce questionnement individuel (16).

Tout se passe comme si la recherche des causes devait se faire au seul niveau de la société globale dans le but de voir comment être efficace dans l'action militante. Il semble qu'on puisse faire chez ces sujets, une distinction entre les causes de l'alcoolisation d'un individu particulier, sur lesquelles ils considèrent qu'ils n'ont pas à s'interroger puisque l'efficacité du mouvement ne doit rien à la connaissance des raisons individuelles de la maladie, et les causes de l'alcoolisme en général qui fournissent une base de réflexion sur les moyens dont l'association doit se doter pour mener une action militante efficace, auprès des pouvoirs publics notamment. Au niveau individuel, ce qui compte « *c'est de savoir pourquoi on veut arrêter de boire* », ou, formulé dans des termes plus positifs quant à savoir ce que doit être l'objet de l'introspection : « *ce qui est important, c'est de savoir pourquoi on veut guérir* ». À l'hôpital, un malade en rechute en cure de

---

(16) Cela ne l'empêchera pas de mettre en cause, au niveau collectif, la solitude et l'isolement dont souffrent de nombreuses personnes, et de proposer le slogan : « métrododo-boulot-bistrot » pour stigmatiser un certain mode de vie et rendre compte des raisons qui poussent les gens à rechercher des contacts dans les cafés.

sevrage reçut la visite de deux « buveurs guéris » de *Vie Libre* ; il expliqua à ses amis pourquoi il avait recommencé à boire. L'un d'eux lui répondit : « *Mais tes causes, on en a rien à foutre ! Parce que si tu cherches tes causes, tu vas te les rappeler, tu vas recommencer à boire. Cherche plutôt les causes pourquoi ne pas boire !* ». Le refus de l'introspection s'assortit ici d'une crainte des souffrances qu'elle peut engendrer et de son caractère pathogène. De l'affirmation de l'inutilité de la recherche de la cause, on passe ici à l'affirmation de sa dangerosité : « *Plus on se demande pourquoi on boit, plus on boit !* » (une buveuse).

Cette crainte reste très présente lors même que les sujets se livrent à cette investigation des causes : « *Quand j'ai compris que l'alcoolisme, c'était une maladie, avec ma femme, on a discuté pendant des heures pour essayer de voir d'où ça venait. Et puis j'me suis rendu compte que les moments où elle buvait le plus, c'était quand elle téléphonait à sa famille, à ses frères et sœurs ou à ses parents. J'ai remarqué ça, moi. Et puis aussi, y a un deuxième truc : quand sa mère est décédée, à chaque fois qu'elle a porté un vêtement de sa mère, elle se remettait à boire. Ça la déprimait. Alors, on a tout enlevé. Mais on s'est forcé à ne pas vouloir savoir le pourquoi profond et depuis quand. Parce que, est-ce-qu'il y a quelque chose derrière, un mauvais souvenir que ça réveillerait, on ne sait pas ! Je la sens pas assez forte pour !* » (un conjoint).

Comme on le voit, et cela contrairement à ce que préconise l'association dans ses textes, un certain nombre de membres rejettent donc l'interrogation sur les raisons qui les ont poussés à boire, ou qui ont incité leur conjoint à boire. Cette attitude est-elle le propre d'un milieu social peu enclin ou peu entraîné à la démarche introspective ? C'est probable. Ce qui nous intéresse toutefois ici, c'est que le refus affiché de rechercher les causes de leur alcoolisme ou de celui de leur proche, n'exclut pas, paradoxalement, la production d'un discours interprétatif de leur maladie, voire d'un discours causal (17). La détermination des causes de son alcoolisme par un individu (et dont on trouve les traces dans ses discours spontanés) joue un rôle structurant dans l'élaboration de ses conduites thérapeutiques.

(17) Il n'est pas inutile ici de souligner la valeur heuristique de la méthode ethnologique qui s'appuie sur un terrain de longue durée et sur l'observation. Le recours à des modes de recueil de données autres que l'entretien et les questionnaires permet d'obtenir du matériel qui conduit à distinguer le discours affiché (celui que les sujets produisent consciemment et revendiquent en réponse à des questions posées lors d'entretiens) et le discours spontané, plus profond, qui jaillit de lui-même aux détours de conversations informelles et qui fuse à travers les actes de la vie quotidienne.

À travers l'idée selon laquelle la recherche de la cause équivaut à la tentative de se justifier, on retrouve ce que Young (1978) retenait précisément comme critère pour une définition anthropologique de la maladie comme inconduite disculpée grâce au transfert de sa responsabilité sur une cause externe à l'intention de l'individu malade. Cette question a été largement discutée par Zempléni (1985), pour qui l'élucidation de la cause n'implique pas disculpation puisqu'elle peut précisément aboutir à mettre en cause la responsabilité de l'individu dans l'apparition de son mal, considéré alors comme maladie-sanction.

Bien que l'élucidation de la cause n'ait pas pour conséquence nécessaire de disculper le malade, elle peut en revanche avoir celle de disculper son entourage. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle certains conjoints sont au contraire d'ardents défenseurs de cette recherche des causes : « *C'est important de savoir les vraies raisons, parce qu'au moins, on se déculpabilise !* ».

Si l'on souhaite appliquer le judicieux conseil de Watzlawick (1972), selon lequel : « Quand la cause d'un segment de comportement demeure obscure, questionner sa finalité peut néanmoins fournir une réponse valable » (p. 41), le décalage éventuel qui résulte de cette investigation doit être analysé. Ainsi, dans les discours de nos informateurs, il est frappant de voir que nombreux sont les buveurs chez qui ce n'est pas la cause de l'alcoolisation qui est explorée, mais la raison d'être, le but de l'alcoolisation. On passe du *pourquoi* au *pour quoi*. Cependant, si Marceline buvait « *parce qu'elle était dépressive* » et « *pour se donner du courage et oublier ses problèmes* », en revanche, Albert, maçon, buvait *parce qu'il était* « *entraîné à boire sur son chantier tout simplement* », mais « *pour se sentir mieux et oublier ses soucis* », déclare-t-il (et non pas *pour faire* comme les autres, comme on s'y attendrait), un jour où il évoque les problèmes qu'il avait régulièrement sur son chantier dans ses relations avec les autres maçons qui lui faisaient des « crasses ». La finalité psychotrope de l'alcool, qui ressort souvent après des entretiens prolongés et une familiarité avec les informateurs, n'est presque jamais annoncée par les hommes au départ. Ceci nous amène à nous interroger sur les différents discours de la causalité tenus sur la consommation excessive de l'alcoolique en fonction de son sexe.

### ***La place des sexes dans les discours de la causalité***

Bien que, comme on l'a vu, l'élucidation de la cause de leur alcoolisme soit fréquemment refusée, tout au moins lorsque leur point de vue est sollicité sur ce sujet, les anciens buveurs (de même que leurs conjoints)

sont néanmoins enclins à chercher et à produire des explications de l'événement, ainsi qu'il ressort de leurs propos spontanés (18).

Une régularité frappante dans les discours de la causalité alcoolique est la place accordée au milieu familial et à l'habitude pour ce qui concerne l'alcoolisme des hommes, et à la dépression et aux difficultés psychologiques pour ce qui concerne l'alcoolisme des femmes : *« Moi je dis que le service militaire, ça les incite à boire, hein, aussi ; enfin, déjà ils sont prédisposés, parce qu'il avait quand même un père qui était aussi alcoolique, alors chez lui on buvait beaucoup déjà »* (conjointe de buveur).

*« Petit à petit, peut-être un peu parce que j'étais dépressive, j'ai trouvé que ça me donnait un petit coup de fouet, de boire. J'étais fatiguée, et puis alors déprimée ! Même dans mon travail, je trouvais que c'était déprimant parce que les élèves sont durs et puis les parents sont durs aussi en fin de compte. Si on veut faire travailler un enfant on a les reproches des parents parce qu'on l'a grondé, comme quoi il fait des cauchemars la nuit, qu'il dort plus ! si on balance une gifle à un gamin, on est sûr d'avoir des reproches ! bon ben moi, ça me déprimait ! »* (buveuse, ancienne institutrice).

*« Mimile, il a toujours bu par habitude »* (conjointe de buveur).

*« J'ai sorti avec un homme qui m'a menti, et je l'ai découvert par la suite : quand je me suis retrouvée enceinte, il a pas accepté le mariage parce qu'il était déjà marié. Alors ça m'a beaucoup marqué, à partir de ce moment-là, j'ai commencé à faire de la dépression »* (buveuse).

*« Chez les femmes, ça commence par la dépression, ça finit par l'alcool ; chez l'homme, c'est le contraire »* (un buveur).

*« Parfois, elle se sauvait carrément de la maison, mais elle avait pas obligatoirement bu ! c'était vraiment l'aspect dépression. Elle allait n'importe où, dans la nature, dans les bois, elle disait : je vais trouver une rivière où me suicider »* (un conjoint de buveuse).

Il n'est pas rare que lorsqu'un individu évoque sa famille pour souligner que nombreux en sont les membres, hommes et femmes, touchés par l'alcoolisme, celui-ci est assorti d'un commentaire différent selon le sexe du buveur : *« Moi, j'avais sept-huit ans, on buvait de la bière à table déjà en mangeant, quand j'étais dans le nord. Mon père était alcoolique et ma mère avait des problèmes d'alcool, ensuite je suis monté à Paris,*

(18) Il est remarquable à cet égard que les matériaux recueillis lors de l'expression spontanée des individus dans leur vie quotidienne, font apparaître des discours étiologiques chez ceux-là même qui les refusent lorsqu'ils sont interrogés sur cette question. Une distinction doit donc être établie ici entre la parole spontanée et la parole sollicitée, aspect d'autant plus important qu'il souligne la valeur heuristique de la méthode ethnologique.

*j'ai travaillé aux Halles, on travaillait la nuit, alors le matin, c'était le Ricard. J'ai un petit frère qui habite Saint-Ouen, il est alcoolique, lui aussi, il a toujours bu ; j'en ai un qui est dans l'Aube, ils lui ont coupé une jambe il y a pas longtemps, suites de l'alcool, il a dû avoir un problème d'artérite qu'il a pas fait soigner, ils l'ont amputé ; par contre j'ai une sœur qui est alcoolique, elle habite en Vendée, elle a voulu se suicider 3 ou 4 fois »* (un buveur). On remarque ici que l'indication donnée à propos de sa sœur concerne sa santé psychologique, au contraire des informations fournies à propos de ses frères qui sont seulement physiques ou techniques.

Ainsi, qu'il soit homme ou femme, alcoolique ou conjoint d'alcoolique, le locuteur explique généralement l'alcoolisme d'un buveur par l'habitude et l'entraînement, et celui d'une buveuse par ses difficultés psychologiques. Plus rarement, l'alcoolisation excessive de l'individu est mise sur le compte de sa personnalité : « *Chez elle, c'est par vice, c'est comme le mensonge ! Ça, c'est dans le caractère des rousses !* » (un conjoint de buveuse).

Les résultats d'une enquête commanditée par l'association *Vie Libre*, et menée par Alain Cerclé (1992), ont conduit ce dernier à faire remarquer que la principale cause de consommation évoquée par les buveurs est l'entraînement (38,5 %) mais qu'il existe des différences en fonction de leur sexe : les hommes évoquent des causes sociales alors que les femmes se réfèrent à des causes psychologiques. Comme l'a remarqué également Patrice Noiville (1981), « un facteur déclenchant semble plus facilement retrouvé et avancé par la femme que par l'homme alcoolique. La femme est généralement plus soucieuse de repérer et de mettre en évidence l'événement traumatique responsable de son alcoolisation : déboires sentimentaux, infidélité du conjoint, veuvage, perte ou changement d'emploi, mariage, naissance d'un enfant, etc. » (p.133). Doit-on pour autant conclure à une spécificité de l'alcoolisme masculin par rapport à l'alcoolisme féminin, ou peut-on tenter d'analyser comment s'organisent les discours qui s'y rapportent ?

Dans un ouvrage collectif publié par le Centre de recherches sociologiques de Toulouse sur les alcoolismes féminins (1984), les auteurs dénoncent avec raison « le portrait-robot de la femme alcoolique dont un des traits serait (à côté de la clandestinité et l'interdit social) la névrose » et s'étonnent de ce que « la séparation entre alcoolisme primaire (ou d'entraînement) et alcoolisme secondaire (dû à des problèmes psychonévrotiques) recouvre quasi exactement la coupure sexuelle : ainsi ne seraient dignes de l'intérêt des "psy", que les femmes ». Citant E. Dupont, ils notent : « il ne faut pas oublier que certains éléments de cet alcoolisme féminin dit psychiatrique sont d'origine culturelle et ne doivent pas être systématiquement mis sur le compte de la névrose, ainsi l'intensité de la

culpabilisation, et la profondeur des difficultés relationnelles et existentielles chez des femmes très isolées de par leur statut de femmes au foyer » (que les auteurs appellent les femmes « emmaisonnées »), et remarquent que la femme alcoolique exhibée de nos jours a pour triste écho la femme hystérique du début du siècle.

S'il est certain que la spécificité de l'alcoolisme féminin tient à des raisons culturelles et non à la nature intrinsèque de la femme, il est non moins vrai qu'un alcoolisme masculin intègre aussi largement les problèmes psychologiques, quand bien même ils font l'objet d'un non-dit. C'est ainsi que la fréquentation assidue des familles membres de *Vie Libre* nous a permis d'apprendre que Bernard, jeune homme séduisant aux allures volontiers machistes, qui se présente comme un buveur « par habitude » et dont l'épouse évoque les anciennes saouleries avec les copains, va régulièrement cuver son vin sur la tombe de ses parents. De même, Jules, qui n'a jamais mis son alcoolisme que sur le compte de l'entraînement, nous dira un jour : « *je suis orphelin de père depuis l'âge de 9 ans, ma mère s'occupait plus de moi, alors quand j'ai commencé à travailler à quatorze ans, j'gardais ma paye, j'vadrouillais* ».

« *Est-ce-que je sais moi, pourquoi je buvais ?* », s'exclame un buveur en réunion. « *J'ai toujours bu, depuis l'âge de 14 ans* ». Les récits de vie qu'il nous fournira, fragment par fragment au cours de notre étude, nous apprendront que c'est à cet âge qu'il a perdu sa mère, et sa femme nous confiera plus tard qu'il pleure aujourd'hui encore, à quarante-trois ans, à cette pensée.

Qu'on nous comprenne bien : il ne s'agit pas pour nous d'*expliquer* l'alcoolisme de ces buveurs, et de substituer à leur explication par l'habitude, une explication par les difficultés psychologiques, mais de suggérer qu'il y a une éventuelle occultation par les sujets de certaines causes au profit de certaines autres, et d'examiner l'utilisation et la manipulation qu'ils font des schèmes de causalité. L'occultation des difficultés psychologiques des hommes en amont de leur alcoolisation est précisément une donnée sur laquelle il y a lieu de s'interroger.

L'alcoolisme masculin n'est bien sûr pas toujours expliqué par le seul entraînement. Il est parfois fait état de difficultés, mais dans des termes toujours différents de ceux qui s'appliquent aux femmes. On remarque ainsi que la tendance à mettre en avant des causes psychologiques dans l'alcoolisme des femmes (fragilité, dépression, nerfs...) a son pendant dans l'évocation des causes sociologiques de l'alcoolisme des hommes (entraînement, pression sociale, mauvaises conditions de travail) (19). La cause

(19) Constatant que l'alcoolisme masculin est massivement référé à des causes sociales, Cerclé fait remarquer que les grands principes de classification (alcoolisme social/psycho-individuel//alcoolisme masculin/féminin) sont communs aux théories sur les causes de la maladie fournies par les enquêtées et les classifications « savantes » (p.118).

se situe alors hors du buveur (elle lui est exogène), alors qu'elle est dans la femme, intrinsèquement fragile (elle lui est endogène).

L'homogénéité des propos de certains buveurs et de certains conjoints de buveurs semble suggérer qu'il n'y a pas des types de discours de causalité différents selon que celui qui le produit est alcoolique ou non, mais plutôt selon le sexe de l'alcoolique dont il est question. L'évocation du plaisir, du goût pour la boisson, est elle-même faite dans des termes différents selon le sexe du buveur. Chez le buveur, le goût pour l'alcool est synonyme de recherche de plaisir. Son affirmation met en scène son corps, ses sens. En revanche, le goût qu'a la femme pour l'alcool est synonyme de vice, ainsi qu'il ressort des propos tenus par le conjoint de la buveuse évoqué plus haut, mettant en scène la psychologie particulière des femmes rousses.

On remarque que non seulement fort peu de buveurs, parmi nos informateurs, ont évoqué des difficultés psychologiques comme cause de leur alcoolisation excessive, mais que de surcroît, lorsque cela se produit, leur récit fait le plus souvent référence à ce qui est considéré comme une « bonne raison », comme par exemple une injustice. C'est le cas d'un agent de police qui explique : *« Moi, j'm'occupais de la caisse de la cafétéria, et un jour ils m'ont demandé de rendre la caisse, qu'un autre s'en occuperait, et puis je me suis fait voler l'argent dans le train. Quand je suis rentré au boulot, ils m'ont dit que c'était moi qui avait volé l'argent ! Alors je me suis mis à boire, comme ça, tout seul le matin, à la cave. Et puis je me suis fait prendre à la prise de mon service. Ils m'ont fait souffler dans le truc, j'avais plus de trois grammes »*.

Un autre, magasinier dans une grande surface, raconte : *« Moi, j'ai été victime d'une injustice. On m'a accusé à tort, alors c'est là que j'ai commencé à picoler. Au boulot, on m'a accusé de vol, parce qu'un jour j'ai oublié la caisse que je devais ramener à l'entrepôt où je suis réceptionniste, et le lendemain, elle avait disparu. Ça m'a complètement cassé. J'ai fait une dépression. Et je me suis mis à boire de plus en plus, parce que les bouteilles, y en a à foison, là-bas ! La bière, y en a plein de paquets ! tu peux te servir, y a de tout ! »*.

Si du point de vue de la recherche étiologique, les enchaînements causals ne sont pas transitifs, comme le fait remarquer Anne Fagot-Largeault (1992) : « De ce que A cause B et B cause C, il ne résulte pas que A cause C » (p.37) (20), il n'est cependant pas rare que les discours et récits faits

(20) Elle illustre ce point en rappelant que l'obésité est une cause de diabète et le diabète, une cause d'insuffisance rénale, mais que l'obésité n'est pas une cause d'insuffisance rénale.

par les sujets laissent apparaître une transitivité dans les chaînes de causalité : Jeanne (une conjointe de buveur) explique : « *Comme je pouvais pas avoir d'enfants, je me suis dit que ça devait l'ennuyer, que ça le déprimait, et que petit à petit c'est pour ça qu'il s'était mis à boire* ». Un autre jour, elle raconte à une nouvelle adhérente du mouvement qu'elle s'est longtemps cru responsable de l'alcoolisme de son mari : « *J'ai pensé pendant très longtemps qu'il buvait parce que je pouvais pas avoir d'enfants* ». Le maillon intermédiaire (la perturbation psychologique, ou la dépression qui résulte de A et qui entraîne à son tour C) peut être sans inconvénient oblitéré du récit causal, lorsqu'il s'agit de relater la genèse de l'alcoolisme masculin. L'accent est plus mis sur les raisons de la dépression que sur la dépression elle-même.

On remarquera enfin que la dimension psychologisante du discours causal se retrouve souvent chez les deux conjoints sans que la cause évoquée soit nécessairement la même. Ainsi, Francis attribue-t-il le début de l'alcoolisation de son épouse au choc qu'elle a éprouvé à la mort de son frère quatre ans auparavant, tandis qu'elle explique son alcoolisme en évoquant les difficultés qu'elle a eues à assumer sa troisième grossesse dix ans plus tôt et auxquelles elle fait remonter son état dépressif.

De même que les femmes sont présentées, en règle générale, comme nécessairement vulnérables, et alcooliques *parce que* vulnérables, de même les discours de la causalité font intervenir des représentations du corps en étroite relation avec la construction sociale des catégories de sexe. Les liens de causalité établis notamment entre l'état des nerfs et l'alcoolisme ont ceci d'intéressant qu'ils les situent généralement en amont de l'alcoolisation lorsqu'il s'agit d'une femme alcoolique, et en aval de l'alcoolisation lorsqu'il s'agit d'un homme, même si, dans tous les cas, les nerfs subissent les effets de l'intoxication par l'alcool.

De nombreux travaux font état de la féminisation du symptôme des nerfs. Pour n'en citer qu'un, l'approche historique de la catégorie des nerfs dans la médecine occidentale que propose Cayleff (1988) montre ainsi que la conceptualisation, tout comme le diagnostic et le traitement médicaux des désordres des nerfs ont été largement marqués par les « idéologies de genre ». L'impact évident de ces idéologies sur la construction sociale de la catégorie des nerfs se retrouve dans le discours sur les causes de l'alcoolisme : tout se passe comme si, en vertu de leur conformation naturelle, les femmes avaient les nerfs plus vulnérables, leur nervosité et les problèmes y afférents étant susceptibles d'induire une conduite d'alcoolisation excessive, alors que les nerfs des hommes ne seraient malades qu'à condition d'être touchés par une substance extérieure, l'alcool, dont les caractères intrinsèques viendraient pervertir la nature propre de l'homme. Ici les hommes ont également les nerfs fragilisés mais ce ne sont jamais

des nerfs malades qui permettent d'expliquer leur comportement en amont. C'est l'alcoolisation excessive qui entraîne leur fragilisation. Les nerfs sont naturellement fragiles chez les femmes, ils sont détériorés par l'alcool chez les hommes.

Ce qui nous semble important ici n'est pas tant de mettre en cause la réalité d'une opposition tranchée entre alcoolisme masculin et féminin, que de montrer que les discours façonnés par les sujets visent à renvoyer d'eux ou de leur conjoint une image sociale satisfaisante ou conforme à la construction culturelle des catégories de sexe. Trouver une raison psychologique (dépression, fragilité) est nécessaire pour la femme chez qui l'alcoolisation est stigmatisée, n'en pas trouver (et évoquer l'habitude ou l'entraînement) est nécessaire pour l'homme chez qui l'alcoolisation est valorisée, en tant qu'elle atteste à la fois de sa force physique, capable de « tenir » l'alcool, et de la convivialité dans laquelle elle est insérée. Les discours de la causalité sont le fruit d'une élaboration culturelle, en ce que le lien établi entre une cause donnée et l'alcoolisme répond à une nécessité sociale, celle de se conformer à l'image résultant de la construction culturelle des catégories de sexe, de même qu'y répond le choix d'occulter la cause qui pourrait défier cette image.

On se référera aux remarques très pertinentes de Lieban (1992), citant Kenny, à propos des maladies prestigieuses comme l'hypertension artérielle, la goutte, les ulcères, en tant qu'associées à, ou causées par, un « excès de bonnes choses dans la vie ». Lieban commente : « L'étiologie de la maladie peut symboliquement l'associer avec ce qui est considéré comme socialement désirable ».

De la même façon, l'attribution de l'alcoolisme à l'entraînement (de même que, par voie de conséquence, l'occultation des causes psychologiques en ce qui concerne l'alcoolisation excessive des hommes) est valorisante car elle suppose implicitement une sociabilité dense. La lecture des discours de la causalité doit donc prendre en compte le fait que l'interprétation causale est le résultat d'une construction collective assujettie à celle des catégories de sexe.

### *Les chaînes causales*

Bien que la doctrine *Vie Libre* ait produit au sujet de l'alcoolisme un discours de la causalité cohérent, l'alcoolisme et plus encore sans doute l'alcool occupent une position ambiguë dans la chaîne étiologique. L'alcoolisme est ainsi parfois conçu comme la *cause* de toutes les maladies ou comme la source de tous les malheurs (problèmes professionnels, mésen-

tente conjugale, difficultés scolaires des enfants, peur, violence), parfois comme *symptôme* (notamment de désordres psychiques), d'autres fois enfin comme *conséquence* de problèmes d'un autre registre (social, professionnel). Le flou conceptuel qui entoure la notion d'alcoolisme dans les documents de l'association *Vie Libre* (21), à l'image d'ailleurs de celui qu'il revêt dans le milieu de l'alcoologie (22), est également endossé par les discours individuels, qui tendent souvent à attribuer à l'alcoolisme (identifié à l'alcool) le rôle cumulé de cause et conséquence.

Mais l'alcool est fréquemment présenté comme LA véritable cause : « *On dit toujours qu'y a des problèmes qui font que les gens ils deviennent alcooliques, ben, en fait on s'aperçoit que quand on devient alcoolique, on s'attire des problèmes. Celui qui se met à boire, il commence à avoir des problèmes, celui qui boit pas, il a pas de problèmes* » (un buveur).

« *Y a pas de cause valable : t'as des femmes qui te diront que c'est parce que leur mari les a quittées, et en remontant l'histoire, on trouvera que c'est parce qu'elle buvait que son mari l'a quittée !* » (une conjointe d'ancien buveur). L'alcool est alors situé au début de la chaîne causale.

« *On dit toujours "les maladies du cœur", "les maladies du poumon", "le cancer", etc., mais on devrait dire : "l'alcool", car c'est ça la vraie maladie, qui entraîne toutes les autres. Au départ, c'est l'alcool, la cause !* » (un conjoint). L'alcool est alors à l'origine de toutes les maladies, comme de tous les malheurs (23). L'alcool devient l'explication ultime de la maladie, au-delà de laquelle on ne peut remonter. « *Chez lui, il y a pas eu de dépression, c'était la continuité, tout doucement jusqu'au piège. Au début on se culpabilise, on se dit : "c'est peut-être parce que j'ai pas fait ci ou ça", finalement, après des années, on se rend compte qu'on a pas été le coupable, ça a été uniquement l'alcool qui a été le coupable !* ».

(21) De même que l'alcoolisation est à la fois cause, symptôme et conséquence de la maladie, l'abstinence est à la fois cause, signe et conséquence de la guérison.

(22) Les documents du HCEIA envisagent ainsi parfois l'alcoolisme comme une *pratique* (l'intoxication par l'alcool) productrice de maladies, et parfois comme un *état* pathologique, ce qui est bien évidemment différent non seulement au plan médical, mais aussi au plan sociologique.

(23) Cette représentation se retrouve au sein du corps médical, si l'on en croit Clavreul (1971) qui écrit à ce propos : « Si l'homme du savoir, le médecin, affirme d'abord que l'alcool est cause de tous les malheurs, ou presque, il l'instaure comme *signifiant*, c'est-à-dire comme le maître-mot à partir de quoi c'est toute une destinée qui se comprend, qui s'éclaire. (...) Adopter sans autre précaution la thèse qui nous est proposée, faire nôtre cette méconnaissance, c'est donner un dérisoire habillage scientifique à la croyance qu'un *génie* malin et pervers habite l'alcool ».

La construction d'une chaîne de causalité se soldera par un transfert de responsabilité sur l'alcool, dont la personnification a déjà été notée dans le discours doctrinal (voir plus haut). Sans doute y aurait-il lieu de considérer que ce que les sujets appellent « la cause » correspond à ce que Zempléni (1985) appelle « l'agent » dans sa distinction entre *cause*, *agent* et *origine*. Toutefois, il semble préférable de garder le terme de cause, non seulement parce que c'est le terme utilisé par les sujets eux-mêmes, mais aussi parce que la détermination de cette cause permet à certains précisément de renoncer à remonter plus haut dans la chaîne causale. L'explication par l'alcool a une vertu explicative totale : la chaîne est stoppée et la connaissance causale de la maladie s'épuise dans l'alcool.

L'appréhension des schèmes interprétatifs est d'autant plus ardue que ces derniers font l'objet d'une évolution dans le temps. Le récit suivant illustre les différentes étapes de la quête étiologique d'une épouse d'alcoolique : « *Cette maison, c'est mon mari qui l'a construite. Il est pas maçon, il est mécanicien ; mais il a des mains en or. C'est lui qui l'a construite entièrement. On n'avait pas d'argent, on l'a payée avec nos mois : on attendait la fin du mois pour que les briques rentrent ou pour faire rentrer les poutres. On a mis douze ans à la faire. Quand Robert, il est devenu alcoolique, je me suis tout de suite dit : "c'est de ma faute", d'abord j'ai pensé : "c'est parce que je suis plus vieille que lui", je l'avais prévenu quand il a voulu qu'on se mette ensemble, que j'étais plus vieille, mais il tenait à moi, je lui ai dit aussi : "je suis divorcée, j'ai déjà une fille, c'est fini, j'veux plus d'enfants", il a dit : "ça fait rien, moi non plus, j'en veux pas". Alors quand il s'est mis à boire, j'me suis dit : "c'est parce que suis plus vieille" et puis après "parce que je lui ai pas donné d'enfants", puis j'ai pensé : "c'est à cause de la maison", ça nous a tellement bouffé cette maison, tous ces soucis, puis je me suis rappelée qu'on s'est connu quand je servais dans un café ; c'est moi qui le servais, j'avais jamais fait attention, je sais pas ce que je lui servais, puis j'me suis rappelée : 3 ricards, peut-être 4... alors j'me suis culpabilisée ; et puis quand j'ai connu Vie Libre, on se déculpabilise ; pourquoi il a commencé à boire, on lui a jamais demandé. Ça c'est un travail personnel, et puis un jour, on comprend quelque chose : mon mari, il a réalisé que dès quatorze ans, il était apprenti mécanicien, ses copains de boulot – c'était des adultes – ils le poussaient à boire en disant : "t'es pas un homme", s'il refusait ».*

Les différents événements de la vie de ce couple (mariage, construction de la maison, difficultés financières, etc.) détermineront et moduleront les relations causales élaborées par cette femme pour s'expliquer la maladie de son mari, et dans lesquelles elle se met toujours en cause. La quête étiologique à laquelle elle s'est livrée se poursuivra jusqu'à ce que la rencontre avec le mouvement *Vie Libre* l'amène à renoncer à traquer les

causes de la maladie de son époux et les motifs qu'elle pourrait avoir de s'en tenir responsable. On notera toutefois que ces causes ne sont pas mutuellement exclusives, et que de nombreux récits admettent une pluralité de causes, même s'il n'est pas rare que ces diverses causes soient ramenées à une seule, originelle, d'où toutes les autres découlent, suivant le modèle que Coninck et Godard (1989) ont appelé « archéologique » (24).

On rapportera également l'exemple de ce témoignage rapporté dans la revue *Libres* (n°183, sept-oct 1990), où les séquences temporelles évoquées par un buveur ont au contraire pour objet de mettre en cause des tiers : « *Déjà, très jeune, ma grand-mère me donnait du pain trempé dans du vin et du sucre, je devais avoir quatre ou cinq ans. À quatorze ans, je suis parti à l'usine. Là, les anciens me faisaient ramener les litres de vin et me poussaient à y goûter. Pour ne pas paraître idiot, je devais accepter. C'est là que j'y ai pris goût. J'étais timide et bourré de complexes. Cela me permettait de me croire un homme. À vingt ans, ce fut le régiment, deux années en Algérie où nous avions, en plus de notre ration de vin, notre bouteille de "pousse au crime" qui faisait oublier la peur* ». Ce témoignage est exemplaire de la reconstruction causale de l'événement à travers l'évocation de trois phases temporelles (« à quatre ou cinq ans », « à quatorze ans », « à vingt ans ») qui auront toutes pour objet ici de disculper le buveur, et dans lesquelles sont impliquées la responsabilité des tiers ou des situations imposées (« ma grand-mère », « les anciens à l'usine », « le régiment en Algérie »).

Les sujets ne s'en tiennent donc pas nécessairement à une explication unique. Le discours causal évolue dans le temps : il intègre de nouveaux schèmes explicatifs et en garde ou en abandonne d'anciens. On a une étiologie dynamique, mouvante au gré des influences qu'elle reçoit (l'association, le conjoint, sa propre histoire...).

Les éventuels désaccords opposant les individus en réunion sur la position de l'alcool dans la chaîne étiologique et son statut dans la genèse et le développement de la maladie trouvent toujours à se résoudre par la conviction partagée que « quelle que soit la cause, si on commence, après c'est foutu », autrement dit par l'affirmation d'une causalité circulaire, en vertu de laquelle les difficultés dans lesquelles vit l'alcoolique et son alcoolisme s'entraînent inexorablement.

(24) Les schèmes étiologiques forgés par les anciens buveurs ne supposent pas nécessairement une causalité bijective, autrement dit si un individu est jugé alcoolique *parce qu'il est maçon*, ou *parce qu'elle a perdu son enfant*, etc., cela ne signifie pas que la réalisation de cette cause entraîne nécessairement l'apparition de l'alcoolisme. D'où la répugnance de certains buveurs à employer le terme de *cause*, comme s'il contenait en soi l'idée de cause nécessaire et suffisante.

## Du discours aux pratiques

À la question que nous nous sommes posée de savoir si l'efficacité du mouvement passe par l'adhésion de ses membres au système de représentations forgé par sa doctrine et notamment à son discours étiologique, la réponse doit être nuancée. On est tenté de répondre dans un premier temps par la négative dans la mesure où, comme on l'a vu, les discours individuels ne s'accordent pas nécessairement avec le discours doctrinal. Toutefois, on s'aperçoit que les discours individuels des buveurs ne sont pas foncièrement contraires à l'action du mouvement, puisque la coexistence de discours de causalité parfois antagoniques n'exclut pas de la part des individus l'observance de l'abstinence ni la prise en charge affective de leurs pairs. En effet, qu'il s'agisse du refus de s'interroger sur les causes profondes de son alcoolisation propre, ou du choix des sujets d'interpréter leur maladie de manière à donner d'eux-mêmes une image qui corresponde aux modèles sociaux associés aux catégories de sexe, le processus inclut dans tous les cas une focalisation sur l'élément-Alcool générateur de tous les maux. Cet élément, personnifié, devient celui par qui tout le mal arrive, qu'il soit générateur ou lui-même engendré par d'autres causes. Le sentiment consensuel est que, quelle que soit la position occupée par l'alcool dans les chaînes étiologiques, sa présence est à la source du mal qui les réunit dans ce mouvement.

Si le fait de placer l'alcool en amont des chaînes causales revient à affirmer avec force que sa suppression résoudra le problème de l'alcoolisme et, par conséquent, valider la nécessité de l'abstinence, la reconnaissance par les sujets d'une autre cause, antérieure ou originelle, de leur alcoolisation, doit, pour ne pas mettre un obstacle à leur volonté de respecter l'abstinence, s'accompagner d'un accord minimum sur les éléments fondamentaux de la théorie de la maladie développée par *Vie Libre*, à savoir sur le caractère acquis de l'alcoolisme (25), sur le caractère social de son occurrence (lié aux conditions et à l'histoire de vie des individus), et sur la possibilité de guérison de cette maladie.

(25) Au contraire de la théorie de la maladie développée par les Alcooliques Anonymes selon laquelle il s'agit d'une maladie génétique.

## Conclusion

Dans un précédent travail consacré à l'interprétation de la maladie dans des familles d'origines culturelles diverses (Fainzang 1989), nous avons distingué plusieurs modèles de mises en accusation dans les discours élaborés par les sujets. On y distinguait : la mise en cause de soi, la mise en accusation d'un Autre (proche ou éloigné), et la mise en accusation de la société. Ces modèles se retrouvent ici, avec :

1. la mise en cause de la fragilité intrinsèque des femmes alcooliques qui boivent parce qu'elles sont dépressives (la « faiblesse », la « fragilité », l'« absence de volonté », la « maladie des nerfs », sont autant de termes récurrents dans ce type de discours) ;
2. l'imputation de l'alcoolisme à un événement dont un proche est tenu responsable (divorce, stérilité, etc.) ou au comportement des autres (entraînement, malveillance, etc.). On observe toutefois que l'accusation de son conjoint se fait rare parmi les couples adhérents de *Vie Libre*. Présente parfois dans les discours des nouveaux membres, elle est vite contrecarrée par l'idéologie de la symbiose et de la solidarité entre conjoints développée par le mouvement ;
3. enfin la mise en cause de la société (à travers les mauvaises conditions de vie faites aux individus, les intérêts économiques en jeu, la publicité, la pression sociale, etc.).

Dans tous les cas, si la stratégie collective prônée par le mouvement est de militer et de lutter contre les situations pathogènes engendrées par un certain type de société, la stratégie individuelle est de se distancier de l'alcool et de l'Autre (buveur) (26). C'est ainsi que de nombreux ex-alcooliques choisissent de ne plus fréquenter de buveurs et de couper totalement, au moins dans un premier temps, avec leur ancien réseau de relations sociales, auquel le mouvement se substitue. De même qu'ils font souvent disparaître l'alcool des foyers, considéré comme l'élément pathogène majeur, tel cet ancien alcoolique qui range désormais, dans le bar de son salon, les numéros de la revue *Libres*.

---

(26) C'est d'ailleurs ce que préconise *Vie Libre* en suscitant l'établissement d'une carte de relations de l'alcoolique par les membres de sa section en vue de discriminer les personnes qui devront être sollicitées ou au contraire évitées pour le bien du malade.

Comment le mouvement *Vie Libre* gère-t-il l'absence d'homogénéité des discours étiologiques ? Dans un numéro de la revue *Libres*, il est rapporté le cas d'un alcoolique qui, venu trouver des responsables du mouvement, leur dit : « Ben voilà, je suis venu parce qu'on m'a dit qu'ici, je pourrais trouver une femme », en ajoutant : « Si je bois, c'est parce que je suis seul. Trouvez-moi quelqu'un et j'arrêterai de boire » (n°171, p. 7). Ceux-ci lui répondirent qu'il était mal renseigné et lui signifièrent qu'il prenait le problème à l'envers : « Vous êtes seul parce que vous buvez ». On s'aperçoit que, selon que c'est le niveau individuel ou collectif qui est considéré, le discours de *Vie Libre* sur la causalité est différent. Ainsi, au niveau strictement individuel, l'alcool redevient la cause première, même si au niveau collectif, c'est la société qui est considérée comme à l'origine de l'alcoolisme.

L'inversion des termes de la relation causale n'est pas qu'une opération intellectuelle (ou une élaboration cognitive distincte), c'est aussi une stratégie.

La nature stratégique de l'élaboration et de la manipulation des schèmes de causalité réside dans leur aptitude à induire, de manière légitime et cohérente pour les individus, des conduites à vocation thérapeutique. Un mécanisme analogue s'observe chez les individus, en ce sens que le discours causal élaboré par les sujets concernant leur alcoolisme (en l'occurrence la position accordée à l'alcool dans la chaîne causale), a une incidence certaine sur leurs conduites thérapeutiques et leurs pratiques sociales.

On sait par exemple que de nombreux buveurs (hommes) refusent d'être soignés par des psychiatres, par crainte d'être assimilés à des malades mentaux (observation couramment faite par les psychiatres, dont Marty, 1980). Si la réticence des hommes à prendre des anxiolytiques, des tranquillisants ou des anti-dépresseurs peut s'expliquer par le fait que, comme le fait remarquer Pélicier (1992) : « aux yeux du grand public, prendre des anxiolytiques peut être considéré comme un signe de faiblesse suggérant un manque d'amour-propre », il n'est pas fortuit que cette réticence soit plus forte chez les hommes dont on se souvient la répugnance à reconnaître l'existence de difficultés psychiques en amont de leur alcoolisation. En revanche, on ne peut qu'être frappé par le fait qu'ils acceptent plus volontiers de suivre un traitement psychoactif lorsque celui-ci est prescrit par un généraliste, en tant que médication réparatrice des dommages causés par l'alcool, de même que dans le schéma causal de l'alcoolisation excessive masculine, c'est l'alcoolisme qui entraîne la détérioration des nerfs.

La relation entre les discours de la causalité et les conduites des individus apparaît de manière plus criante encore si l'on veut bien ne pas limiter la notion de pratiques ou de conduites « thérapeutiques » à l'acceptation bio-

médicale, mais qu'on l'applique, en adoptant une posture résolument émiqne, à toutes conduites jugées par les individus comme ayant une portée thérapeutique. On prendra trois exemples parmi les cas évoqués plus haut, pour illustrer ce point :

*Exemple 1* : « *Quand sa mère est décédée, à chaque fois qu'elle a porté un vêtement de sa mère, elle se remettait à boire. Ça la déprimait. Alors, on a tout enlevé* ». Considérant que c'est la pensée de sa mère défunte qui engendre chez son épouse la dépression et l'alcoolisation, son conjoint la dissuadera de porter les habits de sa mère et l'aidera à les enlever de la penderie. Retirer de la penderie les robes de la mère et retirer de la maison toutes les bouteilles d'alcool sera un même geste thérapeutique (et préventif : éviter la rechute).

*Exemple 2* : Convaincu qu'elle boit par « vice », parce que la tricherie, le vol et le mensonge sont par essence dans le caractère des rousses, son mari lui interdit l'accès à l'argent domestique et se munit toujours de son sac lorsqu'il se rend, chez lui, aux toilettes afin de garder sur lui son portefeuille, son porte-monnaie et son chéquier, et lui retirer les moyens de céder à sa tentation de boire.

*Exemple 3* : Parvenus à la conclusion que leur alcoolisation excessive est une réaction à l'injustice dont ils ont été victimes, deux buveurs, loin de condamner la répression du vol lorsque celui-ci est avéré et adoptant volontiers un discours franchement légaliste, figurent parmi ceux qui réclameront avec le plus de virulence l'usage de l'espéral dont ils apprécient la fonction répressive (27). Le réceptionniste ira jusqu'à demander la pose d'implants (28), et l'agent de police déclarera : « *L'espéral, c'est utile, c'est un peu le gendarme !* ».

À côté de l'abstinence, consentie sur la base d'une stigmatisation de l'agent-alcool renforcée par *Vie Libre*, chacun construit par conséquent sa stratégie, en fonction des représentations de son mal.

L'entrée dans le mouvement implique l'adhésion à un discours causal minimum (cohérent avec la doctrine de *Vie Libre* selon laquelle la guérison est possible à condition que le buveur se tienne à distance de l'agent pathogène) qui n'entraîne pas nécessairement l'abandon d'un discours

(27) L'espéral est une substance (*disulfiram*) dont les propriétés ont pour effet de rendre extrêmement désagréable toute ingestion d'alcool ultérieure à celle du médicament, généralement administrée sous forme de comprimés quotidiens.

(28) Cette substance est parfois administrée sous forme d'implant (comprimé d'espéral introduit dans les tissus – généralement sous le péritoine – diffusant lentement ses propriétés dans le corps).

individuel. Le respect de l'abstinence est donc tributaire sinon d'une adhésion au discours étiologique de la doctrine *Vie Libre*, au moins d'un accord sur la responsabilité de l'Alcool, à partir duquel le buveur construira des étiologies connexes et subséquentement, opérera des choix en ce qui concerne ses conduites à l'égard de son entourage.

Faire l'impasse sur le maillon personnifié de l'alcool, c'est s'exposer à ne pas pouvoir se plier à l'impératif d'abstinence : lorsqu'Albert, qui fréquente le mouvement depuis peu, se présente à plusieurs reprises en réunion en disant qu'il se sent mal dans sa peau, qu'il a souvent des malaises, qu'il est malheureux, qu'il se querelle en permanence avec sa femme, etc., et qu'il tentera d'exposer les raisons qu'il attribue à son état, il omettra systématiquement de parler de l'alcool, ce que lui reprocheront véhémentement les autres membres de l'association. Le saut étiologique qu'il fait en parlant de son mal-être et, en amont, des soucis que lui causent son travail et son épouse, l'empêchera d'être considéré par les autres comme un authentique membre de la famille *Vie Libre* et de pouvoir jamais prétendre à la qualité de buveur guéri.

On peut donc conclure que :

1. même lorsqu'il y a refus de s'interroger sur les causes de son alcoolisme (ou de celui de son conjoint), il y a production d'un discours étiologique ;
2. ces discours s'alignent sur les modèles culturels construits autour des catégories de sexe ;
3. l'interprétation qu'un individu donne de son alcoolisme (ou de celui de son conjoint) influence, sinon détermine, ses choix thérapeutiques ;
4. la coexistence de ces discours avec le discours doctrinal de *Vie Libre* est possible et ne contrecarre pas l'action du mouvement pour autant que les schémas de causalité qu'ils contiennent, admettent une focalisation sur la « responsabilité » de l'Alcool-Sujet.

Dans un ouvrage consacré à l'expertise médicale, Nicolas Dodier (1993) écrit que l'action contre l'alcoolisme pose la question du sujet, lorsque le médecin exerçant dans le cadre de la médecine du travail (mais la même chose pourrait être dite d'autres contextes médicaux) propose un contrat à l'individu. « Le médecin va essayer de mettre en place des éléments qui permettent de rendre à l'individu un statut de sujet dont il est justement privé sous l'emprise de l'alcool ». Il explique : « L'individu est défini par le médecin comme "dépendant" : il est lié, corporellement, à un produit. Il a donc perdu une part d'autonomie. Une manière de rendre à l'individu son statut de sujet consiste à lui proposer des "contrats", c'est-à-dire des accords conclus de plein gré avec le médecin, concernant sa

conduite (...). Le cadrage de l'individu comme sujet fait alors partie de la thérapie » (p.115).

Les choses se passent un peu différemment ici : l'association *Vie Libre* n'enjoint pas le malade de passer un contrat. Elle ne lui demande aucune promesse, aucun engagement. Elle l'invite simplement à considérer l'Alcool comme la source de tous ses maux, en vue de l'inciter à le tenir à distance, à la manière dont on évite de fréquenter quelqu'un dont on juge qu'il nous cause du tort. La personnification de l'Alcool est sans cesse réaffirmée. Elle est largement présente dans les discours individuels : pour le buveur, l'alcool est un « faux-ami », un « faux-frère », ou un ami qui l'a « trahi », ou encore son « pire ennemi » ; pour une conjointe de buveur, « *l'alcool, c'est pire qu'une prostituée ; au moins, s'il revenait de chez une prostituée, il pourrait se laver et ça serait fini, y aurait plus de trace* » ; pour une autre : « *la bouteille, c'est comme une maîtresse qui le lâche plus* ». Mais cette personnification est encouragée par *Vie Libre* qui parle de l'alcool comme de « cet ami qui vous veut du mal », ou de « cet assassin en liberté ». L'abstinence équivaut à une rupture des relations avec l'ennemi, le passage dans un autre camp. La thérapie est conçue en termes de conduite d'évitement de l'alcool, l'agent pathogène, comme vis-à-vis d'un individu. C'est l'alcool qui est alors constitué en Sujet, responsable de tous leurs maux, incarnation métonymique de la société qui le produit et le promeut en encourageant sa consommation, et qui aliène les individus qui s'y adonnent. Il est le sujet contre lequel l'individu est invité à se défendre, aux côtés de son conjoint (dont la symbiose dans le malheur et la maladie est sans cesse réaffirmée), et qu'ils doivent ensemble tenter de chasser de leur foyer, en vue de célébrer, ensemble, la culture de l'abstinence.

\* Ce travail a bénéficié du soutien de l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons (IREB).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

\*\*\* 1984, Les alcoolismes féminins, *Cahiers du centre de recherches sociologiques*, n°1, Université de Toulouse Le Mirail/CNRS.

Adès J., 1980, *Réflexions sur l'idéologie et le fonctionnement dynamique d'un groupe d'anciens buveurs*. Certificat d'études spéciales en psychiatrie, Université Paris V, HCEIA, La Documentation française, Prix Robert Debré.

- Boidin P., 1982, *Vie libre : Une nouvelle manière de vivre*, Clichy, *Vie Libre* (préf. du Dr Fouquet) .
- Cayleff S.E., 1988, Prisoners of their Own Feebleness : Women, Nerves and Western Medicine – a Historical Overview, *Social Science and Medicine*, vol 26, n°12, 1199-1208.
- Cerclé A., 1992, *La famille et l'alcoolisme d'après 2000 questionnaires envoyés aux adhérents*, Enquête sociologique du mouvement *Vie Libre*, (Rapport).
- Chauvaud F., 1991, Les figures du monstre dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle, *Ethnologie française*, XXI, 1991, 3, 243-253.
- Clavreul J., 1960, La parole de l'alcoolique, *La Psychanalyse*, n°5.
- Clavreul J., 1971, L'alcoolisme est une maladie, *Information psychiatrique*, Vol. 47, n°1, 17-25.
- Coninck F. (de) et Godard F., 1989, L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité, *Revue française de sociologie*, XXXI, 23-53.
- D'Houtaud A., Barrucand D. et alii, 1988, *Comment l'alcoolique se perçoit et se croit perçu*, Riom, Riom Laboratoires-CERM (Éditions du Dépt. d'alcoologie thérapeutique).
- Dodier N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- Fagot-Largeault A., 1992, Quelques implications de la recherche étiologique, *Sciences sociales et santé*, Vol. X, n°3, 33-45.
- Fainzang S., 1986, « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- Fainzang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Éditions de l'E.H.E.S.S., (Coll. « Les Cahiers de l'Homme », XXIX).
- Fainzang S., 1994 (sous presse), La construction de l'alcoolique entre nature et culture, *Ethnologica Helvetica*, n°17-18.
- Good G., 1977, The Heart of What's the Matter : The semantics of illness in Iran, *Culture and Psychiatry*, 1, 25-58.
- Hillemand B. et Joly J.-P., 1991, Évolutions des définitions et des conceptions de l'alcoolisation et de l'alcoolisme, *Alcoologie*, n°1, 6-15.
- Jandrot-Louka F. et Louka J.-M., 1989, Un pas de côté pour une clinique de l'alcoolique. In : *De l'alcoolisme au bien boire* (Caro éd.), Paris, L'Harmattan, 314-319.
- Lieban R.W., 1992, From Illness to Symbol and Symbol to Illness, *Social Science and Medicine*, Vol. 35, n°2, 183-188.

Marty B., 1980, *Réflexions sur le rôle du psychiatre dans un groupe d'anciens buveurs*, Mémoire pour le certif. d'études spéciales en psychiatrie, Université Paris V, Faculté de médecine Cochin-Port-Royal.

Maser J.D. et Dinges N., 1992-93, Comorbidity : Meaning and Uses in Cross-cultural Clinical Research, *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 16, n°4, 409-425.

Mottez B., 1973, L'alcoolisme en milieu de travail, Paris, Centre d'études des mouvements sociaux, CNRS (rapport dactylographié).

Mottez B., 1976, Le médecin, le comptable et l'alcoolique, *Sociologie du travail*, n°4, 381-393.

Noiville P., 1981, *L'alcoolique, le sexe et l'alcool*, HCEIA, La Documentation française, série documents.

Pélicier Y., Social attitudes (Consumers, Physicians, Patients) in different Cultures. In : *Anxiety Disorders in the year 2000 : Controversies and Perspectives* (Proceedings of the meeting held in Paris, 9-6-92), World psychiatric Association, Adis international, Chester, 1992, 55-56.

Saliba C., 1982, *La cure de désintoxication alcoolique et ses prolongements*, Presses universitaires de Lyon (préface de J. Bergeret).

Sindzingre N. et Zempléni A., 1981, Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire, *Social Science and Medicine*, 15B, 3, 279-295.

Sindzingre N., 1984, La nécessité du sens. In : *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (Augé M. et Herzlich C. éds.), Paris, Éditions des Archives contemporaines (Coll. : Ordres sociaux), 93-122.

Vineis P., 1992, La causalité en médecine : modèles théoriques et problèmes pratiques, *Sciences sociales et santé*, Vol. X, n°3, 5-32.

Watzlawick P., Helmick Beavin J., Don Jackson D., 1972, *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil (Coll. Points Essais).

Weber M., 1965, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon.

Zempléni A., 1985, Introduction, in : Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, *L'Ethnographie*, n°96-97, 13-44.



# Surdité, langage et identité

## La nouvelle donne des jeunes générations

Denis Decourchelle\*

**Résumé.** Depuis une vingtaine d'années, en France, on assiste à la réintroduction progressive de la langue gestuelle, ou Langue des Signes Française, (LSF), autrefois délibérément négligée ou interdite dans l'éducation spécialisée des sourds. Cette reconnaissance d'une langue spécifique a été souvent accompagnée par les sourds militants d'une affirmation identitaire, opposant à la médicalisation du déficit sensoriel (la surdité comme handicap), la valorisation d'une particularité culturelle. Des enquêtes actuelles, menées auprès d'une population de jeunes sourds de 15-25 ans, en institution spécialisée, ou intégrés en milieu scolaire entendant, en province, tendent à montrer que l'affrontement idéologique des anciennes querelles linguistiques laisse souvent la place, chez la nouvelle génération et leurs éducateurs, à une attitude pragmatique où coexistent, à des degrés divers, oralisation et langue gestuelle. Cependant, la faiblesse du niveau de scolarisation des jeunes sourds appelle une évaluation de la politique pédagogique et linguistique de ces établissements spécialisés.

\* Denis Decourchelle, doctorant en Ethnologie, EP 70 CNRS / Sociétés, Santé, Développement, Université de Bordeaux II ; correspondance : 4 allée Wagner, 33170, Gradignan.

## **Introduction**

Si la surdité concerne en France trois millions et demi de sujets, la reconnaissance de cette réalité passe, depuis quelques années, par une accentuation des revendications de groupes de sourds affirmant une identité spécifique illustrée par les notions de « culture sourde », « communauté sourde » ainsi que par l'usage d'une langue gestuelle, la Langue des Signes Française, LSF. Mais avant de rendre compte (1) de la nature de ces revendications et d'en rappeler les caractéristiques historiques, sans doute convient-il de donner de la situation actuelle des sourds une vision panoramique qui permette de prendre en compte le caractère hétérogène et contradictoire des situations de surdité.

On doit tout d'abord distinguer différents degrés de surdité, ainsi que la période à laquelle intervient ce déficit sensoriel (CCAH, 1991). Plus de soixante pour cent des trois millions et demi de sourds appartiennent au troisième âge, ce qui implique chez les personnes concernées une acquisition du langage et une mémoire auditive encore utilisables. Il existe principalement quatre types de surdité, légère, moyenne, sévère, profonde, mesurées en terme de décibels, intensité sonore minimum nécessaire pour la perception. Les sourds légers (20 à 40 db de perte) sont 2 000 000, les sourds moyens (40 à 70 db) sont 1 250 000, les sourds sévères (70 à 90 db) sont 350 000 et les sourds profonds (plus de 90 db) sont 110 000. Ces critères seuls ne suffisent pas à caractériser les conséquences du déficit et il faut spécifier sur quel spectre sonore se porte plus particulièrement la surdité – on parle alors d'aigu, médium, grave, niveaux mesurables en Hertz. D'autre part, les bénéfices de la lecture labiale, de la prothèse auditive, de codes linguistiques ajoutés comme le LPC (défini plus loin), et surtout l'âge où la surdité se déclare – avant, pendant ou après les premières acquisitions du langage oral –, contribuent, dès le départ, à singulariser les comportements et les itinéraires de chacun.

## **I. Langages et modes de communication utilisés par les sourds**

Le récent décret 92-1132 d'octobre 1992, dit décret Fabius, reconnaît aux jeunes sourds, à leurs familles et aux établissements spécialisés,

---

(1) Enquêtes effectuées avec l'aide de l'Association Recherche et Partage.

la possibilité d'utiliser la Langue des Signes Française, la LSF, dans les enseignements. Avant de faire l'historique de la pratique et la reconnaissance de cette langue gestuelle, il est nécessaire de décrire l'ensemble des langues et modes de communications actuellement utilisés.

La majorité des enfants sourds étant issus de parents entendants, la volonté première est souvent de conduire le petit sourd à l'oralisation et donc à l'apprentissage par sensibilisation et mémorisation des sonorités de la langue française. C'est le but de la rééducation orthophonique qui doit permettre à l'enfant d'articuler des sonorités distinctes mais aussi de les « comprendre » en s'aidant de la lecture des mouvements de lèvres de l'interlocuteur. Cette lecture des phonèmes peut engendrer des sosies labiaux, c'est-à-dire une confusion entre sonorités différentes, visuellement identiques sur les lèvres de la personne qui articule. Pour y remédier, les parents et les éducateurs utilisent parfois un ajout, consistant à coder avec la main les sonorités prononcées. Au vingtième siècle, à la fin des années soixante, cette technique est revenue en France sous nom de LPC, Langage parlé complété, procédé mis au point par l'américain Cornett (Chambon, 1991).

Soulignons au passage que cette technique était employée à la fin du dix-huitième siècle, en France, par un précepteur pour sourds, Jacob Rodrigués Pereire, lequel s'était inspiré de la méthode de l'espagnol Bonet, au début du 17<sup>e</sup> siècle, tout en améliorant le procédé (Neher-Bernheim, 1983). À noter encore que le 17<sup>e</sup> siècle anglais s'était aussi intéressé à ce problème de la codification des phonèmes pendant l'apprentissage du langage oral chez les sourds (Sibscota, 1670), (Amman, 1694), (Dalgarno, 1680). C'est dire que la « nouveauté » des techniques de communication et des langues utilisées dans l'éducation des sourds fait l'objet de promotions et d'éclipses, dont on soulignera plus loin le caractère idéologique.

Le second procédé linguistique utilisé dans les établissements spécialisés est le français signé. Il consiste à employer oralement et par écrit la langue française et à en souligner et expliciter les mots nouveaux ou difficiles par des signes gestuels. Ces signes gestuels peuvent être dérivés de la Langue des Signes Française mais peuvent également être inventés.

Le troisième procédé consiste à utiliser la Langue des Signes Française, également appelée LSF. Il s'agit d'une langue gestuelle, mettant à profit les mouvements des mains, des bras, les expressions du visage ainsi que les flexions du torse. Cette langue fait l'objet d'attention depuis l'Antiquité et l'on trouve une description plus ou moins développée de ses caractéristiques chez des auteurs aussi différents que Montaigne (1580), Leibnitz (1706), Diderot (1753). Sous une forme modifiée, elle fait son entrée officielle dans l'éducation des jeunes sourds, à la fin du dix-huitième siècle, par l'intermédiaire de l'Abbé de l'Epée (1776) qui en insti-

tutionnalise l'usage à l'Institut Saint-Jacques (Paris). À la fin du dix-neuvième siècle, après une longue série de controverses, elle est délibérément abandonnée au profit de méthodes oralistes où se trouve privilégié l'apprentissage de la parole (Variot, 1980). Au vingtième siècle, ce n'est qu'au milieu des années soixante-dix, sous la pression des associations de sourds et de parents d'enfants sourds, qu'elle refait, officieusement puis officiellement, son apparition dans les institutions spécialisées (Mottez, 1991), (Cuxac, 1983).

### ***A. Utilisation des langues en milieu sourd adolescent. Choix induits et stratégies***

L'utilisation des différentes langues et modes communication, présentés au paragraphe précédent, obéit autant à des enchaînements de conduites obligées qu'à des options identitaires. Pour apprécier l'interaction de ces deux facteurs, il faut rappeler les caractéristiques principales de l'itinéraire du jeune sourd.

À la suite d'une reconnaissance et d'un dépistage de la surdité, généralement accueillis dans un service hospitalier, les parents du petit sourd doivent, dans un premier temps, surmonter le choc et parfois l'effondrement psychologique, qu'entraîne l'annonce du handicap de leur enfant. Ils se doivent alors de faire confiance au personnel hospitalier, pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, audioprothésiste, tout en recueillant auprès d'associations de parents d'enfants sourds mais également de groupes de sourds militants, des conseils sur la conduite à tenir. Se pose la question du choix linguistique. Privilégier la langue des signes, maintenir l'oralisation, opter pour le LPC..., ces choix sont à la fois raisonnés, documentés et signes d'une attente secrète inavouée (Chalude, 1994).

Dans ce climat fait d'angoisse et d'imaginaire, l'avenir de leur enfant peut passer par des options linguistiques tranchées, des solutions « miracles », refuges face à la difficulté à prendre en compte la nature exacte de cet événement traumatique. Le premier grand choix, qui va donner à toutes ces options linguistiques et donc relationnelles une dimension concrète, c'est la scolarisation, soit en « intégration », c'est-à-dire en milieu scolaire classique ou en milieu scolaire spécialisé. Même si, désormais, les premières années scolaires du jeune sourd se passent en alternance entre l'institution spécialisée et la classe intégrée en milieu entendant, arrive fatalement le moment où les parents réalisent que leur enfant peut ou ne peut pas « suivre » en milieu scolaire non spécialisé. Dès lors que le jeune sourd entre dans un établissement spécialisé, de type Institut National

des Jeunes Sourds, sa pratique du langage va se trouver confrontée à celle des autres élèves et aux choix pédagogiques des différents enseignants.

Cette présentation succincte de l'itinéraire du jeune sourd risque d'apparaître trop schématique. Elle est ici présente pour souligner surtout l'antériorité des comportements linguistiques et relativiser le caractère délibéré et volontaire de certains choix affichés plus tard, sous forme de revendications. L'apprentissage et l'utilisation d'une ou de plusieurs langues et codes de communication (Français, Langue des Signes Française, Français signé, LPC), avant que d'être un choix personnel, sont la résultante de caractéristiques auditives (plus ou moins de surdité), de pratiques éducatives, tant par la famille que par les institutions. L'analyse de l'interaction de ces facteurs s'est faite au travers de rencontres avec les différents acteurs impliqués.

### ***B. Suivi des options linguistiques et aspects méthodologiques***

Dans le cadre d'une thèse de Doctorat d'Ethnologie portant sur le traitement social et la dimension culturelle de la surdité, les investigations se sont portées sur un groupe d'une trentaine d'adolescents et jeunes adultes sourds, dans le département de la Gironde. La population étudiée appartenait à des modes de scolarisation diversifiés ; établissement spécialisé, Institut National des Jeunes Sourds (Gradignan), classe de jeunes sourds intégrés en milieu scolaire entendant au Lycée Brémontier (Bordeaux), Université. Les entretiens ont également eu lieu avec des jeunes sourds en échec scolaire. Cette recherche a porté sur les différents partenaires institutionnels et privés que ces jeunes ont été amenés à rencontrer au cours de leur itinéraire. La spécificité de la démarche ethnologique a consisté à se limiter à un petit nombre de sujets, mais à démontrer au plus près les mécanismes relationnels et identitaires que donnent à voir les trajectoires individuelles (Zempléni, 1992). Cette étude doit fournir des instruments conceptuels pour apprécier ensuite une situation nationale.

Les entretiens ont été menés oralement, par écrit et, au moyen de la langue des signes, avec ou sans interprètes. Si pour certains, le recours au français, écrit ou parlé, est difficile mais possible, pour d'autres, souvent sourds profonds, la langue des signes constitue le seul mode d'expression langagier efficace. Il a donc été nécessaire de recourir également à la vidéo pendant l'entretien. Plusieurs adolescents gestuels ont refusé de participer à ce type d'entretien, du fait même qu'il était conduit par un entendant, peu ou prou assimilé au « monde médical ». Il a été tenu compte de ces résistances, du contexte de leur formulation, cette revendication idéolo-

gique pouvant dissimuler un malaise dans la présentation de soi. Enfin, soulignons que les textes, recueillis par le moyen d'entretiens et de questionnaires, ont été conservés sous leur forme originale, avec leur syntaxe et leurs fautes d'orthographe.

Dans le cadre de cet article, il convient de noter que lorsque cela apparaît nécessaire pour le lecteur, peu familiarisé avec certaines tournures, les textes sont accompagnés d'une brève « remise » en français, présentée typographiquement en italique. Précisons encore que la plupart des entretiens où les adolescents et jeunes adultes ont répondu par écrit, font l'objet d'une seconde version en Langue des Signes Française, filmée en vidéo. Autrement dit, conscient du caractère difficile du passage par l'écrit pour beaucoup de ces jeunes et des déperditions d'information que cela entraîne, j'ai souhaité qu'ils puissent exprimer leurs réponses à mes questions dans un mode de communication où ils se sentaient plus à l'aise. La comparaison entre ces deux versions, malgré sa richesse, ne sera pas, faute de place, présentée ici. On a donc utilisé la première version écrite.

## **II. Points de vue de jeunes sourds sur les différents langages utilisés**

Les groupes d'adultes sourds gestuels, pratiquant principalement la Langue des Signes Française (LSF), et revendiquant un statut culturel et communautaire « autonome », représentent un pôle de référence possible pour le futur adulte. Mais ce sentiment d'appartenance à un groupe spécifique n'est pas toujours partagé, du moins revendiqué comme tel par tous les adolescents rencontrés.

C'est le cas d'une élève de 5<sup>e</sup>, de l'Institut National des Jeunes Sourds, (Gradignan), Valérie Ba., 17 ans, sourde sévère de naissance, les deux parents et un petit frère sourds. Sa scolarité, depuis l'âge de 3 ans, montre, pour elle, l'échec des tentatives d'intégration, c'est-à-dire de la présence en établissement scolaire pour entendants. Répondant par écrit à la question « Fréquentez-vous des personnes sourdes ? », elle dit :

« Je rencontre les sourds. Je reçois les copines sourdes à la maison pour bavarder. Mes parents reçoivent des personnes sourdes pour bavarder. Je vois les sourds au foyer à Saintes, pour la fête, des jeux... »

Mais à une question de l'entretien « Culture sourde, communauté sourde, ces mots évoquent-ils quelque chose pour vous ? » Elle répond : « Non, je ne connais pas. » L'appartenance au groupe spécifique des sourds

se fait chez elle de manière négative et lorsqu'il lui est demandé comment elle présenterait à un entendant la situation des sourds, elle précise :

« J'aime beaucoup les sourds mais pas trop les entendants. C'est difficile de partir en vacances avec les entendants parce que c'est difficile pour parler. C'est difficile d'avoir des relations avec les entendants par ce que c'est difficile pour communiquer. Je ne sais pas faire des phrases bien, j'ai honte, j'ai peur que les entendants se moquent des sourds ».

Peu de temps après, à l'occasion d'un entretien libre, mais formalisé par écrit, Valérie Ba., précise :

« Quand je me marie avec un homme sourd et je pense avoir deux enfants sourds. J'aime beaucoup communiquer avec les sourds mais j'aime bien avec les entendants, il y a beaucoup d'entendants qui se moquent les sourds. Quand je travaillerais avec les entendants, c'est difficile de communiquer, peut-être ? »

Il apparaît nécessaire d'indiquer ici combien l'écrit de nombreux jeunes sourds, apparaissant syntaxiquement défectueux, se comprend mieux à la connaissance de la Langue des Signes Française, langue gestuelle dont la propre construction syntaxique a tendance à rejeter vers la fin de la phrase les caractéristiques de ce qui est présenté. Ainsi « c'est difficile de communiquer, peut-être » signifie ce sera peut-être difficile de communiquer. En outre, certains liens de causalité, plus explicites en LSF, ne sont pas rapportés en français écrit et cela donne pour Valérie Ba. : « Quand je me marie avec un homme sourd et (*alors*) je pense avoir deux enfants sourds. »

L'itinéraire de l'informateur suivant est différent. L'ensemble de sa scolarité s'est déroulée en intégration individuelle, immergé donc dans la scolarité classique pour entendants. Stéphane, 23 ans, sourd sévère de naissance, père, mère, deux sœurs, deux beaux-frères, tante, oncle, grand-père et grand-mère sourds, dénie l'importance de la « culture sourde et de la communauté sourde » et écrit :

« Non, pourquoi vouloir différencier le Monde de sourds à celui des entendants ? Par contre, bien que la Culture reste la même, la discussion est très différente, c'est plus un "monde pour Sourds". »

La suite de l'entretien montre un refus de fréquenter des sourds et une pratique minimum de la Langue des Signes Française, considérée comme incompatible avec l'oralisation, c'est-à-dire l'utilisation parlée du français. Cette affirmation d'une absence de différence identitaire entre sourds et entendants se retrouve dans la réponse à la question « Comment souhaiteriez-vous présenter à un entendant la situation du sourd... ? » :

« Présenter de la même façon qu'un entendant tout en précisant qu'il n'entend pas et qu'il suffirait de lui parler en face et bien articulé. »

Ainsi, bien que d'une famille de sourds, sourd sévère de naissance, Stéphane ne se reconnaît pas dans ce mode d'identification.

Armelle, 21 ans, sourde profonde de naissance et de famille entendant, a suivi une scolarité, de la maternelle à la troisième, en milieu spécialisé, à l'Institut National des Jeunes Sourds de Gradignan (Gironde), continuant après dans une classe intégrée au Lycée Brémontier (Bordeaux). Le principe de la classe intégrée regroupe des sourds à l'intérieur d'un établissement pour entendants. À propos de « culture sourde et de communauté sourde », elle répond :

« Ces mots évoquent des personnes sourdes qui veulent vivre seulement entre eux et qui veulent avoir l'éducation, la culture, la vie sociale... qui sont "spécialisées" pour les sourds. Comme si elles ne veulent pas avoir la culture des entendants – ou autre chose ! C'est comme si ces mots sont "étrangers" pour les sourds ("autre monde"). »

Dans cette dernière phrase apparaît explicitement le reproche adressé à certains sourds de faire acte de séparatisme et de considérer les entendants comme des étrangers. Armelle, répondant à la question : « comment souhaiteriez-vous présenter à un entendant la situation du sourd... ? », indique plus précisément sa position intermédiaire entre sourds et entendants.

Ainsi, dans le domaine relationnel :

« J'ai de la chance car j'ai une meilleure amie entendant qui peut me présenter ses amis. De plus, je vis avec mon copain sourd qui fréquente souvent des entendants. Donc, je fais comme les autres, j'ai une bonne relation avec les entendants. »

Et un peu plus loin :

« Bien sûr, un problème entre les sourds et les entendants est la communication entre eux. Mais on peut y arriver si l'on prend l'habitude. »

Ce qui renvoie sa réponse à la question sur les avantages et les inconvénients des différents modes d'expressions utilisés par les sourds :

« Je ne suis pas bonne en français signé car j'ai des amis entendants et bien sûr sourds qui sont comme moi. Pour moi, c'est important de communiquer à la fois avec des entendants et des sourds pour être équilibrée dans le monde social. »

À noter que, dans l'appréciation de ses différentes aptitudes linguistiques, Armelle se reconnaît un niveau très mauvais en Langue des Signes

Française, ce qui, pour le moins, la tient à l'écart du groupe des sourds gestuels, chez qui se retrouvent l'essentiel des militants et défenseurs de « l'identité sourde ».

Ces quelques exemples ne reflètent pas la totalité des points de vue des sujets rencontrés. Mais ils sont ici mis en exergue pour souligner combien on aurait tort de prendre immédiatement pour pertinents les discours bipolaires où, dans un partage bien défini, s'affronteraient sourds gestuels et entendants. Cependant, si l'identification à des adultes sourds, et sa revendication, sont loin de faire l'unanimité chez les adolescents, on doit considérer le rôle et la pratique de la langue des signes, comme facteur de regroupement et/ou comme volonté de différenciation. On note une disparité importante dans la maîtrise du vocabulaire et de la syntaxe de la LSF, entre les établissements spécialisés d'un département, et à l'intérieur même d'un établissement où se crée parfois une sorte de langage vernaculaire intermédiaire entre le français signé, quelques éléments de LSF et des signes locaux, utilisés seulement dans des groupes très restreints. Transmise par des sourds adultes dans les familles, les clubs de rencontres, les foyers, par des éducateurs spécialisés, et très souvent utilisée par des professionnels, psychologues, pédopsychiatres, la Langue des Signes Française est à la fois vecteur d'information et attribut d'une spécificité revendiquée (Grosjean, 1992). Le paradoxe de ce statut n'échappe pas aux adolescents rencontrés, souvent plus pragmatiques que leurs aînés sourds. Valérie Ba. (précédemment citée) :

« Je parle et geste. J'aime le français parce que c'est bien. Lecture labiale, c'est important pour bien parler. Langue des signes, c'est important, il faut l'apprendre pour communiquer avec les amis sourds. »

(La lecture labiale consiste à s'aider du mouvement des lèvres de l'interlocuteur pour comprendre son message).

Mais les refus et les regrets s'affirment également. Delphine, 16 ans, sourde profonde, scolarité en milieu entendant, avec une mère plutôt oraliste et engagée dans des mouvements associatifs de parents d'enfants sourds :

« Depuis que je suis toute petite, mes parents et mon orthophoniste ont décidé de m'apprendre à parler donc à lire sur les lèvres. Donc j'ai grandi avec le principe de la lecture labiale. Et j'aurais aimé, aujourd'hui, apprendre la Langue des Signes ou le français signé. »

La suite de l'entretien montre chez elle le désir de mettre en relation sourds et entendants, « ... et j'aimerais devenir professeur de sourds, leur

apprendre le principe de la lecture labiale afin que plus tard ils puissent communiquer avec les entendants. Voilà mon rêve et j'espère qu'il va se réaliser. », tout en souhaitant elle-même se tourner vers le groupe des sourds gestuels :

« Quand je vois deux sourds qui pratiquent la langue des signes, je me sens incapable de communiquer avec eux donc je veux apprendre et j'ai décidé de le faire après avoir passé mon bac. »

Pour mieux apprécier ce jeu de positionnement identitaire, il faut également prendre en compte les échecs de l'intégration scolaire en milieu entendant, tempérés, si l'on peut dire, par la possibilité, pour l'adolescent, de se référer à un milieu sourd dont la famille est la cellule centrale. C'est le cas de Céline, 16 ans, surdité moyenne, de parents sourds, en troisième, à l'Institut des Jeunes Sourds de Gradignan :

« Je suis restée à INJS depuis j'ai deux ans et demi, je suis toute seule dans une intégration individuelle. C'est trop difficile pour moi, je suis trop énervée et je pleure beaucoup. Je préfère restée au INJS avec mes copines ou copains. » (*Je suis à l'INJS depuis deux ans et demi, [avant] j'étais toute seule en intégration individuelle. C'était trop difficile pour moi, j'étais trop énervée et je pleurais beaucoup. Je préfère rester à l'INJS avec mes copines et mes copains.*)

Sa relation au français oral et à la Langue des Signes Française reflète une position médiane, qu'autorise une surdité peu importante :

« J'aime beaucoup faire les gestes et parler. J'aime faire les deux car ça dépend les personnes. » (*J'aime beaucoup utiliser la Langue des Signes et parler. J'aime faire les deux car cela dépend avec qui je suis, sourd gestuel ou entendant.*)

Ce qui entraîne, chez elle, une critique sur l'état des deux langues :

« Dans les groupes sourds, il y a une différence car ils parlent avec des langues de signes, ils ne connaissent pas les mots riches, ils disent des mots simples. Dans les groupes entendants, il y a une différence car ils parlent oralement, ils connaissent beaucoup des mots riches. »

Ce dernier exemple montre combien la dramatisation et les enjeux idéologiques des batailles linguistiques des années soixante-dix, quatre-vingt, autour de l'enseignement de la LSF à l'intérieur des établissements spécialisés, passent désormais souvent au second plan chez ceux qui, de par leur âge, n'ont pas eu à les connaître. Sans doute, cette absence de référence au passé, cette méconnaissance de l'histoire de leur éducation est-elle accrue par le silence « officiel » des établissements, assez peu

enclins à rappeler qu'il y a vingt ans encore, certains pédagogues refusaient délibérément l'usage de la langue gestuelle à l'intérieur de l'enseignement. Et l'on pourra parler, pour certains parents de cette « époque », d'un véritable bouleversement psychologique et culturel lorsque, au travers de conférences de sourds américains en tournée en France, par exemple, ils découvriront que la surdité n'engendre pas nécessairement la honte mais aussi la fierté. Une fois passée cette révélation, restait à traduire au quotidien, dans les institutions éducatives, les regroupement associatifs et la vie familiale, l'énergie de cette espérance.

### *Langues et culture sourde : la perception des nouvelles générations*

La notion de culture sourde ne va pas sans ambiguïté chez les adolescents et les jeunes adultes rencontrés, y compris les militants, embarrassés par cette demande de définition qu'ils rapportent, dans un mouvement sans fin, à l'existence d'une communauté sourde, laquelle, ainsi, tendrait à se prouver principalement par une pratique commune de la langue des signes. Cette redondance, la difficulté à formaliser la spécificité de cette culture sourde apparaît ainsi chez Patrice, 26 ans, sourd sévère, ayant suivi une scolarité en milieu spécialisé de 5 à 11 ans, puis en milieu entendant par la suite, en intégration individuelle, maintenant militant dans une association de sourds gestuels. À la question précédemment évoquée : « Culture sourde, communauté sourde, ces mots évoquent-ils quelque chose pour vous ? » :

« Oui, je n'ai jamais entendu et ni parlé de "culture sourde", "communauté sourde". Pour moi "culture sourde" c'est l'ensemble des différentes activités pour sourds, et communauté sourde, c'est la LSF, le bilinguisme, vivre en groupe, etc. »

*(Oui [ces mots m'évoquent quelque chose] mais je n'ai jamais entendu parler de « culture sourde », « communauté sourde ». Pour moi, « culture sourde », c'est l'ensemble des différentes activités pour sourds, et communauté sourde, c'est la LSF, le bilinguisme, vivre en groupe, etc.)*

Pour Christophe, 19 ans, sourd sévère, issu d'une scolarité en établissement spécialisé, suivant une préparation au Bac G2 en classe intégrée, dont la mère est sourde, fréquentant beaucoup de sourds, dans son foyer, au lycée et au bar, cette différence ne se formule pas ainsi :

« Rien du tout, Sourd ou Entendant, la seule différence est qu'on n'entend pas, on doit tous lutter contre les mêmes problèmes, le chômage,

les maladies (Sida) etc. Chacun à sa langue, nous pour parler, on utilise le langage visuel, les entendants le langage oral. »

Cette identification à un groupe spécifié par l'usage d'une langue, appelle cependant un commentaire sur l'évaluation du degré de maîtrise de la langue des signes par les adolescents eux-mêmes. On peut noter des sur ou/et des sous-estimations importantes, des confusions également, entre langue des signes et français signé. Pour autant, ceux qui fréquentent d'autres sourds dans les foyers et les cafés sont à même de distinguer ces deux derniers modes de communication. David, 17 ans, sourd sévère, de parents entendants, scolarité en classe intégrée de 3 à 13 ans, puis en établissement spécialisé :

« Je préfère des gestes et parler (Français signé) mais je fais des gestes sans voix un peu souvent. Ici, je communique des sourds de Bordeaux avec des gestes différents et les autres. »

*(Je préfère faire des gestes et parler [Français signé] mais il m'arrive aussi de faire des gestes sans voix.. Ici, [à l'Institut de Gradignan] les gestes que j'utilise sont différents de ceux que j'utilise avec les sourds de Bordeaux.)*

La dernière phrase signifie que les gestes employés avec les sourds de Bordeaux (issus d'un autre établissement spécialisé pour sourds, le CESDA) sont différents de ceux de l'INJS de Gradignan, la langue des premiers étant généralement considérée comme plus « orthodoxe », plus proche de la LSF. À nouveau, on notera que la syntaxe des écrits de ces adolescents est à rapprocher de celle de la langue des signes, souvent sous la forme passive et pronominale.

Cette transposition, pédagogiquement non maîtrisée et parfois dommageable, entre la langue des signes et le français écrit, fait partie de ces processus d'acculturation négative dissociative, analysés par Devereux (1985) chez les groupes minoritaires. Cette notion d'acculturation est ici prise dans la définition de la *Social Science Research Council* : « L'acculturation recouvre l'ensemble des phénomènes résultant d'un contact continu et direct entre groupes d'individus appartenant à différentes cultures, et aboutissant à des transformations affectant les modèles culturels de l'un ou des deux groupes. » Devereux codifie la nature de ces échanges – ou leur refus – par plusieurs notions. Citons seulement, entre les groupes culturels, la résistance à l'emprunt, au prêt, l'isolement défensif, l'acculturation dissociative (régression et retour aux modèles de comportement avant le contact, différenciation, négation ou création de comportements opposés). Ces modèles de relations entre groupes culturellement distincts intéressent l'étude des rapports en groupes de sourds militants, les institutions et la nébuleuse des adolescents circulant entre ces pôles de rassemblement et d'identification.

Instrument de communication, mais aussi mode de relation avec le savoir et avec autrui, ces distinctions entre les fonctions du langage apparaissent parfois comme contradictoires. C'est le cas de Julie, 18 ans, sourde sévère de naissance, de parents entendants, en intégration individuelle de la maternelle jusqu'à la 6<sup>e</sup>, entrée en établissement spécialisé en 5<sup>e</sup>, utilisant l'oralisation du français et la langue des signes françaises, selon l'interlocuteur :

« J'aime bien faire les gestes et parler. J'aime bien faire les deux car j'aime les gestes et parler. »

Mais lorsqu'on lui demande, comme aux autres, ce qu'évoquent les notions de « culture sourde » et « communauté sourde », elle répond :

« Les groupes des sourds et les groupes d'entendants, il y a plusieurs différences entre nous, c'est-à-dire, sourds = gestes, entendants = parlent, sourds = connaissent pas beaucoup des mots nouveaux, entendants = connaissent des mots nouveaux, sourds = lecture labiale, entendants = parlent vite, etc., mais je ne suis pas contre les entendants, au contraire je les aime bien. »

*(Les groupes de sourds et d'entendants, il y a plusieurs différences entre nous, c'est-à-dire que les sourds utilisent des gestes et les entendants la parole, les sourds ne connaissent pas beaucoup de mots nouveaux, les entendants en connaissent, les sourds utilisent la lecture labiale [mais] les entendants parlent vite, etc., mais je ne suis pas contre les entendants, au contraire je les aime bien.)*

Mais cette aisance, cette adaptation aux situations linguistiques est plus souhaitée que vécue. Et à la question destinée à présenter la situation du sourd à un entendant, elle écrit :

« Ce n'est pas dure, pas difficile d'être sourd, pas triste. Mais moi-même j'ai honte de dire que je suis malentendante alors je le dis au dernier moment quand ils me disent des choses que je leur fait répéter car je ne comprends pas. Voilà ça dépend des entendants. »

Le caractère stratégique et pragmatique de ce bilinguisme est souligné par Armelle (déjà citée) :

« Pour moi c'est très important de communiquer avec les entendants sur le plan du marché de travail, sur le plan social et économique. Mais j'aimerais que les entendants me comprennent et me respectent. »

Témoignage évocateur, tant d'une situation économique inquiétante pour cette génération que d'une forme moins polémique de l'affirmation identitaire.

C'est dans cet état d'esprit que des sourds gestuels universitaires de l'Association des Étudiants Sourds de France, AESF, se sont réunis, à Toulouse, en octobre 1993, pour mettre en place des commissions de travail sur la création de néologismes en Langue des Signes Française, confrontés aux faiblesses de vocabulaire de cette langue dans sa rencontre avec des savoirs nouveaux. Ces groupes de travail associent des universitaires entendants et des interprètes aux étudiants sourds. Ce phénomène, à dimension nationale, émane, en grande partie, d'une demande des sourds eux-mêmes. On remarquera cependant que, dans ce contexte, les interprètes ont souvent souligné le danger de créer localement des signes nouveaux qui ne résulteraient pas d'une réflexion préalable sur les concepts et mots techniques à traduire.

### **III. Enseignants et éducateurs d'établissement spécialisé : entre choix pédagogiques et pragmatisme**

Cette différence de capacités entre le Français et la Langue des Signes Française est également l'objet d'interrogations et de remises en question de nombreux enseignants et éducateurs d'établissement spécialisé, pas seulement parce que la Loi (Décret n° 92-1132 du 8 octobre 1992) fait obligation à leur direction administrative de présenter un projet pédagogique clair et particulièrement précis sur les choix linguistiques. Également parce que leur pratique même est confrontée au retour progressif de la Langue des Signes Française dans les établissements spécialisés, à une demande plus insistante des nouvelles générations d'élèves, mais aussi au constat d'une grande disparité de population à l'intérieur des classes. Cette disparité est présente dans la surdité même puisque certaines classes accueillent parfois sourds profonds et malentendants, mais encore plus dans les divers degrés de compétence des enfants et des adolescents en lecture labiale, en oralisation et en Langue des Signes Française. Le caractère hétérogène de ces groupes d'adolescents provient aussi de l'effort inégal entrepris par les familles dans l'éducation linguistique de leur enfant, et de certains échecs.

Interrogés par écrit et en entretien libre, au magnétophone, sur leurs choix linguistiques et l'appréciation qu'ils en font d'un point de vue pédagogique, treize enseignants et éducateurs d'établissement spécialisé (INJS de Gradignan) font écho au caractère composite des langues et codes utilisées.

### A. *Le LPC, (langage parlé complété)*

Cette méthode est généralement considérée comme transitoire, principalement destinée aux premières années. Pour M. Henri B. :

« Le LPC me semble pouvoir être une aide très appréciable mais à condition qu'il soit employé de manière judicieuse. J'ai souvent constaté que de jeunes enfants avec qui on pratique du LPC sans discernement, à un moment où le système phonétique n'est pas encore en place (base de ce code), à un moment aussi où on lui présente du français signé ou de la LSF, provoquait une grande confusion. Je suis aussi surpris de voir les enfants qui codent alors que ce sont les interlocuteurs qui doivent coder. Souvent aussi les parents décrochent très vite. Problèmes aussi chez les adolescents qui souvent s'opposent et refusent le LPC. »

Technique d'appoint pour certains, permettant de présenter un mot nouveau dont on ne connaît pas encore le signe gestuel, instrument efficace pour la lecture labiale et la maîtrise sonore du vocabulaire dans une perspective « oraliste », cette méthode ne suscite pas que des approbations. M. Henri B. :

« Il s'inscrit dans une démarche oraliste. Il ne peut être vraiment efficace que s'il est pratiqué par une majorité de personnes entourant l'enfant sourd : enseignants, mais aussi éducateurs, parents. C'est en fait un code supplémentaire et, à l'expérience, je me suis aperçu qu'il n'aidait que les enfants qui avaient déjà le plus de facilités, qui étaient capables de l'intégrer. »

Le reproche qui lui est aussi souvent adressé est de n'être qu'une aide limitée. Pour Bernard V. :

« Il n'apporte rien sur le plan linguistique, sur le plan conceptuel. Il nécessite que le sens du mot, de la phrase soit connu. Relativement à des éléments déjà intégrés, il peut faciliter la compréhension du langage oral. Point. »

Par ailleurs, la population de jeunes sourds « codant » LPC fluctue aussi au gré des modes, selon que les parents s'intéressent à cette méthode et qu'il existe ou non des pôles de diffusion dynamiques. Pour Mme B. :

« Celui-ci (le LPC) est utilisé chez les très jeunes enfants quand la famille "code" aussi. Dans les classes de CAP, très peu d'élèves continuent de coder, c'est pour eux synonymes de code "quand-on-était-petit". Les familles n'ont pas persisté, elles non plus et comment un prof peut-il à la fois parler, "signer" et "coder" tout en écrivant au tableau ou au rétroprojecteur ! »

Enfin, plusieurs éducateurs notent que la plupart des adolescents ne l'utilisent pas hors des salles de classes et que de ce fait, eux-mêmes ne l'utilisent pas.

### ***B. Le français signé***

Au travers des réponses obtenues, le français signé apparaît posséder les qualités mais aussi les défauts de son statut de langue intermédiaire. Si, à première vue, il semble faciliter l'accès au français oral et écrit, l'addition de signes gestuels introduit des confusions syntaxiques avec la LSF.

Pour Anne-Marie T : « Le français signé a l'avantage d'avoir la structure de la langue française. On parle français, un français simplifié et on met des gestes sur les mots. L'élève comprend mieux que l'oralisme pur mais souvent il ne s'imprègne que des gestes et ne restitue que les mots clés. Difficultés pour les articles, les verbes d'état. Pour les adultes, c'est relativement facile à apprendre, ce n'est pas une autre langue, c'est la nôtre améliorée. »

Pour Didier S., enseignant et lui-même sourd profond :

« Intérêts : le français signé permet de faire des gestes en respectant l'ordre syntaxique du français, ce qui habitue les élèves à l'usage grammatical du français. Inconvénients : pour des raisons de commodité, la plupart des petits mots (à, et, du, ...) ne sont pas signés. L'élève doit les lire sur les lèvres. Ce n'est pas évident. »

Parmi les raisons concrètes conduisant à l'utilisation du Français signé, de nombreux autres enseignants spécialisés soulignent le caractère hétérogène des groupes d'élèves.

Monique N : « Le français signé permet d'utiliser la parole en français en même temps que les gestes. Nos groupes étant hétérogènes (malentendants, sourds sévères ou profonds), beaucoup de jeunes utilisent aussi ce langage oral pour communiquer. Le mélange oral, gestes, facilite ainsi la compréhension pour beaucoup de jeunes qui lisent sur les lèvres en regardant les signes et qui gesticulent aussi en articulant. L'inconvénient est que l'on mélange LSF et français signé, sans parler ni gesticuler vraiment correctement. »

Bernard V. souligne le paradoxe suivant : pour être efficace, le français signé doit s'adresser à des élèves possédant déjà une connaissance de la langue française, qu'il est censé faciliter... :

« C'est le pis-aller, le palliatif à la méconnaissance de la LSF. Il permet donc de véhiculer des messages, de communiquer en complément de tous les moyens autres possibles, ce qui est un plus par rapport à l'oralisme ou le français écrit seul. Néanmoins le français signé n'est pas structurant pour de jeunes enfants. Il n'apporte rien sur le plan linguistique. Calqué sur la syntaxe du français, il nécessiterait une bonne structuration linguistique en français, ce qui n'est pas (euphémisme) toujours le cas... »

Le problème de la confusion entre langue française et langue des signes gestuelle est un des reproches adressé au français signé, reproche que la plupart des enseignants s'adressent également à eux-mêmes, faisant principalement valoir le caractère composite des groupes d'élèves avec qui il n'est pas possible d'utiliser un seul mode de communication.

Nicole J. : « Son principal intérêt est de permettre de "parler" en même temps. Nos classes étant très hétérogènes du point de vue de la surdité des jeunes, il est impossible de privilégier exclusivement un canal de communication. Le français signé permet de maintenir la compréhension en situation d'enseignement des élèves très sourds pour qui la lecture labiale demanderait des efforts trop énormes. »

### *C. La langue des Signes Française, LSF*

Récemment réintroduite dans l'enseignement, hormis dans de petites structures privées où l'accent est mis sur sa pratique depuis plus longtemps déjà, elle est généralement mal connue en tant que telle par les enseignants des institutions spécialisées. Dans le cadre de l'INJS de Gradignan (Gironde), plusieurs professeurs et éducateurs notent que les enfants et les adolescent eux-mêmes ne la pratiquent pas toujours de manière « orthodoxe ». Dans les classes, il est parfois fait appel à un assistant sourd traduisant en LSF certaines parties de l'enseignement. À noter qu'elle n'est pas enseignée comme une langue vivante mais utilisée à l'intérieur des cours, ce qui suppose donc qu'elle soit déjà un peu connue des élèves.

Pour Didier S. : « La LSF peut être un moyen de communication intéressant et parfois le seul possible pour certains enfants, totalement rebelles à l'acquisition du français ou dont les parents sont sourds gestuels (la LSF est alors leur langue maternelle). Limites : la LSF peut être utilisée avec efficacité avec des élèves qui maîtrisent bien la LSF. Combien la maîtrisent bien, surtout en primaire ? (Les enfants sourds de parents sourds sont une minorité.) De plus, beaucoup d'enfants devenus sourds tardivement, ou en

situation d'échec après une longue intégration, arrivent dans nos classes sans connaître aucun geste... »

D'autres enseignants insistent sur leur connaissance insuffisante de cette langue :

Monique N. : « ... aucun personnel n'est vraiment compétent pour s'exprimer correctement et totalement en LSF. Je m'exprime en LSF encore de façon limitée et souvent maladroite par manque de pratique de LSF "pure". Il faudrait embaucher des professeurs sourds pour qu'il y ait un réel bilinguisme et non une LSF "tronquée". »

Pour certains, l'apprentissage de la LSF doit être premier, en tant qu'il structure la pensée et le rapport à la langue, pour d'autres il ne peut s'agir que d'une langue de « commodités » ne pouvant pas remplacer la précision du français écrit. On trouve également dans les réponses des enseignants, des attitudes opposées sur les bienfaits de cet apprentissage précoce. Si pour les uns cette langue est un facteur d'épanouissement psychologique et identitaire, pour les autres l'accent doit être porté sur le français oral, vecteur d'une meilleure socialisation. On voit donc, au travers de ces informations fragmentaires, recueillies auprès de praticiens, combien l'utilisation de langues et de modes de communication – français oral, écrit, français signé, LPC, Langue des Signes Française (LSF) – répond en même temps à plusieurs contraintes.

Caractères composites (en surdité et compétences linguistiques) des groupes d'élèves, connaissances inégales des différentes langues chez les enseignants, soutien parfois défaillant des familles, ces seules caractéristiques suffisent à faire comprendre que le problème de l'utilisation de la Langue des Signes Française ne peut se résumer à un débat idéologique primaire du type « oralisme ou signes gestuels ».

En répondant à une question sur la présence d'un certain illettrisme en milieu sourd, Nicole J., résume globalement la situation :

« ... au fait que ces enfants n'ont aucune langue, un grand nombre de ces élèves sont aussi "illettrés" en LSF. Ils sont donc dans une situation où l'écrit n'a pas plus de sens que le reste : oral mal compris, LSF tronquée, pas de lecture labiale... Les choix pédagogiques, au sens large, sont aussi d'une incohérence réelle. L'encadrement ne pratique pas les mêmes modes de communication (LSF, LPC) ou n'en utilise aucun (oralisme pur et dur). D'autre part les familles des établissements spécialisés ne sont pas les plus motivées ni, surtout, souvent les plus susceptibles d'aider efficacement leur enfant. Les choix pédagogiques, mêmes justifiés, ne sont pas forcément poursuivis par l'équipe qui prend le relais en fin de cycle. »

Ces constats sont issus d'un contexte particulier, celui d'un établissement spécialisé d'une ville de province. Mais à se reporter aux débats des Journées d'Études de l'IUEDA (Bordeaux, mars 1993) sur « L'organisation du second cycle secondaire et la préparation au Baccalauréat pour Lycéens Déficiants Auditifs » et au Livre Blanc (1993), on peut constater que les réponses apportées par les différents établissements de France sont généralement diversifiées, « à la carte » et tentent de s'adapter, à la fois aux nécessités pédagogiques comme aux revendications identitaires dont la LSF est le principal emblème (cf., également, Arieda, 1991). Ce pragmatisme, s'il constitue un changement positif par rapport aux prises de positions « oralistes » ou tout « LSF », peut cependant engendrer un manque de dynamisme et un morcellement des pratiques éducatives. Ce que détaille H. B., enseignant à l'INJS de Gradignan, en réponse à une question sur les améliorations éventuelles à apporter à la scolarisation en établissement spécialisé :

« Arrêter de mettre sous une seule et même rubrique “malentendants” des catégories de personnes très différentes et d'essayer que tous passent par le “même” moule éducatif. Le siècle d'oralisme dont nous sortons a mis en place pour les sourds une éducation très “élitiste”. Avant cette période, il y avait des sourds très cultivés accédant à des catégories socioprofessionnelles plus élevées que celles que nous connaissons aujourd'hui. Il faudrait “dé-médicaliser” ce milieu car dans la perspective de soigner, de guérir, de “réparer”, on maintient les familles dans l'illusion du “il parlera... il entendra...”, il deviendra “normal” et de ce fait, la prise en compte de la différence est toujours repoussée alors que des choix doivent être faits très tôt. Mettre en place un réel bilinguisme et non faire (ce que l'on fait spécialement depuis la Loi Fabius) un saupoudrage de LSF sur un oralisme décadent (il n'y a plus d'apprentissage de la parole : le mot “démutisation” est devenu tabou...). Pour que ce bilinguisme se mette en place il devient urgent de former et de reconnaître des personnes réellement compétentes en pédagogie de la langue des signes. Cela n'empêchera pas les “sourds parlants” de continuer leur chemin. »

Au travers de ces témoignages d'enseignants, on constate que la question des langages utilisés dans l'éducation des jeunes sourds se joue à plusieurs niveaux : formation des enseignants, projets éducatifs des établissements, inertie ou action des familles, diversité des situations de surdité chez les élèves. Ce débat est ancien et, à se reporter aux travaux sur l'histoire de l'éducation des sourds (Bébian [1817], De Gérando [1827], *in* Copans-Jamin, 1994 ; Variot, 1980 ; Mottez, 1981 ; Lane, 1988), on a parfois l'impression d'assister à une répétition des problématiques mais aussi des résistances. Comme d'autres recherches le montrent (De Saint

Loup, 1991, 1992), l'éducation du sourd s'inscrit dans une certaine représentation de son statut et son identité. Présenté comme être déficitaire, en manque de parole (Virole, 1990), ou comme sujet accédant à la reconnaissance par des moyens différents, sa présence, comme « handicapé » ou, à l'opposé, comme véritable « bon sauvage » des temps modernes, constitue aussi un indicateur de l'état culturel de la société à laquelle il appartient (Decourchelle, 1992).

#### **IV. Le rôle de la famille dans les choix linguistiques : rapports avec les établissements éducatifs**

Il a été mentionné précédemment combien, concernant leur enfant sourd, le choix d'une langue par les parents obéit à un grand nombre de facteurs hétérogènes. S'agissant de parents entendants, les premiers contacts, parfois contradictoires, avec le milieu médical, l'entourage d'association de parents, la présence ou non – au sens géographique – d'orthophoniste spécialisé, l'existence d'un groupe de sourds adultes mais également la qualité des informations fournies par la Commission Départementale d'Éducation Spécialisée (CDES) sur les modalités linguistiques de l'enseignement spécialisé, tous ces éléments constituent les premières références objectives. Les données subjectives ne sont pas les moindres et l'image, la représentation de l'enfant comme « handicapé » ou « simple » déficient auditif contribuent aussi à orienter la famille vers des options différentes (Alisedo-Costa, Leclerc, Pellen-Benard, 1985-1987). Encore faut-il que le statut social et professionnel des parents permettent de les concrétiser durablement, et il faut souligner ici l'extrême disponibilité et la mobilisation demandées dans les premières années de l'éducation de l'enfant sourd. Dans le cas d'une option « oraliste », on arrive à une moyenne hebdomadaire de deux à trois heures d'orthophonie en cabinet, à quoi s'ajoutent la répétition et le suivi des études chaque jour. En outre, la vie familiale se modifie sous la permanente nécessité d'adapter les conversations aux différentes méthodes linguistiques utilisées.

Certaines de ces méthodes se heurtent à des échecs, auprès des enfants comme auprès des parents, sans préjuger du caractère psychologique que cette difficulté à communiquer dissimule parfois. C'est dire que, là encore, on ne peut donner une définition générique du rôle de la famille dans les options linguistiques qui prendront, au cours de l'adolescence du jeune sourd, un caractère plus affirmé.

La difficulté et l'intérêt de ces recherches sur l'influence de la famille dans les options linguistiques affirmées ou contredites par les adolescents

et jeunes adultes sourds, proviennent de ce qu'on ne peut pas dégager des schémas de comportement fixes. Ainsi, la famille de Valérie Ba. (déjà citée), est composée d'un père, une mère et un frère sourds. Le père et la mère ont vécu leur scolarité dans les deux établissements spécialisés de la Gironde, INJS de Gradignan et CESDA, Bordeaux. À la maison, le langage utilisé est un mélange de Langue des Signes Française, de français signé et de LPC. Selon Valérie :

« nous communiquons très bien tous les quatre. Et même avec mon (autre) petit frère qui entend, la communication est bonne. »

Notons au passage que les parents de Valérie n'ont pas souhaité me rencontrer et que c'est elle qui a rempli un questionnaire auquel ils ont répondu, mais sans pouvoir le formaliser par écrit. Cet exemple est là pour indiquer que certaines familles sourdes, bien qu'ayant connu pendant leur scolarité l'interdiction de la LSF et l'échec d'une éducation oraliste, considèrent néanmoins les établissements spécialisés actuels comme un moyen de promotion scolaire pour leurs enfants.

À l'inverse, les parents de Sylvie C. 27 ans, sourde sévère, ayant fait une scolarité complète en établissement spécialisé et, elle-même, mère d'une petite fille sourde, considèrent que ce type d'éducation a été un échec.

« En 1969, date de la scolarité de ma fille, aucun choix n'était donné puisque le langage gestuel sous toutes ses formes était banni et que seul le langage oral était autorisé dans le milieu scolaire fréquenté par ma fille. »

La mère de Sylvie C. apprend désormais la Langue des Signes Française dans une association de sourds gestuels, davantage pour communiquer avec sa petite-fille qu'avec sa propre fille. À noter que cette dernière, jusqu'à l'adolescence, avait refusé de rencontrer des sourds gestuels, avant de devenir ensuite une militante active.

Dans une position intermédiaire, citons les parents entendants de Valérie Bo, sourde profonde, 18 ans, en 5<sup>e</sup> à l'INJS de Gradignan. Ces derniers utilisent avec leur fille le français oral et la LSF. Ils répondent ici, par écrit, à une question sur les avantages et les inconvénients des différentes langues et modes de communication utilisés dans l'établissement spécialisé et par eux :

« Notre LSF est très réduit, mais nous complétons ainsi l'oral lorsque nous avons quelque chose de bien précis, ou de difficile à expliquer. Notre fille fait de même avec nous. Nous avons vu que dès le début notre fille était très heureuse de voir les efforts que nous faisons pour accéder à son langage. Je ne peux comparer à d'autres langages, ne connaissant que le

LSF, mais d'après ce que j'ai vu et entendu, la majorité des sourds de notre secteur ne parle que le LSF, donc aucun désavantage à ne parler que cette langue.

... J'aime beaucoup cette langue, ma femme également et nous regrettons de ne pouvoir nous exprimer beaucoup mieux, comme eux, dans cette magnifique langue. »

Pour autant, ces parents considèrent que l'établissement spécialisé devrait s'impliquer davantage dans la diffusion de la LSF et du français oral :

« je pense que cela doit être assez important car le fait, pour des élèves, d'apprendre la LSF par eux-mêmes avec des erreurs, des différences issues du milieu régional ne leur rend pas service. » Mais aussi : « (il faut) conserver l'oralisme, qui reste une ouverture sur notre monde, faire pratiquer beaucoup plus d'orthophonie pour démutiser et apprendre la lecture sur les lèvres. Pratiquer une LSF uniformément sur toute la France et avec plus de participation des professeurs. »

Ces quelques témoignages de parents sont ici présentés pour donner à voir les nuances qu'il convient de garder à l'esprit avant de manipuler des définitions génériques du type « oralistes », « gestuels ». En outre, on ne mentionne pas, ici comme d'ailleurs dans la scolarité entendante, l'absence de participation des familles aux différentes décisions et activités des établissements, spécialisés ou non. Mais concernant l'itinéraire du jeune sourd, ce désintérêt pour les choix linguistiques qui sont faits au cours de la scolarité ne peuvent qu'aggraver des situations de retard et bientôt d'échec.

Une fois encore, il convient de rappeler que les choix linguistiques des familles – en fonction desquelles les adolescents pourront se positionner –, sont également dépendants de la nature de la surdité de l'enfant, de ses compétences et de ses désirs. De façon plus générale, cette fois, on remarque chez les familles dont les enfants sourds ont suivi une scolarité en intégration, une certaine méconnaissance, parfois péjorative, à l'égard du français signé et, plus encore de la LSF, considérés à la fois comme des langues destinées aux sourds profonds – ce que sont rarement, il est vrai, les élèves en intégration, mais aussi comme des langues de « ghetto » ou de monde fermé aux entendants. Mais même dans ce contexte familial et scolaire « oraliste », chez ces adolescents, il arrive souvent que le désir de rencontrer d'autres sourds les conduisent à apprendre tardivement la LSF.

## Synthèse et conclusion

### La notion de culture sourde : entre singularité et acculturation

Les trois dernières années, en France, ont vu la réapparition publique d'une figure du sourd, au travers d'émissions de télévisions, de radio et de « reportages » dans les magazines. Il y est généralement question de « communauté sourde », « culture sourde », « minorité linguistique ». Ces images, traduisant autant une réalité sociale qu'un imaginaire, ne doivent pas être négligées, pas plus qu'elles ne doivent être abordées sans recul. La fréquentation des textes sur la surdité relativise de beaucoup la prétendue « découverte » d'un groupe social présenté comme ignoré et dont les représentations sont particulièrement anciennes. Elles traduisent, siècles après siècles, les préoccupations de la société dans le domaine éducatif, médical, linguistique, plus qu'elles ne nous renseignent sur la situation des sourds.

Pour ne citer que quelques exemples, les interrogations de Leibnitz (1703) sur la surdité s'inscrivent dans les débats du début du dix-huitième siècle sur ce qui relève de l'inné et de l'acquis, sur le caractère arbitraire de la langue dont Diderot, Rousseau (1765) et l'abbé Sicard (Bronca, 1975) feront, quelques décennies plus tard des thèmes de réflexions. De Gérando, futur créateur de la Société des Observateurs de l'Homme (1799-1815), théoricien de l'ethnologie (Jamin, Copans, 1994), auteur d'un important recueil, *Mémoire et considération sur les sourds-muets* (1827), et plus tard, administrateur de l'Institut Saint-Jacques (Paris) s'intéressera à la surdité au travers d'une réflexion philosophique sur la langue. Il consacra, en 1799, dans son ouvrage, *Des signes et de l'art de penser, considérés dans leurs rapports mutuels*, un chapitre entier à l'utilisation de la langue des signes, tout en finissant, par la suite, par contribuer activement à son interdiction. C'est dire, comme on l'a suggéré plus haut, que cet intérêt pour le sourd peut être considéré comme un révélateur, une photographie d'un paysage culturel.

Au vingtième siècle, à la fin des années soixante-dix, sous l'influence américaine et à la faveur des revendications de groupes minoritaires, on voit en France une reprise des études historiques, linguistiques (Cuxac, 1979-86), (Jouison, 1983, 1985, 1986), sociologiques (Mottez, 1987-92), pédagogiques (Bouvet, 1982) au fur et à mesure que la Langue des Signes Française reçoit une reconnaissance de plus en plus institutionnelle. L'actuelle conjonction de cette reconnaissance officielle de l'utilisation de la Langue des Signes Française avec l'appétit médiatique de notre société et la publicité, plus marchande que médicale, pour une prothèse auditive

plus ou moins améliorée – l'implant cochléaire –, ont donné à certains sourds plus qu'à la surdité, une « actualité » qui ne saurait nous empêcher de penser la diversité et l'hétérogénéité des situations personnelles. Ajoutons qu'une partie importante des personnes sourdes de trente-quarante ans, n'ayant pas connu l'usage de la langue gestuelle par les enseignants et n'ayant pas non plus bénéficié d'une éducation oraliste réussie, se retrouvent souvent en situation d'échec professionnel, ce dont on doit tenir compte pour apprécier la composition des mouvements revendicatifs sourds.

La question de la langue, tant dans son enseignement que dans son appropriation, apparaît centrale dans le processus de socialisation des jeunes sourds et, au regard des entretiens effectués, on notera plutôt une utilisation de la langue des signes comme vecteur d'échange dans le groupe des sourds tandis que la langue française écrite, mode d'appropriation des connaissances, se fait plus informative. L'hétérogénéité des pratiques de langage chez les jeunes sourds, soulignée par Schum (1991), renvoie à la politique pédagogique des établissements spécialisés et à la relation entretenue avec les familles mais aussi aux revendications des groupes militants de sourds gestuels. À ne pas vouloir choisir clairement une option linguistique, on expose la population adolescente aux risques de l'illettrisme autant qu'aux refuges illusoire dans une langue gestuelle coupée d'une enrichissante confrontation avec le français écrit.

La spécificité d'une démarche ethnologique est de fournir, pour la compréhension d'une situation générale, des instruments d'évaluation constitués à partir d'une situation locale et restreinte, dans le temps et l'espace, dont on aura exploré les mécanismes constitutifs au plus près. Au regard de cette recherche, il apparaît que l'itinéraire de l'adolescent et du jeune adulte sourd doit être apprécié en fonction de lignes de forces, au premier rang desquelles prennent place l'investissement familial, le mode de scolarité, les compétences linguistiques, et la présence éventuelle d'une vie associative de sourds adultes. À cet âge, 15-25 ans, la famille a cessé d'être pleinement déterminante et devient plutôt accompagnatrice, si elle veut ou peut s'en donner les moyens. Paradoxalement, le degré de surdité n'est pas nécessairement le facteur le plus déterminant, la diversité des situations rencontrées montrant que certains sourds profonds poursuivent beaucoup plus loin leur scolarité que des sourds sévères, ces derniers pouvant ne pas être reconnus par l'environnement familial et éducatif comme de « vrais sourds », même s'ils en possèdent les caractéristiques négatives.

La notion de culture sourde reçoit, depuis plusieurs années, un éclairage médiatique qui occulte, souvent à dessein, la complexité du phénomène que cette notion recouvre. Entre les réunions conviviales d'un foyer de province où se rencontrent toutes les générations pour des activités

sportives, conviviales et festives, et les manifestations télévisuelles et parisiennes, il peut ne pas exister plus de liens qu'entre un sourd universitaire et un autre travaillant dans un atelier protégé. S'ils pratiquent, parfois, une langue gestuelle commune, culturellement et socialement, les sourds sont comme tous les groupes disséminés dans la société, traversés de caractéristiques professionnelles, culturelles, sexuelles, politiques, que le terme générique de « communauté sourde » ne permet pas de distinguer. La référence à une identité spécifique, l'identité sourde, est une constante remarquée par plusieurs auteurs depuis des siècles. Mais on omet généralement de souligner que cette référence à une singularité distinctive se vit à deux niveaux : réel et imaginaire. Cette représentation de soi, faisant référence à des ancêtres fondateurs, à des pères protecteurs, des héros, à une épopée traversée de combats, d'échecs et de victoires, ce grand scénario, présenté sous une forme érudite et universitaire, ou au travers d'actions spectaculaires, est autant un récit mythique qu'une réalité sociale. Les représentations du sourd obéissent aux transformations de la société d'une part, mais également aux intérêts stratégiques des sourds eux-mêmes. À titre individuel, cette revendication trouve un écho privilégié dans la crise identitaire de l'adolescence, dans les difficultés d'insertion sociale des jeunes adultes parfois peu qualifiés, dans l'échec aussi d'une scolarisation spécialisée aux options linguistiques ambiguës. On ne doit pas s'empêcher de considérer certaines manifestations de revendication identitaire comme des actes défensifs à l'encontre d'un statut social, individuel et collectif, menacé non pas tant par des « entendants » persécuteurs que par le mouvement général d'une société détruisant de plus en plus vite les codes sociaux, la stabilité des références culturelles et des statuts. « Il peut y avoir de l'altérité, de la relation, du sens entre individus appartenant à des collectivités différentes jusqu'au moment où l'écart entre ces collectivités ou ces univers de référence devient si grand que les différences individuelles s'y engouffrent et ne sont plus ou ne sont plus que difficilement symbolisées. » (Augé, 1994).

Reste qu'une évaluation nationale des méthodes pédagogiques utilisées dans les établissements spécialisés et une analyse de l'insertion professionnelle des sourds devraient être conduites en relation avec les différents acteurs et partenaires de la surdité. Il est à rappeler que la scolarité des jeunes sourds connaît, à la fin du premier cycle secondaire, une *terra incognita* que n'explorent que les plus déterminés, aidés par des réseaux associatifs et familiaux, sans qu'existe, au moment de ce passage difficile, une conjonction de l'action des ministères de tutelle (Santé et Éducation nationale). Une demande existe, de la part des jeunes sourds, des familles, des éducateurs, pour une efficacité plus grande de l'entreprise éducative, face à laquelle l'ethnologue peut jouer un rôle, dans sa

reconnaissance comme dans sa réponse, fournissant aux acteurs concernés des instruments d'analyse et des données indispensables à une transformation effective de la réalité.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Augé M., 1994, *Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie*, Paris, Fayard, 199 p.
- Abbé de l'Épée, (1784), 1984, *La véritable manière d'instruire les sourds et muets*, Corpus des œuvres de philosophie en langue française, Paris, Fayard, 220 p.
- Alisedo-Costa G., Leclerc G., Pellen-Benard M, 1985-87, *De la surdité, Incidences de la médicalisation sur l'éducation des jeunes sourds*, Rapport pour la Mission recherche expérimentation contrat, 5791-70, 255 p..
- Amman J.C., (1694), 1972, *The Talking deaf man*, The Scolar Press Limited, 96 p.
- Arieda, 1991, collectif, L'enfant sourd à l'école, *Actes du VII<sup>e</sup> colloque*, Montpellier, 110 p.
- Bouvet D., 1982, *La parole de l'enfant. Pour une éducation bilingue de l'enfant sourd*, PUF, 343 p.
- Bronca S., 1975, *Gouvernement général et éducation des sourds muets au 18<sup>e</sup> siècle, L'œuvre de l'abbé Sicard*, Thèse de 3<sup>e</sup> cycle, Université Paris VIII, 347 p.
- CCAH, 1991, *L'insertion sociale des personnes sourdes ou/et malentendantes*, Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées, Collection Documents, n° 17, 96 p.
- Chalude J., 1994, Le challenge familial. Instaurer une relation de communication, *Communiquer*, n° 115, 17-18.
- Chambon F, 1991, Accès à la communication orale : la lecture labiale et le langage parlé complété, *Revue CCAH*, Collection Documents, n° 17, 7-10.
- Copans J., Jamin J., 1994, *Aux origines de l'anthropologie française. Les mémoires de la Société des Observateurs de l'Homme en l'An VIII*, Gradhiva, Jean-Michel Place, 230 p.
- Cuxac C., 1979, Communication visuelle-gestuelle chez les sourds, *Études de linguistique appliquée. Sémiologie et analyse du discours en pathologie du langage*, n° 36, 30-40.
- Cuxac C., 1983, *Le langage des sourds*, Payot, 216 p.
- Cuxac C., 1985, *Autour de la langue des signes*, Journées d'études, Université René Descartes.

- Cuxac C., 1986, La langue des signes française; inventaire des classes syntaxiques, *Modèles linguistiques*, Tome 8, 53-62.
- Dalgarno G., (1680), 1971, *Didascalocophus*, The scholar Press limited Menston, England, 136 p.
- Devereux G., 1985, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Champs, Flammarion, 369 p.
- Diderot D., (1751) 1972, Premières œuvres, *Lettre sur les sourds et muets*, Éditions sociales, Les classiques du peuple, 182 p.
- Grosjean F., 1992, La personne bilingue et biculturelle dans le monde des entendants et des sourds, *Sign Language*, 70, 10 p.
- Jouison P., 1983, *Phonologie, morphologie et syntaxe de la langue des signes*, *Communiquer demain*, Toulouse, Congrès international de la Fédération nationale des Orthophonistes, 227-264.
- Jouison P., 1985, *Le rôle du corps dans l'organisation du discours gestuel en LSF*, Amsterdam, Second congrès Européen sur la recherche en Langue des Signes, 35 p.
- Jouison P., 1986, *Iconicité et double articulation dans la langue des signes*, Liège, Colloque international sur les systèmes de communication Alternatifs et Augmentés, 49 p.
- Lane H., 1992, *Quand l'esprit entend*, Paris, Odile Jacob, 250 p.
- Leibnitz W., (1706) 1986, À propos du jeune homme de Chartres sourd et muet de naissance, Corpus des œuvres philosophiques de langue française, *Revue philosophique*, n° 2.
- Montaigne M., (1580), 1967, *Œuvres complètes*, Paris, Seuil, 624 p.
- Mottez B., 1981, *La surdité dans la vie de tous les jours*, CTNERHI, 104 p.
- Mottez B., 1987, *Expérience et usage du corps chez les sourds et ceux qui les fréquentent*, Handicap vécu, évalué, Paris, La pensée sauvage, 107-116.
- Mottez B., 1990, Savoirs, savoir-faire et façons d'être, Toulouse, *Surdité-identité-langage*, Colloque IDAC, 200-212.
- Mottez B., 1990, *La sortie du gettho. La surdité chez l'enfant en France*, CTNERHI, 63-70.
- Mottez B., 1992, *Culture et différence, culture sourde. Mythe ou réalité*, APEDAF.
- Neher-Bernheim R., 1983, Un savant juif engagé : Jacob Rodrigue Péreire (1715-1780), *Revue des Études Juives*, Vol 142, n° 3-4, 373-451.
- Rousseau J.J., (1765), 1990, *Essai sur l'origine des langues*, Paris, Folio Essais.
- Saint-Loup (de) A., 1991, Le sourd, le diable et le bénédictin, *L'Histoire*, n° 142, 80-82.
- Saint-Loup (de) A., 1992, *L'itinéraire illustré du sourd dans l'Occident médiéval*, Maladies, Médecines et sociétés, Approches historiques pour le présent, Paris, L'Harmattan, 13-22.

Schum RL., 1991, Communication and social growth ; a developmental model of social behavior in deaf children, *Ear and Hearing*, 12 (5), 320-327.

Sibscota G., 1670, 1967, *The deaf and dumb man's discourse*, The Scolar Press Limited, Menston, England, 94 p.

Variot B., 1980, *Approche de quelques aspects de la vie sociale des sourds-muets et de leur instruction au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, vus au travers de L'Impartial, journal de l'enseignement des sourds-muets, 1856-1859*, Rennes, Thèse École nationale de la Santé Publique, 180 p.

Virole B., 1990, *Figures du Silence*, Paris, Éditions Universitaires, Collection Emergences, 90 p.

Zempléni A., 1992, préface à Fassin D., *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 359 p., 13-15.