

***Tijiri*, la naissance sociale d'une maladie**

Yannick JAFFRÉ* et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN**

Le taux de couverture sanitaire du Niger, comme dans la plupart des pays du Sahel, est faible. Seulement 30 % de la population a théoriquement accès aux services de santé (SNIS, 1993). Cependant, de campagnes de « soins de santé primaires » en diffusions de messages éducatifs à la radio, nouvelles informations et nouvelles connaissances se diffusent même dans les endroits les plus éloignés des centres médicaux. Obligeant à s'interroger sur les modalités de l'accès aux soins, sur les rapports entre savoirs populaires et scientifiques ou sur les interactions entre collectivités villageoises et services sanitaires, cette « modernité biomédicale » intéresse l'anthropologie du développement comme l'anthropologie de la santé.

De nombreuses recherches d'anthropologie de la santé ont pour thème l'étude des représentations culturelles d'une pathologie. Les descriptions des conceptions autochtones, appuyées sur les discours populaires relatifs à telle ou telle « maladie », sont en général implicitement ou explicitement opposées aux savoirs biomédicaux. L'écart observé entre ces deux systèmes de sens déjà constitués est souvent proposé comme raison explicative d'une grande partie des conduites sanitaires des populations, notamment pour ce qui concerne l'accès aux soins et le respect, ou non, des consignes des services de santé.

Une telle démarche, quelle que soit par ailleurs sa pertinence, ne va pas sans laisser de nombreuses questions en suspens, tant pour l'anthropologie que pour la santé publique. Ainsi est-il loisible, de la part de l'anthropologie, de se demander si les « représentations » ainsi décrites sont aussi homogènes et largement partagées que certains le laissent parfois entendre. D'autre part se pose la question de l'origine de ces schémas culturels souvent présentés comme des structures cognitives ou idéologiques anhistoriques, « toujours-déjà-là ». De plus, comment comprendre que certaines pathologies génèrent des interprétations

* Anthropologue, École nationale de médecine et de pharmacie, BP 2528, Bamako, Mali.

** Anthropologue, Orstom, BP 11416, Niamey, Niger.

sémantiquement « riches » alors que d'autres en semblent dénuées, ne suscitant que de modestes descriptions ? Enfin, n'y a-t-il pas de nos jours, après maintes actions de santé publique, plusieurs registres de représentations populaires de la maladie, les uns empruntant leur modèle au discours biomédical, d'autres s'appuyant sur des savoirs locaux de type empirique plus ou moins spécialisés, d'autres enfin utilisant des références magico-religieuses ? En fait, comment mettre en évidence les « dynamiques syncrétiques des représentations » ?

Se poser de telles questions peut permettre à l'anthropologie de la santé de prendre ses distances avec quelques biais nés du privilège accordé à la description de pathologies à « haut rendement » symbolique, et aux représentations « exotiques » qui leur sont liées, en particulier celles proposées par des guérisseurs, producteurs éminents d'interprétations à fortes connotations magico-religieuses. À l'évidence, l'étude de ces discours « populaires-spécialisés » doit être poursuivie. Il reste, cependant, à rendre compte de la complexité des problèmes de santé telle qu'elle est prosaïquement et quotidiennement vécue par le plus grand nombre (cf. l'article précurseur de GILLIES, 1976).

Du côté des actions de développement sanitaire, d'autres problèmes se posent. L'existence sociale de la maladie et les formes sous lesquelles elle est perçue, nommée, vécue par les populations sont des préoccupations absentes des pratiques habituelles d'« éducation pour la santé » (JAFFRÉ, 1991). Le rapport entre les maladies objectivées par des enquêtes épidémiologiques et les maladies ressenties par les sujets reste une boîte noire que peu de responsables de programmes de santé publique se soucient d'ouvrir, si ce n'est sous la forme d'« enquêtes rapides ». Pire, dans bien des cas, ceux-ci n'abordent naïvement la question des conceptions populaires que sous l'aspect d'obstacles à surmonter pour réaliser leurs propres objectifs.

Les hasards du terrain nous ont confrontés à la « naissance sociale » d'une maladie, autrement dit à la production de représentations concernant une pathologie considérée comme nouvelle par les villageois nigériens auprès desquels nous avons enquêté. Ceux-ci ont, en l'occurrence, précédé les services de santé dans le repérage et la description clinique d'une épidémie. Notre enquête s'est attachée à recueillir les récits descriptifs et interprétatifs des populations. Ce faisant, elle a déclenché une série d'interactions entre les divers acteurs du « dialogue sanitaire », ce dialogue qui prend aujourd'hui en Afrique, de malentendus en non-dits, la forme d'un véritable « dialogue de sourds ». Il nous semble que cet exemple, bien que singulier, peut permettre d'envisager plus précisément quelques-uns des problèmes pratiques et théoriques précédemment évoqués. Outre l'analyse des malentendus du dialogue sanitaire renvoyés aux positions de ses différents acteurs, on insistera plus particulièrement sur les conditions de production de représentations

nouvelles de la maladie et sur l'orientation pragmatique des processus cognitifs qui sont à l'œuvre, ainsi que sur le rôle de ce qu'on pourrait appeler le « dispositif » de la maladie.

LES ÉVÉNEMENTS ET LES ACTEURS

La « découverte » de *tijiri*

K. est un village songhay en bordure du fleuve Niger. La riziculture y prédomine, en particulier depuis la mise en œuvre de récents aménagements hydro-agricoles. En modifiant la situation écologique, ces périmètres irrigués ont aggravé considérablement l'endémicité des schistosomiasés (la prévalence moyenne est de 60 % pour l'ensemble de la population). À l'occasion d'une enquête portant sur les représentations sociales de la bilharziose (MAHAZOU *et al.*, 1993), les habitants du village ont évoqué avec insistance une « nouvelle maladie » sévissant chez eux depuis deux ans et qu'ils nommaient en langue zarma « *tijiri* » (*tijiro* à la forme déterminée). Nos collègues nigériens qui effectuaient cette enquête ayant attiré notre attention sur *tijiri*, nous avons décidé d'étudier cette nouvelle entité.

Les descriptions proposées par tout un chacun dans le village convergeaient pour l'essentiel. Elles évoquaient une fièvre au long cours, sévissant depuis deux années, inconnue jusqu'ici (nettement distinguée, par exemple, du paludisme), parfois mortelle, de type contagieux et frappant plus particulièrement les enfants. Deux traits principaux se dégagnaient de ces propos : une description sémiologique précise, et la constatation de l'inefficacité des traitements entrepris, qu'ils soient « traditionnels » ou biomédicaux.

Nous avons alors procédé de façon classique, en recueillant en langue songhay-zarma, auprès de villageois de divers statuts (hommes/femmes, jeunes/vieux, « guérisseur », patients, marabout...), un corpus de descriptions de la maladie et de ses diverses connotations.

Parallèlement à l'enquête, et alertés par les chercheurs, différents acteurs sanitaires sont intervenus, pour des raisons thérapeutiques ou relevant de la santé publique. L'analyse de ces interactions, pour accidentelles qu'elles aient été, n'est pas elle-même sans intérêt.

Nous avons tout d'abord rencontré l'infirmier d'État affecté à ce village. Comme cela est fréquent au Niger et dans le Sahel, le dispensaire, érigé à trois kilomètres du centre du village, a comme principales activités la délivrance d'ordonnances, la distribution d'un peu de nivaquine et d'aspirine, ainsi que l'exécution de quelques injections. L'achat des diverses prescriptions impose de se rendre à une dizaine de kilomètres, au chef-lieu de canton, où se trouve une pharmacie populaire. Lorsque

nous l'avons interrogé pour la première fois, l'infirmier de K. n'était pas au courant de l'existence de cette nouvelle maladie. Il n'avait qu'une seule fois entendu le terme de *tijiri* et n'en connaissait pas la signification.

Nous avons alors interrogé un épidémiologiste et un parasitologue, tous deux coopérants français, qui, en fonction des symptômes que nous leur avons décrits et sous réserve d'examens cliniques et biologiques ultérieurs (qu'ils n'ont pu effectuer, ayant dû, entre-temps, quitter le pays), ont avancé l'hypothèse d'une leishmaniose.

Prévenue par les soins de nos collègues nigériens, une des directions sanitaires du service public a de son côté envoyé, pour une demi-journée, une mission dans le village. Après s'être livré à un examen clinique rapide de malades atteints de *tijiri*, le médecin nigérien responsable de cette mission a diagnostiqué une typhoïde et délivré des ordonnances prescrivant un traitement par la typhomicine aux patients examinés. Parallèlement, il a effectué quelques prélèvements sanguins afin de pouvoir corroborer ses observations à Niamey, grâce à un test de Vidal. Les sérologies se révélèrent positives, confirmant ainsi ses premières hypothèses. Cependant, alors que les villageois nous signalaient que *tijiri* était responsable de plus d'une dizaine de décès, le rapport de mission rédigé à cette occasion affirme le contraire : aucune victime n'aurait été constatée.

Un autre médecin coopérant nous a ensuite accompagnés au village. Après avoir à son tour effectué quelques examens cliniques, il a manifesté une forte réticence quant à un diagnostic de typhoïde, sans pour autant se prononcer sur l'autre hypothèse d'une leishmaniose. En fait, les résultats du test de Vidal effectué par le laboratoire des services publics de Niamey ne lui semblaient en rien probants. Il les soupçonnait d'être non fiables...

Devant cette multiplicité d'interprétations, mais aussi d'incertitudes, nous avons décidé d'emmener en observation à l'hôpital de Niamey six jeunes du village, victimes de *tijiri*, afin de faire sur place un ensemble plus complet d'examens. Ces derniers ont finalement confirmé le diagnostic de typhoïde. Le responsable du service hospitalier instaura à son tour un traitement à la typhomicine, mais par voie orale et à des doses quatre fois plus importantes que celles prescrites auparavant dans le village par la mission de la Direction sanitaire, le précédent dosage étant jugé tout à fait insuffisant... Grâce à ces soins, les six jeunes malades ont tous recouvré rapidement la santé.

Par la suite, les services sanitaires ont mis à la disposition du dispensaire de K. des stocks de typhomicine injectable. Cependant, bien que gratuit, ce traitement restait contraignant. Il exigeait en effet que soit effectuée une injection quotidienne pendant trois semaines. Bien que

banal, cet acte thérapeutique imposait donc aux familles un trajet journalier de six kilomètres. Ce problème simple d'accès géographique fit que les stocks sont restés largement inutilisés. Le traitement par voie orale, fort coûteux (5 000 F CFA de typhomicine à acheter à la pharmacie), posait quant à lui d'autres problèmes d'accessibilité économique. Il en résulta que les cas de typhoïde ne furent, pour l'essentiel, pas traités. En revanche, on sait désormais à K. que les « docteurs » connaissent le médicament de *tijiri*, et la demande d'une typhomicine orale « gratuite », résolvant les problèmes pécuniaires et de déplacement, est devenue forte.

Enfin, face à cette difficulté, le comité de santé local s'est révélé inefficace et même inexistant. Ce comité, formé de villageois ayant reçu une brève formation sanitaire, est censé dépister, informer les autorités sanitaires et transmettre des messages préventifs. Il n'a en aucune manière joué ce rôle. Ces secouristes-paysans censés dialoguer avec l'infirmier ne lui ont pas signalé la « nouvelle maladie », et n'ont, par la suite, pas informé la population de son identification et de l'existence d'un traitement.

Les divers intervenants, un bilan des stratégies

En fait, nos démarches, nées de nos propres incertitudes et de notre désir de trouver une solution médicale au problème, prirent après coup la forme d'un dispositif quasi expérimental. Elles permirent d'étudier « *in vivo* » comment autour d'une maladie inconnue se constituent et s'affrontent divers savoirs et points de vue.

Prenons le cas de l'infirmier. Dans un premier temps, sa méconnaissance de l'existence de *tijiri* trahit le peu de communication qu'il entretient avec les populations dont il a théoriquement la charge. Par la suite, confronté à l'expression de cette nouvelle plainte, il ne la perçoit pas comme la manifestation d'un problème sanitaire réel ou comme l'expression pertinente d'une demande de soins. Il l'interprète conformément aux stéréotypes habituels des soignants sur leurs patients. Les malades ne peuvent que se tromper. À notre présentation des premiers résultats de notre enquête sur *tijiri*, l'infirmier répond :

« Pour les populations, c'est une affection qui va durer jusqu'à la fin. En fait, c'est sans doute une affection cancéreuse ou une tuberculose. Les villageois ne savent pas utiliser les aliments disponibles. Il faut faire des efforts pour bien manger. Il y a aussi beaucoup de paludisme » (interview réalisée en début d'enquête).

Dans un deuxième temps, le passage de l'équipe médicale modifie sa perception de la situation. Il y a bien une « nouvelle maladie » puisque les médecins l'ont dit. L'infirmier sait donc qu'il s'agit de typhoïde. Cependant, les villageois n'en sont pas pour autant « réhabilités ». Tout

au contraire, le fait qu'ils ne soient pas venus lui poser le problème de *tijiri* est une confirmation de leur ignorance. De son point de vue, ce n'est donc pas lui qui n'a pas dépisté et écouté, ce sont eux qui n'ont pas « parlé ».

« Ici les gens ne connaissent que le paludisme. Le paludisme, si vous traitez avec de la chloroquine pendant trois jours, la fièvre disparaît. Mais si, après trois jours, la fièvre n'a pas disparu, il faut penser à une autre maladie. Donc comme eux ils pensent que c'est du paludisme, si au bout de trois jours il n'y a pas de résultats, ils disent : ce n'est pas la peine de traiter au dispensaire puisqu'on a déjà essayé et qu'il n'y a pas d'effets bénéfiques... » (interview réalisée en milieu d'enquête).

Enfin, dans un dernier temps, les villageois savent que l'infirmier connaît la maladie et son traitement. Ils viennent donc « enfin » au dispensaire. Cependant, cette consultation est plus régie par la mise en œuvre routinière d'une équivalence entre *tijiri* et typhoïde que par une réelle démarche clinique. La traduction est figée et prend la place de l'interrogatoire médical : à l'énoncé populaire « *tijiri* », il suffit de substituer l'énoncé savant « typhoïde ». L'infirmier peut alors se contenter de l'« autodiagnostic » de ses patients puisqu'il reproduit apparemment celui effectué par le médecin de la mission du service public. Ainsi sont réglées les difficultés du dialogue soignant-soigné.

« Maintenant les gens viennent, ils disent que c'est *tijiri* et je leur donne de la typhomicine » (interview réalisée en fin d'enquête).

En fait, cet infirmier oscille entre les deux pôles d'une même position. Le refus d'écouter une plainte ou l'acceptation d'un diagnostic sans observation manifestent le manque d'un savoir nécessaire pour analyser la demande sanitaire de ses patients, en l'incluant dans un tableau nosographique cohérent. Sachant sa fonction sociale de soignant menacée par son manque de connaissances et par l'absence de techniques de soins efficaces (HOURS, 1985), il ne peut maintenir son statut qu'en utilisant une rhétorique de l'ignorance villageoise¹. Il espère ainsi, discréditant ses interlocuteurs, dissimuler ses propres lacunes.

Confrontés par l'insistance de nos questions à cette même énigme de *tijiri*, les médecins coopérants agissent à l'inverse de l'infirmier. Le diagnostic du médecin nigérien et les examens effectués en laboratoire

¹ À la demande de soins devrait répondre une offre de santé seule capable d'assurer un statut social au soignant. C'est, par exemple, ce que souligne FREIDSON (1984 : 31) : « Le médecin a pour tâche de résoudre des problèmes pratiques qu'on vient lui soumettre. Il n'est pas le gardien d'un dogme révélé qui a pour fonction de séparer l'authentique du faux, il n'est pas non plus le dépositaire ni le créateur des théories et du savoir supposé qu'une société a pu accumuler. Ce qu'on lui demande, c'est : "Docteur, faites quelque chose", et non pas : "Docteur, dites-moi si c'est vrai ou faux". »

leur semblent *a priori* non crédibles. Ils ont donc tendance à rejeter cette piste. En fait, bien que rompus à l'observation clinique, ils n'y fondent plus leur décision². Formés et habitués à d'autres technologies, ils attendent d'un laboratoire « sérieux » la confirmation d'hypothèses diagnostiques complexes. De plus, espérant être confrontés à une pathologie rarement décrite sous cette latitude, ils rejettent d'emblée le plus simple. Cette attitude leur permet de démontrer l'étendue de leurs connaissances médicales, mais peut-être aussi d'envisager une publication savante utile à leur carrière.

L'équipe de la Direction sanitaire pose un bon diagnostic, mais, en entérinant les propos de l'infirmier, elle impute à son tour la responsabilité de la situation sanitaire à la passivité des populations, et reproduit ainsi les stéréotypes sur leur ignorance.

« Aucun cas de décès dû à cette maladie n'a été signalé dans le village de K., et chose curieuse aucun malade n'a été conduit au dispensaire de K. L'infirmier n'a même pas été prévenu de la présence de cette maladie jusqu'à notre arrivée » (rapport de mission de la DDS de T., 30 juin 1992).

De plus, elle semble peu intéressée par le traitement, qui n'est pas de sa compétence (à tous points de vue). Cela n'est pas son problème. À d'autres services de le prendre en charge, aux paysans de se débrouiller pour acheter les produits.

Quant aux membres villageois du comité de santé, leur « absence » témoigne de ce que, comme les hygiénistes et les matrones, s'ils sont initiés à quelques gestes sanitaires, ils ne sont pas passés du côté de l'appareil de santé publique. Ils gardent les mêmes conceptions sanitaires que l'ensemble des populations rurales et partagent leur défiance face aux « fonctionnaires ». Cette structure, constituée et formée au nom de la politique des soins de santé primaires, apparaît donc plus comme le « parachutage » de certaines idéologies du développement communautaire auxquelles elle sert de justification que comme un relais sanitaire efficace.

² « Dans cette médecine "humaniste" basée sur la clinique, le médecin tirait son savoir du corps du malade par le regard, la palpation, l'auscultation, c'est-à-dire par l'écoute des bruits du corps, des paroles de plainte du malade, en d'autres termes à partir des données de sa perception. L'introduction des outils (microscope, analyse biochimique, etc.) a fait franchir une barrière, celle du visible à l'invisible, barrière de crédibilité. Du "je crois ce que je perçois par mes sens", un passage s'est opéré à un "je crois ce que j'apprends par mes appareils". La garantie n'est plus liée à la perception immédiate, mais à un corps se constituant progressivement et auquel le médecin participe soit par certitude de la logique scientifique, soit par adhésion de l'ordre de la croyance. » (RAIMBAULT et ZYGOURIS, 1976 : 7).

Ces interactions sanitaires quotidiennes sont banales et il est aujourd'hui acquis qu'en matière de santé les enjeux de savoir englobent des relations de pouvoir (FASSIN, 1992). De fait, dans l'affaire de *tijiri*, les différents professionnels impliqués légitimement, chacun à sa manière, leurs positions sociales par leurs connaissances. L'acte d'établir le diagnostic ne se limite donc pas à la simple identification d'une pathologie mais permet aussi de se différencier à l'intérieur d'un même corps professionnel. Ces diverses stratégies ne sont pas sans conséquences sanitaires. Ainsi, dans notre exemple, les préoccupations latentes relatives aux positionnements hiérarchiques et à la question de savoir qui peut légitimement nommer le nouveau syndrome entravent le dialogue et influencent largement l'interprétation d'une demande de soins pourtant explicitement formulée.

Cet exemple illustre, bien sûr, la distinction classique entre l'attestation biomédicale d'une maladie (*disease*), son impact individuel (*illness*), et ses significations sociales (*sickness*) (KLEINMAN, 1978 ; ZEMPLINI, 1985). Cependant, aborder la question de la définition de la maladie par les différents « acteurs » participant à sa dénomination permet de dévoiler les liens existant entre les contenus des divers discours et les positions sociales de ceux qui les énoncent. Il démontre ainsi que cette trichotomie, souvent considérée sous un angle structural et statique, est aussi le résultat de processus qui la débordent³. Plus précisément, l'établissement du diagnostic par les médecins ne se réduit pas, loin de là, à l'identification biomédicale d'un *disease*, mais renvoie à des stratégies sociales et à une « division du travail médical » (FRIEDSON, 1984). Si l'infirmier ignore d'abord la pathologie, puis se limite ensuite à un diagnostic routinier superficiel, les médecins nigériens font un diagnostic d'identification simple, appuyé par une confirmation biologique élémentaire, alors que les spécialistes occidentaux explorent une piste complexe et contestent la fiabilité du laboratoire local. La dénomination d'une maladie par les agents de la santé publique n'est donc pas une simple certification scientifique produite par le discours médical, mais aussi le résultat d'un processus imbriquant la complexité des savoirs aux divers pouvoirs de la hiérarchie médicale. Le concept de *disease* se présente comme l'énoncé idéal du discours médical⁴, mais sa construction dans une situation sanitaire, comme tout acte perfor-

³ L'ethnologue aborde généralement cette interaction à partir des représentations socio-culturelles de la maladie. Aussi n'est-il pas inutile de rappeler que, pour la majorité des auteurs anglo-saxons, le terme de *sickness* désigne non pas une représentation mais un processus (ZEMPLINI, 1985 : 15).

⁴ « En constituant ce qui fait son objet [la maladie] comme le sujet de son discours, la médecine efface la position de l'énonciateur du discours, qui est celle du malade lui-même dans l'énoncé de la souffrance, et celle du médecin dans la reprise de cet énoncé dans le discours médical » (CLAVREUL, 1978 : 31).

matif, lie de manière réciproque le contenu de l'énoncé à la qualité sociale de celui qui le profère. Dès qu'elle est incluse dans une énonciation sous forme d'hypothèse ou de diagnostic, l'attestation biomédicale de la maladie est déjà un objet social (*sickness*).

Quant au tableau clinique populaire, il peut parfois être empiriquement plus fondé que celui des agents de santé avec qui les populations sont en contact. C'est le cas de notre exemple. En effet, si les habitants de K., principaux acteurs de cette situation, sont démunis face à *tijiri* en termes de thérapeutiques tant biomédicales que « traditionnelles », ils se livrent, en revanche, à un véritable travail d'observation et de description. L'apparition brutale et la forte prévalence de cas de typhoïde ont suscité la constitution d'un ensemble sémantique, cristallisé autour du nom de *tijiri*. Cette configuration de représentations constitue une grille de lecture sémiologique cohérente. Elle n'a rien de magico-religieux. Cependant, avant l'arrivée des sociologues nigériens, personne n'avait pris la peine d'écouter ces discours non légitimes de villageois supposés ignorants.

LES REPRÉSENTATIONS POPULAIRES DE *TIJIRI*

On peut, à travers l'émergence sociale de cette « nouvelle maladie », suivre le processus de constitution des diverses sortes de représentations populaires qui définissent toute maladie. On voit ainsi que *tijiri*, c'est d'abord une *description de symptômes*, qui propose un tableau clinique d'ordre essentiellement descriptif, dont le contenu empirique frappe par sa précision et son pragmatisme. *Tijiri*, c'est aussi un *nom*, qui spécifie la maladie et la distingue des autres maladies. Par cet acte de dénomination, les symptômes sont regroupés dans une entité nosologique populaire spécifique, dont on voit qu'elle n'implique, en l'occurrence, ni interprétation étiologique, ni théorie fonctionnelle. Le nom n'est ici guère plus (mais c'est déjà beaucoup, et il en est souvent ainsi) que l'association d'un ensemble de symptômes en une pathologie unique, sur laquelle chacun confesse par ailleurs son ignorance quant à ses causes ou à ses mécanismes. Cet ensemble « nom/symptômes » constitue en quelque sorte les représentations centrales partagées, le savoir minimal commun sur la maladie, le noyau de connaissances locales qui définit la carte de visite de *tijiri*⁵. Autour de ce savoir minimal commun, on peut distinguer deux zones de représentations

⁵ Sur la distinction entre langage des symptômes (« langage des maux ») et entités nosologiques populaires, ainsi que sur les représentations fluides et prosaïques d'autres maladies en contexte songhay-zarma, cf. OLIVIER DE SARDAN, 1994.

périphériques, beaucoup plus incertaines et aléatoires : les représentations concernant les « *remèdes* » (ici essentiellement définis négativement), et les représentations concernant le *contexte* (origine, mode de propagation, etc.).

Les symptômes et le nom

Le nom *tijiri* s'inspire lui-même d'un symptôme : on pourrait le traduire en effet par « stationnaire », ou bien « qui reste longtemps sans bouger ». Il s'agit par là d'évoquer la longue durée de la maladie ; *tijiri* est en effet avant tout une fièvre au long cours. Mais il est étonnant de constater à quel point le processus de dénomination de la nouvelle maladie s'accompagne d'une description précise de ses symptômes, description largement partagée par tous nos interlocuteurs⁶.

« Au début, on ne parlait que d'une fièvre. C'est une fièvre qui prend le cou, le malade se plaint du cou, il se plaint du dos. Le corps est fiévreux, la nuit. Nous avons compris que ce n'était pas une maladie connue, mais bien une maladie nouvelle, sans savoir laquelle. Au début on a simplement parlé de "fièvre", puis on l'a nommée *tijiri*. On l'a nommée *tijiri* parce qu'elle ne quitte pas vite celui qu'elle attrape. En langue zarma, on appelle *tijiri* ce qui reste longtemps sur quelqu'un, ce qui ne bouge pas [...]. Mais ce n'est pas à propos du malade lui-même que l'on dit *tijiri*, c'est à propos de la maladie, parce qu'elle ne s'en va pas vite. C'est avant tout une fièvre, et on a au départ parlé simplement d'une fièvre. Puis on a dit *tijiri*, parce que cela ne quitte pas la personne. Une fois nommée ainsi, on n'a plus dit simplement "fièvre" au sujet de cette maladie, on l'a distinguée en parlant de *tijiri*, pour marquer que c'était une nouvelle maladie, distincte des fièvres que nous connaissons. »

« Lorsque *tijiri* t'attrape, il te fait maigrir jusqu'à te faire ressembler à une tige, il te donne de la fièvre. Vers la fin il te fait gonfler, tes pieds et tes mains enflent. *Tijiri* dure environ quatre mois. »

Fièvre au long cours, tel est véritablement le cœur de la définition locale de *tijiri*. Mais, selon nos interlocuteurs, certains traits y sont systématiquement associés : la fièvre est surtout vespérale, elle entraîne une perte d'appétit et un amaigrissement spectaculaire. La fin de la maladie se manifeste par un gonflement des extrémités et un ballonnement abdominal. D'autres symptômes sont également parfois évoqués : une déco-

⁶ Tous les propos rapportés ci-dessous sont extraits d'un corpus d'entretiens effectués en langue songhay-zarma, et traduits les uns par J.-P. Olivier de Sardan, les autres par Moumouni Adamou. Les informateurs ne sont pas cités nominativement, dans la mesure où il n'y a pas de différences significatives entre les dires des uns ou des autres, que ce soit en fonction du statut ou d'autres variables.

loration des membres, une forte irritabilité, etc. Enfin, l'issue fatale est possible (on nous a signalé plus d'une dizaine de morts), bien qu'au dire des villageois, le plus souvent, la maladie disparaisse « après avoir fait son temps ».

Le traitement

Il est en quelque sorte défini, dans le cas de *tijiri*, uniquement par la négative : *tijiri*, c'est une maladie sans traitement, rien ne marche, ni les thérapies locales, ni la médecine occidentale. En ce sens, l'absence de traitement fait partie des signes distinctifs de la maladie, et aurait pu même être évoquée dans le paragraphe ci-dessus comme « symptôme » : si la maladie dure longtemps, c'est qu'on ne lui connaît pas de remède, et qu'elle suit donc son cycle naturel, qui se termine soit par la guérison spontanée, soit parfois par la mort.

« Il n'y a pas de remède que l'on n'ait essayé, y compris ceux de l'infirmier, et cependant la maladie ne lâche pas son homme, voilà pourquoi on l'a appelée *tijiri*. »

« Quand la maladie a attrapé mon enfant, je l'ai amené chez l'infirmier. Je lui ai demandé de quelle maladie il s'agissait. Il a simplement fait une ordonnance et m'a dit d'aller acheter un médicament. Je l'ai fait, je suis rentrée à la maison. La fièvre n'a pas disparu, il était toujours très chaud. Et cela a continué, jusqu'à quatre mois. À ce moment-là quelqu'un m'a dit que mon enfant avait "*tijiri*". J'ai demandé : qu'est-ce que cette maladie ? Ceux chez qui elle a commencé m'ont dit qu'on l'a appelée ainsi. J'ai dit : ah bon, c'est ainsi... C'est mon enfant qui a été le premier atteint ici [il y en a eu ensuite beaucoup d'autres], nous avons seulement attendu que Dieu le Tout-Puissant allège notre fardeau, et que l'enfant retrouve la santé. »

En tant que maladie nouvelle, *tijiri* a bien sûr fait l'objet d'hypothèses quant au type de maladie auquel on pourrait la rattacher, et de comparaisons avec des maladies « proches ». À un premier niveau, la question pouvait se poser de savoir s'il s'agissait d'une « maladie des génies » (relevant de la compétence des *zimma*, c'est-à-dire des prêtres des génies de possession) ou bien d'une « maladie de Dieu », c'est-à-dire d'une maladie « naturelle ».

« *Tijiri*, nous avons simplement constaté que cela attrape les enfants comme les adultes. Mais nous n'en connaissons pas la cause. Si elle attrape quelqu'un, on cherche que faire, on fait bouillir de l'eau pour y mettre nos herbes et racines et en laver le malade, mais seul Dieu fait que la maladie passe son chemin. Nous n'avons jusqu'ici pas compris quelle était la famille de cette maladie : est-ce une maladie des génies, ou une maladie de Dieu, nous ne savons pas à quelle famille elle appartient. »

« Écoutez bien : cette maladie, qui est venue dans notre pays, il faudrait gratter la terre [= divination] pour en connaître l'origine [le nombril]. Mais personne n'a encore gratté la terre pour tenter d'en apprendre la cause. N'est-ce pas que personne n'a encore gratté la terre ? En effet, il y a divers chemins, et chacun suit le sien. Il faut donc essayer dans son chemin pour voir si l'on trouve la cause de la maladie. Si jamais tu trouvais dans ton chemin la cause de *tijiri*, alors *tijiri* deviendrait comme ton beau-père. »

C'est sans doute parce que *tijiri* ne ressemblait pas aux symptômes habituels des « maladies de génies » (troubles du sommeil, paralysies, crampes abdominales, etc.) que l'on n'a jamais tenté une exploration sérieuse de cette piste, mais sans exclure — pragmatisme oblige — une telle possibilité (dans la mesure où c'est souvent l'échec de tout autre traitement qui amène à consulter, en dernier recours, un *zimma* et à admettre qu'il s'agisse d'une « maladie des génies »). De fait, la comparaison entre *tijiri* et le paludisme, faite spontanément, montre à la fois en quoi les deux maladies diffèrent, et en quoi elles semblent relever l'une comme l'autre des « maladies de Dieu » et non de celles des génies.

« Ce que nous calculons à propos du paludisme est ceci : il survient pendant la saison des pluies, à l'époque des moustiques, quand le mil grandit. Cela donne de la fièvre, au moment où on mange le nouveau mil. On vomit : c'est cela le paludisme [littéralement : "enfant de l'hivernage"], dès la première minute tu vomis. Mais *tijiri* c'est tout autre chose. Il survient pendant la saison sèche, à la différence du paludisme. Le paludisme sévit lui pendant la chaleur liée au mil déjà haut, et il ne dure pas comme le fait *tijiri*, le paludisme peut rester une semaine, ou deux, et passe. Nous connaissons bien le paludisme, depuis longtemps. Par contre, *tijiri* est une maladie nouvelle car il reste longtemps sur le malade » (entretien collectif avec les parents des enfants emmenés à l'hôpital).

Le contexte

Un autre type de représentations, plus « périphériques », porte sur le contexte d'apparition et de diffusion de *tijiri*. Là les propos varient beaucoup d'un locuteur à l'autre, la plupart invoquant leur ignorance. Il semble cependant acquis que *tijiri* relève des maladies « qui se transmettent »⁷ (*a ga diisa*).

⁷ La meilleure traduction du verbe *diisa* (ou *dijisa*) serait « qui se transmet ». Cela recouvre en fait les notions de contagion, de contamination et de transmission. Sur les distinctions émiqes entre ces notions, cf. FAINZANG (1986 : 66), DUPIRE (1985 : 123-139) ; sur leur importance méthodologique et éthique, cf. HÉRITIER-AUGÉ (1993 : 384). Sur un plan strictement médical, la typhoïde n'est évidemment pas contagieuse. La contamination peut être directe (mains sales) ou indirecte (eaux, aliments souillés).

« *Tijiri* est contagieux parce que s'il arrive quelque part il ne prend pas qu'une personne. Une maladie qui vient, qui attrape dix personnes, qui attrape les uns, et quand ils ont retrouvé la santé attrape les autres, c'est une maladie contagieuse ! »

Sur ce plan aussi, la comparaison avec le paludisme est instructive :

« Le paludisme est contagieux (*diisa*) et il ne l'est pas. Il frappe celui dont le sang est disposé à cela [le sang qui l'aime]. Si tu as son médicament, il passe vite. Avec le paludisme tu vomis, une vomissure verte et amère, tu as de la fièvre, au début tu as mal à la tête, et cela passe. Par contre, *tijiri* te donne de la fièvre tous les soirs, jusqu'à ce que tu n'aies plus aucune force. »

La possibilité que l'on impute à *tijiri* des troubles qui auraient d'autres causes et relèveraient en fait d'autres maladies n'est cependant pas exclue par certains :

« *Tijiri* a tué des gens dans le village, beaucoup de gens [...]. Peut-être certains, ce n'était en fait pas *tijiri* ! Quand il y a une maladie comme celle-là, quand quelqu'un est malade, on dira que c'est elle, que ce soit elle ou que ce ne soit pas elle. S'il y a des morts, on dira que c'est *tijiri* qui les a tués : or il peut y avoir d'autres animaux dans la mare que le caïman et l'hippopotame. »

Quant à la manière dont la maladie a pénétré dans le village, nos interlocuteurs avouent en général leur ignorance :

« Nous ne savons pas de quelle façon elle est venue, Dieu seul le sait. »

Mais, comme toute maladie épidémique (et les populations évoquent spontanément les maladies contagieuses et transmissibles dont elles ont l'expérience : rougeole, méningite et, récemment, choléra), elle a bien dû être introduite de l'extérieur :

« Elle saute d'une personne à l'autre, elle attrape l'un puis l'autre, puis se disperse dans tout le village. »

Les étrangers sont en ce cas plus facilement soupçonnés :

« Ce doit être un étranger qui l'a amenée, ou bien encore le vent. Même le vent qui souffle peut amener des maladies. Vous, par exemple, vous êtes ici des étrangers de passage, venus nous voir au village. Si vous avez une maladie, il se peut qu'elle attrape quelqu'un ici, et quand vous partirez vous nous la laisserez. Une personne peut venir d'ailleurs passer une seule nuit au village, ou deux, que ce soit un homme, une femme, ou même un enfant qui tête, et elle va laisser ici sa maladie en repartant [...]. Aujourd'hui toutes les maladies sont amenées par quelqu'un... *Tijiri*, c'est quelqu'un qui l'a amené, car avant nous n'avions rien vu qui y ressemblait. »

Certains sont parfois soupçonnés, mais sans agressivité particulière, malgré leur statut évident de bouc émissaire :

« Il n'y a pas d'étrangers qui ne viennent au village, il y a des gens de Gao [Maliens], il y a des Zarmas, il y a des Bellas, on ne peut compter tous ceux qui passent ou que l'on amène. »

« De mon côté, j'ai entendu dire que c'était un Bella. Il y aurait eu un Bella maigre au gros ventre, qui n'avait pas de connaissances ici. Il passait pour recoudre les Calebasses, un Bella du Mali [de Gao] au teint clair, on dit que c'est lui qui l'aurait amené... »

Et désormais la maladie poursuit son chemin :

« Maintenant elle va dans d'autres villages, elle continue pour aller ailleurs. »

LE « DISPOSITIF » D'UNE MALADIE

Tijiri apparaît au bout du compte sous la forme d'une « signification stable », partagée par le plus grand nombre et désignant une pathologie spécifique. Cette représentation largement partagée résulte cependant d'interprétations diverses et de multiples interactions sociales. Comment s'est constitué et stabilisé ce nouveau savoir populaire ? D'une manière plus générale, comment un nouvel élément prend-il sa place dans un ensemble nosographique populaire lui préexistant ? À l'évidence, il ne s'agit pas là uniquement de discours. C'est l'observation des conduites, tout autant que le recueil des propos, qui serait nécessaire pour pouvoir véritablement répondre à une telle question. Si nous avons souligné jusqu'ici l'importance des données discursives (ce sont elles qui ont servi de base à ce travail), ce n'est pas pour sous-estimer l'importance des données extra-linguistiques, bien au contraire. On peut en particulier définir trois principales variables liées au contexte sanitaire « objectif » : la prévalence de la maladie, l'existence d'un traitement efficace et l'expression clinique de la maladie. L'ensemble constitue ce qu'on pourrait appeler le *dispositif de la maladie*, qui joue un rôle non négligeable dans la constitution des représentations populaires et dans le choix des itinéraires thérapeutiques.

La prévalence

Cet aspect en quelque sorte « quantitatif » est significatif de plusieurs façons. Tout d'abord, le contexte épidémiologique « offre » d'une certaine manière le matériel expérimental et constitue ainsi le cadre des remodèlements interprétatifs opérés par les populations pour définir la nouvelle maladie. C'est en effet la récurrence de symptômes identiques

sur des malades différents qui permet de distinguer ces symptômes et de les constituer comme des signes invariants et significatifs d'une pathologie. En ce sens, passer du « phénoménal » au sémantique dépend de la prévalence et de l'incidence de la maladie : cela renvoie à des effets de seuil, à du quantitatif (même perçu qualitativement).

La prévalence et l'incidence sont aussi les supports d'interprétations populaires. Elles permettent de différencier les maladies touchant un grand nombre de personnes des pathologies « électives ». Une maladie transmissible et contagieuse, au sens médical de ces termes, sera également considérée comme contagieuse ou contaminante au sens songhay-zarma du terme (*diisaldijisa*) et ne sera donc pas, par exemple, interprétée en liaison avec la catégorie songhay-zarma des « maladies de génies ». Ces dernières sont toujours définies par le caractère individualisé de l'affection, singularité par ailleurs propice à la mobilisation d'une « logique de l'imputation », convoquant des explications de type « persécutif » impliquant l'action malveillante d'un humain ou l'intervention ambiguë d'une entité surnaturelle (OLIVIER DE SARDAN, 1994).

L'existence d'un traitement efficace

Le rôle du remède ne se limite pas à celui de guérir le malade. Le médicament occupe aussi une place centrale dans le travail d'identification effectué par les populations. Son efficacité ou inefficacité — du point de vue des malades — est une des composantes des hypothèses diagnostiques nées de l'observation.

« Je suis venue au dispensaire pour faire soigner mon enfant. Ça a débuté par des frissons et de la fièvre. [...] Je sais que ce n'est pas du paludisme parce que le paludisme se manifeste avant tout après les récoltes. Alors tu vomis, tu as de la fièvre et puis ça passe. Mais avec le *tijiro*, c'est une fièvre que tu as, même si tu prends des comprimés, ça ne passe pas. »

« Aucun remède ne peut vaincre cette maladie. On ne peut que regarder sans rien faire. On a amené les malades jusqu'au dispensaire, l'infirmier a écrit des ordonnances, nous sommes allés acheter les médicaments, ils n'ont rien amélioré. »

Dans la plupart des cas, le traitement infirme ou confirme donc la pertinence d'une hypothèse. Notre exemple le démontre par la négative. L'inefficacité du traitement antipaludéen contre *tijiri* permet à nos interlocuteurs d'opérer une première distinction « *malaria versus tijiri* ». Les populations ont en effet appris par l'expérience que la nivaquine ou le quinimax n'apportent aucun soulagement aux malades de *tijiri*. Elles en ont logiquement déduit qu'elles avaient affaire à une pathologie autre que le paludisme. Les villageois ont pour cela quasiment

utilisé un syllogisme : la choloroquine soigne le paludisme, ce produit ne guérit pas *tijiri*, donc *tijiri* est différent du paludisme. Outre ses qualités thérapeutiques intrinsèques, le médicament peut donc être aussi un domaine de convergence entre entités biomédicales et conceptions profanes, et, de ce fait, constituer un élément susceptible de modifier le contenu sémantique des termes vernaculaires.

Cette démarche populaire pragmatique, orientée vers un traitement, et liée à l'identification d'une pathologie, est fort proche de celle du clinicien. En effet, « en médecine, ce qui arrête cet espèce de recul ou de conversion du signifié en signifiant, c'est la pratique médicale, c'est le fait que le signifié étant saisi en tant que nom de la maladie, on convertit dès lors le système sémiologique en problème de thérapeutique, on essaie de guérir la maladie et par conséquent, à ce moment-là, on échappe à cette espèce de circuit vertigineux du signifiant et du signifié, par l'opérateur, par l'intrusion de l'opérateur qui est une sortie hors du sens » (BARTHES, 1985 : 281).

En fait, les mêmes séquences cognitives fondamentales (nommer, classer et agir) guident les démarches biomédicales et populaires. Dans le domaine biomédical, l'utilisation d'une terminologie scientifique permet de ramener toute parole au référent corporel, et de transformer un symptôme ressenti en signe d'une réalité physiologique. L'efficacité du traitement permet ensuite de confirmer ces hypothèses diagnostiques.

Le savoir populaire constitué sur *tijiri* est fort proche d'une telle procédure. Cependant, la « nouvelle maladie », bien qu'identifiée mais faute de réagir à un traitement efficace lui correspondant, apparaît comme un signe nouveau qui de fait ne désigne que lui-même, sans référent identifié extérieur à lui-même. Linguistiquement, on pourrait y voir un autonyme.

« Une fois nommée ainsi, on n'a plus dit simplement "fièvre" à son sujet, on l'a distinguée en parlant de "*tijiri*", pour marquer que c'était une nouvelle maladie distincte des autres fièvres que nous connaissons. »

En effet, si l'absence d'un remède permet aux populations de K. d'éliminer certaines hypothèses, il n'y a pas d'éléments positifs qui permettraient d'identifier une pathologie ou une étiologie précise. La question des conduites à tenir face à la maladie reste ouverte.

Cependant, les hypothèses proposées autour de *tijiri* portent moins sur le « pourquoi » de la maladie que sur le « comment » agir contre. En fait, nos interlocuteurs accordent manifestement moins d'importance à la signification de ce nouveau mal qu'à son traitement. Autrement dit, leur recherche ne concerne pas tant les possibles signifiés de la maladie que la disparition de ses symptômes. Leur démarche est pragmatique et reste orientée vers la recherche d'une action efficace.

Dans le cas ici présenté (qui ne saurait évidemment être généralisé à l'excès, et qui se situe, il faut le rappeler, dans une région islamisée où les étiologies symboliques « magico-religieuses » sont moins proliférantes qu'en milieu « animiste »), les réponses socialement acceptées quant à l'origine et aux causes de la maladie ne se limitent donc pas à la simple recherche d'une signification. Elles visent aussi, par un ensemble d'opérations logiques, à construire un véritable savoir empirique sur la maladie, ayant pour objectif de maîtriser le phénomène pathologique et la douleur qui l'accompagne.

L'expression clinique de la maladie

Face au dysfonctionnement du corps et à un ensemble complexe de symptômes, les populations se livrent à diverses lectures pour pouvoir constituer ce nouveau savoir.

La première opération consiste en la lecture synchronique de symptômes sur le corps du malade.

« Au début, on ne parlait que d'une fièvre. C'est une fièvre qui prend le cou, le malade se plaint du cou, il se plaint du dos. Le corps est fiévreux, la nuit. Nous avons compris que ce n'était pas une maladie connue, mais bien une maladie nouvelle, sans savoir laquelle. »

Pour comparer avec d'autres syndromes sémiologiquement proches et déjà connus, les populations utilisent quelques « paires minimales » leur permettant de préciser les symptômes observés (par exemple : fièvres de la saison des pluies *versus* fièvres de la saison sèche, fièvre passagère *versus* fièvre au long cours, etc.).

La deuxième opération est diachronique et permet de constater la régularité de l'évolution de la pathologie.

« Au début, on a simplement parlé de "fièvre", puis on l'a nommée "tijiri". On l'a nommée "tijiri" parce qu'elle ne quitte pas vite celui qu'elle attrape. En langue zarma, on appelle "tijiri" ce qui reste longtemps sur quelqu'un, ce qui ne bouge pas [...]. Mais ce n'est pas à propos du malade lui-même que l'on dit "tijiri", c'est à propos de la maladie, parce qu'elle ne s'en va pas vite. C'est avant tout une fièvre, et on a d'abord parlé d'une fièvre, avant de dire "tijiri" parce qu'elle ne quitte pas la personne. »

La troisième opération consiste en une observation de l'évolution des cas. Elle ouvre à une connaissance prédictive et permet d'établir un pronostic pour le malade.

« Lorsque *tijiri* t'attrape, il te fait maigrir jusqu'à te faire ressembler à une tige, il te donne de la fièvre. Vers la fin il te fait gonfler, tes pieds et tes mains enflent. *Tijiri* dure environ quatre mois. »

En fait, nous retrouvons une nouvelle fois, dans l'élaboration de ces sémiologies et nosographies populaires, des processus fort proches de ceux qu'utilise la biomédecine. Celle-ci agence les symptômes et les transforme en signes : « Le signe, c'est le symptôme en tant qu'il prend place dans une description [...]. Le médecin est celui qui transforme, par la médiation du langage, le symptôme en signe. » (BARTHES, 1985 : 275). Elle ordonne par le discours les désordres du corps : « Le signe médical aurait une triple fonction : il est anamnétique, il dit ce qui s'est passé ; il est pronostique, il dit ce qui va se passer ; et il est diagnostique, il dit ce qui se déroule actuellement. » (*ibid.* : 276)⁸.

Ces opérations logiques simples sont cependant confrontées, en fonction de l'expression clinique de la maladie, à des complexités diverses. En effet, certaines pathologies se manifestent par quelques symptômes monosémiques ou pathognomoniques (tels l'exanthème dans la rougeole ou l'association diarrhée-vomissement dans le choléra) et/ou des douleurs faisant pratiquement coïncider la physiopathologie et l'anatomie (par exemple, certaines pathologies oculaires). Sur un plan pratique, il est alors facile, tant pour les populations que pour les soignants, d'identifier de tels symptômes univoques. Dans ce cas, les terminologies populaires et les terminologies scientifiques, bien qu'énoncées dans des langages différents, s'accordent sur un même référent morbide. En conséquence, le dialogue soignant-soigné sera simple et l'utilisation des services sanitaires par les populations dépendra en grande partie de l'existence et de la disponibilité d'un traitement efficace.

D'autres pathologies sont par contre à découvrir au travers de symptômes polysémiques (fièvre, amaigrissement, etc.), de douleurs, notamment viscérales, diffuses, projetées ou irradiées, ou de manifestations « spectaculaires » (épilepsie). Pour les populations, cette opacité du corps est propice à la naissance de multiples interrogations et interprétations de la maladie. De même, pour de nombreux soignants — faute de maîtriser toute la complexité d'une investigation différentielle permettant de passer des symptômes aux signes puis aux hypothèses, et de disposer des instruments biomédicaux nécessaires à une confirmation (examens complémentaires en laboratoire, radiologie, etc.) —, le diagnostic et le traitement restent souvent confus. D'un côté comme de l'autre du dialogue sanitaire, ces incertitudes et la difficulté d'accorder un traitement efficace à une pathologie mal identifiée ouvrent la voie à de multiples interprétations et à une grande variété de recours thérapeutiques.

⁸ Barthes reprend en fait — sans le citer — un passage de Foucault (FOUCAULT, 1963 : 90).

Le « phénoménal » de la maladie est donc une des bases du dialogue entre santé publique et anthropologie de la santé (cf. JAFFRÉ et PRUAL, 1995). Il joue en effet un rôle déterminant, tant sur le plan anthropologique (prolifération, complexité ou nature des interprétations) que sur le plan de la santé publique (fréquentation des services de santé). La prise en compte de la typologie des expressions cliniques et des douleurs ressenties est nécessaire à la compréhension des discours et des pratiques sanitaires des populations. Par exemple, une pathologie chronique douloureuse (tuberculose) détermine à la fois une recherche de soins et de multiples interprétations, correspondant à l'évolution des symptômes et à de possibles confusions avec d'autres syndromes pulmonaires. En revanche, les symptômes pathognomoniques (hématurie) d'une maladie chronique mais peu douloureuse (bilharziose) pourront être interprétés comme signes de normalité. Une maladie aiguë et facilement identifiable (choléra) fera l'objet d'une demande de soins biomédicaux. Une affection peu douloureuse, polymodale et sans réel traitement médical, et s'appliquant de plus à des enfants (malnutrition) suscitera de multiples interprétations, etc. En fait, la conjonction des intensités de la douleur, des caractéristiques phénoménales de l'affection et de l'efficacité visible et rapide d'un traitement permet d'expliquer bien des modalités d'accès aux services de santé et bien des itinéraires de soins.

Ce phénoménal fait intervenir d'autres dimensions encore. On songe ainsi au *type de la maladie* : son caractère aigu ou chronique, outre qu'il définit l'urgence de la demande du patient, engage aussi diverses formes de relation entre le malade et l'équipe sanitaire. Au modèle « plainte-traitement » dans le premier cas se substitue dans le second une relation longue incluant diverses formes de négociation entre l'équipe de santé et le malade, et imposant le suivi de son traitement⁹. On peut également prendre en considération les *enjeux de la maladie* : simple gêne, douleur plus ou moins intolérable, inquiétude concernant la fécondité, menaces sur la survie du malade, autant de « risques » variables autour d'enjeux se situant dans des registres divers, et où se

⁹ La littérature consacrée aux maladies chroniques est importante. Nous renvoyons à deux articles de synthèse : BASZANGER, 1986, et GERHARDT, 1990. On peut aussi évoquer les remarques de GOULD (1957), qui montre qu'en Inde les habitants des villages utilisent la « médecine traditionnelle » pour ce qu'il appelle des « dysfonctionnements chroniques non invalidants », alors que la médecine moderne est recherchée pour des « dysfonctionnements invalidants critiques ». Il attribue cela au fait que la médecine scientifique a gagné du terrain dans les domaines où elle est manifestement plus efficace aux yeux des villageois, c'est-à-dire dans la guérison des maladies aiguës. La médecine traditionnelle a persisté pour les pathologies chroniques que la médecine occidentale traite avec peu d'efficacité ou aux traitements desquelles elle ne s'intéresse pas.

mêlent le ressenti et l'objectivable de la pathologie. Enfin, la *portée sociale et culturelle des handicaps* intervient également : certaines pathologies suscitent de l'indifférence, d'autres de l'inquiétude, d'autres enfin sont stigmatisantes, selon le contenu symbolique et social du handicap qu'elles infligent, ou en fonction de sa plus ou moins grande visibilité. Ceci peut permettre de rendre compte des différences entre les recherches rapides et déclarées de soins et les longues dissimulations de certains premiers symptômes.

En fait, c'est l'ensemble de ces variables (prévalence, efficacité d'un traitement, modes d'expression cliniques) qui définit ce qu'on pourrait appeler le « dispositif » d'une maladie. Chaque dispositif spécifique influe pour une part sur les possibilités de soins, les représentations populaires et les conduites des malades. Le *dispositif d'une maladie* n'est certes pas le seul déterminant, il entre en interaction avec d'autres facteurs, tels que l'*identité sociale du malade* (selon son âge, son sexe, son statut, entre autres, qui permettront plus ou moins la mobilisation de diverses ressources économiques, sociales ou symboliques), le *champ des représentations populaires* (selon qu'il existe ou non des configurations de représentations « déjà-là », qui pèseront plus ou moins sur les interprétations comme sur les comportements) ou l'*éventail des spécialistes disponibles* (selon la plus ou moins grande accessibilité de « guérisseurs », agents de santé ou tout type de soignant considéré localement comme légitime).

CONCLUSION

De nombreuses recherches d'anthropologie de la santé ont permis de mieux connaître et comprendre les étiologies et les systèmes de causalité populaires. Ces textes, dans leur forme la plus achevée (par exemple, ZEMPLÉNI, 1985), distinguent deux systèmes de causalité, « *a priori* » et « *a posteriori* ». Les premiers constituent des structures « a-contextuelles », c'est-à-dire « un ensemble de connexions *a priori* entre certains symptômes ou syndromes d'une part, certaines causes, agents ou origines, d'autre part » (ZEMPLÉNI, 1985 : 29). Les seconds, au contraire, concernent « des situations particulières et ne deviennent intelligibles qu'une fois rapportées au contexte intersubjectif et social de leur formulation » (*ibid.* : 39). L'observation d'interactions sanitaires et la description des conduites des différents acteurs sociaux concernés par un épisode de maladie permettent d'essayer de comprendre le passage entre l'une et l'autre de ces formes de causalité. En fait, entre les causalités *a priori* et *a posteriori* existe cette dimension sociale et intersubjective que la médecine pourra appeler « plainte », le psychanalyste « demande », et l'anthropologue « logique des acteurs ».

Cette remarque, bien que fort banale, implique cependant de la part de l'anthropologue une réflexion sur sa position par rapport à l'acte sanitaire. Il y occupe souvent une position « marginale »¹⁰. En effet, là où le chercheur en sciences sociales s'interroge sur le « sens du mal » (AUGÉ et HERZLICH, 1984), le patient et le soignant s'attachent plus simplement à faire cesser la douleur et/ou à trouver une thérapeutique. De ce fait, l'anthropologie a souvent privilégié les significations conjecturales et spéculatives des sujets, aux dépens du phénoménal de la maladie et des contraintes thérapeutiques. Pourtant, les « bases matérielles » du fait morbide nous semblent propres à ordonner quelques concepts, et permettre une approche heuristique de nombreuses pratiques sanitaires.

Cette « entrée » par le phénoménal morbide peut permettre, tout d'abord, une meilleure adéquation avec l'objet d'étude. En effet, pour bien des pathologies relevant du quotidien, la constatation des prodromes de la maladie et la volonté de faire cesser la souffrance guident les démarches de soins, sans que les acteurs éprouvent le besoin de recourir à de « grandes significations » : les représentations se situent alors dans un registre « prosaïque » (cf. OLIVIER DE SARDAN, 1994). Décrire « les tactiques » (DE CERTEAU, 1980 : 21) permet de comprendre comment les usagers « bricolent » avec les infrastructures sanitaires disponibles¹¹. Il ne s'agit pas ici uniquement de discours mais d'usage multiforme des informations, services, produits et compétences disponibles constituant les contextes de la maladie.

Elle peut permettre aussi de mieux décrire les enjeux de la relation sanitaire. La plupart du temps, la *douleur* détermine la demande de soins des malades. Centrale dans le domaine médical, elle est en revanche pratiquement absente des textes d'anthropologie de la santé. Pourtant, cette dimension est au cœur des pratiques et représentations populaires. Par exemple, elle distingue le statut des malades (adultes pouvant exprimer leur plainte/enfants silencieux). Elle discrimine les pathologies (récurrence, chronicité, caractère invalidant sont des critères de dénomination). Elle différencie aussi les soignants (l'infirmier n'est

¹⁰ L'usage des matériaux ethnographiques varie selon qu'il s'agit de traiter le corps ou « l'esprit ». Dans le cas des traitements somatiques, l'anthropologie ne peut guère avoir d'autre rôle que celui d'une aide à la compréhension ; elle peut en revanche être directement utile au dialogue thérapeutique dans le domaine psychiatrique.

¹¹ En fait, un contexte sanitaire est, du point de vue des acteurs, une possibilité, une « bonne occasion ». C'est ainsi rejoindre DE CERTEAU (1980 : 89) : « Les tactiques sont des procédures qui valent par la pertinence qu'elles donnent au temps, aux circonstances que l'instant précis d'une intervention transforme en situation favorable, à la rapidité de mouvements qui changent l'organisation de l'espace, aux relations entre moments successifs d'un "coup", etc. »

censé ni connaître ni avoir connu dans son propre corps les affres de son patient ; il n'en est pas de même des sages-femmes, qui ont occupé ou occuperont un jour la place de la parturiente).

Enfin, cette entrée doit permettre de rendre compte de la dynamique de la relation sanitaire. Pris entre le phénoménal du corps et l'investigation discursive, le déroulement de la consultation peut être décrit comme un exercice langagier visant à réduire l'incertitude provenant du caractère polymodal de la douleur, grâce à un questionnement logique. La description du dire sémiologique est donc indispensable à la compréhension d'une consultation et des itinéraires thérapeutiques hors du système de santé publique.

Souligner l'importance des « bases matérielles » de l'interaction sanitaire ne signifie pas renoncer à recueillir les diverses significations accordées par tout sujet à sa maladie. Sans nul doute, face à la souffrance et à la mort, l'homme accorde une place importante aux réponses que lui propose sa culture : il attribue une cause à la douleur et un sens au mal. Ce sens (attribution symbolique) ne doit cependant pas être considéré comme la seule variable déterminant les diverses conduites de soins. L'étiologie symbolique relève du seul discours. Par contre, l'analyse des variables qui influent sur les itinéraires thérapeutiques oblige à explorer, outre les discours, l'ensemble du « dispositif » de la maladie. Peut-être ne s'agit-il après tout que de resituer des discours dans leurs contextes.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ (M.), HERZLICH (C.), éd., 1984 — *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éd. des Archives contemporaines.
- BARTHES (R.), 1985 — *L'aventure sémiologique*. Paris, Le Seuil.
- BASZANGER (I.), 1986 — Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27 : 3-27.
- CERTEAU (M. DE), 1980 — *L'invention du quotidien. I : Arts de faire*. Paris, UGE.
- CLAVREUL (J.), 1978 — *L'ordre médical*. Paris, Le Seuil.
- DOZON (J.-P.), VIDAL (L.), éd., 1993 — *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris, Orstom, coll. Colloques et séminaires.
- DUPIRE (M.), 1985 — Contagion, contamination, atavisme. Trois concepts sereer ndut (Sénégal). *L'ethnographie*, 96-97 : 123-139.
- FAINZANG (S.), 1986 — *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris, L'Harmattan.
- FASSIN (D.), 1992. — *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris, Presses universitaires de France.

- FOUCAULT (M.), 1963 — *Naissance de la clinique*. Paris, Presses universitaires de France.
- FREIDSON (E.), 1984 — *La profession médicale*. Paris, Payot.
- GERHARDT (U.), 1990 — Qualitative research on chronic illness : the issue and the story. *Social science and medicine*, 30 (11) : 1149-1159.
- GILLIES (E.), 1976 — « Causal criteria in African classifications of disease ». In LOUDON (J.-B.), éd.
- GOULD (H.), 1957 — The implications of technological change for folk and scientific medicine. *American Anthropologist*, 59 (3).
- HÉRITIER-AUGÉ (F), 1993 — « Rapport général ». In DOZON (J.-P.), VIDAL (L.), éd. : 381-389.
- HOURS (B.), 1985 — *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.
- JAFFRÉ (Y.), 1991 — Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers Santé*, 1 : 106-114.
- JAFFRÉ (Y.), PRUAL (A.), à paraître — La malnutrition en pays zarma. Étude sur les dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger. *Sciences sociales et santé*, 1996, n° 1.
- KLEINMAN (A.), 1978 — Concepts and a model for the comparison of medical systems. *Social science and medicine*, 12 (26).
- LOUDON (J.-B.), 1976, éd. — *Social anthropology and medicine*. New York, Academic Press.
- MAHAZOU (M.), SEYDOU (B.), HAROUNA (O.), 1993 — *Étude sur les représentations sociales de la maladie et acceptabilités de mesures préventives dans la lutte contre la bilharziose urinaire à Kutukale*. Niamey, Bureau de la recherche en éducation pour la santé.
- OLIVIER DE SARDAN (J.-P.), 1994 — La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger. *Sciences sociales et santé*, 12 (3) : 15-45.
- RAIMBAULT (G.), ZYGOURIS (R.), 1976 — *Corps de souffrance, corps de savoir*. Lausanne, L'Âge d'Homme.
- SNIS, 1993 — *Statistiques sanitaires*. Niamey, ministère de la Santé publique.
- ZEMPLÉNI (A.), 1985 — La « maladie » et ses « causes ». Introduction. *L'ethnographie*, 2 : 13-44.