

---

---

SOUS LA DIRECTION DE  
**Joseph Brunet-Jailly**

# **Se soigner au Mali**

**Une contribution des sciences sociales**



Hommage à Claude Pairault

**SE SOIGNER AU MALI**

Collection « Hommes et Sociétés »

*Conseil scientifique* : Jean-François BAYART (CERI-CNRS),  
Jean-Pierre CHRÉTIEN (CRA-CNRS), Jean COPANS (EHESS),  
Georges COURADE (MSA, ORSTOM),  
Henry TOURNEUX (LACITO-CNRS, ORSTOM).

Couverture : Terre cuite de Djenné (XIV<sup>e</sup>-XV<sup>e</sup> siècle). Collection particulière.

© Éditions KARTHALA et ORSTOM, 1993

ISBN : 2-86537-419-X (KARTHALA)

ISBN : 2-7099-1133-7 (ORSTOM)

SOUS LA DIRECTION DE  
**Joseph Brunet-Jailly**

# Se soigner au Mali

Une contribution des sciences sociales :  
douze expériences de terrain

*Hommage à Claude Pairault*

Éditions KARTHALA  
22-24, bd Arago  
75013 Paris

Éditions de l'ORSTOM  
213, rue La Fayette  
75010 Paris

Cet ouvrage a été publié avec le concours du ministère  
français de la Coopération et du Développement

ont participé à la rédaction de ce livre :

Joseph BRUNET-JAILLY, économiste, doyen honoraire de la Faculté des sciences économiques d'Aix-en-Provence, directeur de recherches l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (O.R.S.T.O.M.), en poste à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali)

Seydou COULIBALY, économiste (Ecole nationale d'Administration, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), après avoir étudié à Paris (diplôme d'études supérieures « Économie et gestion des systèmes de santé », Université de Paris I)

Birama Djan DIAKITÉ, économiste (Ecole nationale d'Administration, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), actuellement étudiant à l'Université Senghor d'Alexandrie (Egypte)

Djigui DIAKITÉ, docteur en médecine (Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), actuellement étudiant à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Marseille)

Kafing DIARRA, économiste (Ecole nationale d'Administration, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), après avoir étudié à Paris (diplôme d'études supérieures « Économie et gestion des systèmes de santé », Université de Paris I)

Tiéman DIARRA, sociologue, chef du département de sociologie et ethnologie de l'Institut des Sciences Humaines (Bamako, Mali)

Mamadou MARIKO, économiste (Ecole nationale d'Administration, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), actuellement étudiant à l'Université Senghor d'Alexandrie (Egypte)

Claude PAIRAULT, anthropologue, professeur émérite à l'Université François-Rabelais (Tours)

Sara C. RANDALL, démographe, "lecturer" en anthropologie à University College, Londres

Myriam ROGER, juriste (Faculté de Droit d'Aix-en-Provence), diplôme de recherche de l'Institut Universitaire d'Etudes du Développement (Université de Genève)

Ruth SCHUMACHER, médecin (Faculté de Médecine de Cologne), thèse d'anthropologie médicale en cours auprès de l'Université de Heidelberg

Sidiki TINTA, juriste (Ecole nationale d'Administration, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali), actuellement étudiant à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (Marseille)

Sidy TRAORÉ, docteur en médecine (Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie, Bamako, Mali), chercheur en formation au sein du Projet d'appui à la recherche en santé publique (I.N.R.S.P., Bamako, Mali)

Robert VUARIN, sociologue, maître de conférences à l'Université d'Aix-Marseille, détaché jusqu'en juillet 1992 auprès de l'O.R.S.T.O.M. à Bamako

## PRÉSENTATION

« Bien que maintenant nous lisions dans notre langue française, tant en vers qu'en prose, plusieurs excellents écrits et qu'il reste peu de traces du temps des cafards et du siècle des Goths, j'ai néanmoins choisi de gazouiller et de siffler telle une oie parmi les cygnes, comme dit le proverbe, plutôt que d'être estimé complètement muet au milieu de tant de gentils poètes et d'éloquents orateurs. J'ai choisi aussi de jouer le villageois parmi tant d'acteurs diserts de cette noble pièce, plutôt que d'être l'ombre d'un autre et de faire le nombre, ne faisant que bailler aux mouches, chauvant des oreilles comme un âne d'Arcadie au chant des musiciens, et qui par signes, en silence, signifient qu'ils font chorus.

Ayant choisi cette attitude, j'ai pensé ne pas faire œuvre indigne en remuant mon tonneau diogénique ; de la sorte vous ne direz pas que je vis sans modèle. »

François RABELAIS, docteur en médecine,  
*Le cinquième et dernier livre des faits et dits héroïques de Pantagruel*, MDLXIV, Prologue.



Bien avant l'émergence de la biomédecine, les sociétés humaines savaient transmettre la vie et prenaient en charge, aussi bien qu'elles le pouvaient, la santé des leurs. Même dans les contrées du monde où prévaut aujourd'hui une gestion techno-scientifique de la maladie, les modalités de prévention et de soins débordent de beaucoup le domaine des strictes connaissances et des performances médicales. Un constat aussi élémentaire n'a pourtant pas fini de retenir toute l'attention qu'il mérite.

Cependant, pour ne parler que de littérature francophone, la dernière décennie a vu paraître les résultats d'une abondante variété de recherches (1) portant sur des situations, conduites et représentations culturelles liées à l'expérience de la maladie et à la quête des soins. Le présent ouvrage participe au mouvement qui traduit l'intérêt des sciences sociales pour ce domaine, et présente quelques acquis d'un travail d'équipe qui a pris forme depuis 1987 dans le cadre de l'Institut National de Recherches en Santé Publique de Bamako (Mali). Au début de juillet 1991, un colloque organisé par cet Institut et l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM), avec le concours du Ministère français de la Coopération, réunissait à Bamako une cinquantaine de chercheurs. Durant trois jours, médecins et non-médecins, Africains et Européens, jeunes apprentis timides ou vieux routiers, anthropologues, démographes, économistes, épidémiologistes, géographes, linguistes, psychologues, sociologues, ont eu l'occasion d'échanger observations et commentaires, et de confronter leurs expériences de chercheurs en sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest.

---

(1) Voir cette note à la page suivante.

Réunis dans leur intégralité, les documents du colloque constituaient un volume trop important pour que leur publication fût envisageable. En revanche les études intéressant directement le Mali représentaient un ensemble original, qui fait la matière de ce livre.

Sauf l'épilogue de C. Pairault, qui porte sur les conditions d'une efficacité médicale en Afrique, les douze chapitres ici rassemblés présentent autant d'études de cas, distribuées en trois séries.

La première partie propose quelques exemples de maux et symptômes à comprendre plutôt qu'à traduire (Djigui Diakité, Ruth Schumacher, Myriam Roger, en pays bambara, Sara C. Randall chez les Kel tamacheq). A partir de telles analyses, on entrevoit le large champ d'investigations qui reste ouvert aux recherches de terrain. Par exemple, les nombreuses informations recueillies par Djigui Diakité dans le Bèlè-dougou n'ont ensuite été explicitées qu'à propos de *mara* et de *sumaya*. En outre, le Mali compte une dizaine de grands groupes culturels, dont trois seulement (Bambara-Malinké, Kel tamacheq, Dogon) sont abordés avec quelque détail dans ce livre.

C'est dans des situations locales extrêmement diverses qu'interviennent, avec leurs manières lourdement administratives, des services

---

(1) Les titres ci-dessous en donnent un aperçu partiel :

N. SINDZINGRE, A. ZEMPLÉNI : « Anthropologie de la maladie », in M. GODELIER : *Les sciences de l'homme et de la société en France, analyses et propositions pour une politique nouvelle*, vol. I, Paris, La Documentation Française, 1982, p. 163-174.

COLLECTIF : *Médecines et santé*, Paris, Cahiers ORSTOM, série Sciences Humaines, vol. XVIII, n° 4, 1981-1982, p. 401-592.

M. AUGÉ, C. HERZLICH et al. : *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, © 1984, 282 pages.

COLLECTIF : *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, l'Ethnographie, tome LXXXI, numéro 96/97, 1985, 218 pages.

B. HOURS, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1986, 164 pages.

F. LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, 412 pages.

A. RETEL-LAURENTIN (sous la direction de) : *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1987, 496 pages.

D. BONNET : *Corps biologique, corps social*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1988, 140 pages.

A. ROUGEMONT & J. BRUNET-JAILLY (sous la direction de) : *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Paris, Doïn éditeurs, 1989, 752 pages.

D. FASSIN & Y. JAFFRÉ (sous la direction de) : *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 1990, 288 pages.

F. LOUX : *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, InterEditions, 2<sup>e</sup> édition, 1990, 312 pages.

COLLECTIF : *Où en est l'anthropologie médicale ?* Toulouse, A.M.A.D.E.S., 1992, 136 pages.

D. FASSIN : *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, 1992, 362 pages.

É. DE ROSNY : *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992, 224 pages.

C. BLANC-PAMARD (sous la direction de) : *La santé en société, regards et remèdes*, Paris, Editions de l'ORSTOM, 1992, 304 pages.

M.-E. GRUÉNAIS & J.P. DOZON : *Anthropologies et santé publique*, Paris, ORSTOM, Cahiers des sciences humaines, vol. 28, n° 1, 1992, 156 pages.

COLLECTIF : *L'homme et la santé*, Paris, coédition Seuil/La Cité, La Villette, 1992, 320 pages.

de santé dont l'origine remonte à l'époque coloniale et auxquels l'indépendance n'a rien appris. Ils sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire, très diversement fréquentés selon qu'ils se trouvent dans les villes ou dans les zones rurales. Dans la seconde partie de l'ouvrage, Sidy Traoré, Birama Djan Diakité et Tiéman Diarra examinent comment ces services sont utilisés par la population de Bankoni, important quartier populaire de Bamako, tandis que Sidiki Tinta nous conduit en pays dogon et Birama Djan Diakité chez les pasteurs du Gourma.

La troisième série d'études décrit d'abord l'économie de l'actuel système de santé, tant au niveau national (Seydou Coulibaly et Kafing Diarra) qu'à propos d'expériences de recouvrement des coûts récemment mises en œuvre dans le cercle de Bandiagara et dans la région de Koulikoro (Mamadou Mariko). Les deux derniers chapitres posent l'un et l'autre à ce même système de santé une question prospective : la définition d'une stratégie sanitaire peut-elle bénéficier du concours des sciences sociales (Sara C. Randall) ? Peut-elle utiliser une conversion de certaines formes de solidarité coutumière à de nouvelles activités (Robert Vuarin) ?

Il convient de préciser que les contributions ici réunies forment un assemblage de pièces distinctes, et non un tableau d'ensemble des maux, des conduites en cas de maladie, des représentations relatives à la santé, à la maladie, aux thérapies offertes, ou encore des problèmes du système de santé du Mali. Tout au plus espère-t-on que la juxtaposition des chapitres peut s'organiser, dans l'esprit du lecteur, en une multitude de figures kaléidoscopiques, capables d'attirer l'attention et de susciter la réflexion, puis peut-être de donner l'impulsion à de nouvelles investigations originales. Pour user d'une image « couchée sur le papier » par le grand Amadou Hampâté Bâ (2), disons qu'en menant leurs tâches d'enquête et de rédaction, sur ces sujets largement nouveaux, les auteurs de ce livre avaient tous présente à l'esprit la foncière ambiguïté du regard de la chauve-souris :

*« Au sens diurne, la chauve-souris est l'image de la perspicacité. C'est l'être qui voit même dans l'obscurité, alors que tout le monde est plongé dans une grande nuit. C'est une indication de l'unité des êtres, et la suppression de leurs limites grâce à leur alliance.*

*En nocturne, la chauve-souris figure l'ennemi de la lumière, l'extravagant qui fait tout à rebours et voit tout à l'envers comme un homme pendu par les pieds. »*

Avec constance, avec prudence, avec persévérance, malgré l'énormité de l'écart entre les apparences ou les discours officiels et la réalité

---

(2) *Kaydara*, Abidjan-Dakar, Les Nouvelles Editions Africaines, 1978, p. 96.

des faits et des conduites, ils ont essayé de poursuivre le sens diurne, et tenté de procurer au lecteur une vision perspicace, sinon panoramique, des maux étudiés et des mots qui les disent.

Car, il faut bien le reconnaître, la situation de la santé dans les pays pauvres, et notamment en Afrique, constitue un échec — encore inavoué, et qui le restera sans doute encore un certain temps, tant il est retentissant, dramatique —, un échec d'une ampleur sans précédent pour la profession médicale. Celle-ci, disposant de pouvoirs exceptionnels auprès de chaque malade et donc auprès de tout un chacun dès que la santé peut être dite mise en jeu, jouissant par conséquent d'un poids politique considérable partout appuyé par une forte organisation en groupe de pression sur la haute Administration, a réussi à tailler pour ses membres de petits empires de privilèges et a négligé, contre le serment d'Hippocrate qu'elle continue de faire prononcer par ses jeunes membres, de donner ses soins gratuitement aux pauvres.

Les politiques de santé du temps colonial n'étaient pas acceptables, a-t-on dit volontiers dans certains milieux, et on l'entend encore. La charge est la même lorsqu'elle est menée contre les stratégies sanitaires des services des grandes endémies (3), dans l'Afrique francophone, ou contre les activités de la Rockefeller Foundation en Amérique Latine et en Asie (4). On ne se préoccupait que de protéger la santé de la troupe, puis celle des colons et missionnaires, et s'il s'agissait de lutter contre les épidémies ou de détruire leurs foyers, on employait des moyens de coercition que personne ne peut admettre. Fort bien ! Mais heureusement, un beau jour, les indépendances sont arrivées, et elles ont maintenant montré, pendant une génération, ce dont elles sont capables. Dans le même temps, les riches conseillers et grands — bien que parfois tout nouveaux — amis de l'Afrique ont prouvé leur savoir-faire dans ce nouveau contexte.

Faut-il argumenter ? On a créé des facultés de médecine, on a formé des médecins en grand nombre, sans hésiter à leur enseigner le thermalisme comme matière obligatoire et la médecine tropicale comme spécialisation ; puis aujourd'hui, dans plusieurs pays, le nombre de médecins chômeurs est aussi grand que le nombre de médecins actifs, et le premier croît très vite alors que le second stagne. On a créé des centres hospitaliers universitaires et des hôpitaux ultra-spécialisés pour

---

(3) voir par exemple J.P. DOZON : « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 3, 3-4, 27-56 (1985) ; B. HOURS : « La santé publique entre soins de santé primaires et management », *Cahiers des sciences humaines*, 28, 1, 123-140 (1992).

(4) H. CLEAVER : « Malaria, the politics of public health and the international crisis », *The Review of Radical Political Economy*, vol. 9, p. 81-103 (1977).

donner des postes à de brillants nationaux fortement recommandés par les mandarins qu'ils avaient servis en Europe, mais aucun de ces établissements — aucun ! — ne fonctionne après quelques années selon des critères de qualité acceptables. Pendant ce temps, les consultations sont encore données sur des comptoirs, six à huit infirmiers d'un côté, autant de malades et beaucoup plus d'accompagnants, plus tous ceux qui attendent leur tour, de l'autre, une foire indescriptible, une honte ! Au nom de « la rencontre d'une confiance et d'une conscience », ou parce que les médecins méprisent les malades ordinaires et se réservent ceux qui paieront le prix fort ? Tout est en place pour que les catastrophes sanitaires aient libre cours.

Au vrai, « la santé pour tous en l'an 2000 » n'est plus une utopie, qui aurait pu être mobilisatrice, c'est un slogan mensonger. Ceux qui l'utilisent, ceux qui osent encore parler de « stratégie » de la santé pour tous en l'an 2000, ceux qui ont osé discourir sur l'accélération de cette stratégie ne sont pas ceux qui agissent pour l'amélioration de l'état de santé des plus démunis, ce sont ceux qui profitent de la maladie et de la pauvreté pour bâtir leur carrière politico-administrative.

Pareils discours masquent une gigantesque résistance du système de santé à toute réforme qui permettrait d'atteindre les objectifs visés. Cette résistance a des bases historiques et sociales, elles-mêmes en partie au moins fondées sur des bases scientifiques. Dans les quatre grandes traditions médicales que les historiens reconnaissent (la gréco-romaine, l'islamique, la chinoise et l'indienne), la médecine a toujours été héritée, exercée et transmise par des personnes occupant un rôle socialement dominant parmi les fortunés. « Dans ces traditions médicales, des groupes élitistes de chercheurs et d'enseignants de renom jouent un rôle d'influence, ce sont des personnes qui par définition revendiquent un accès particulier à la connaissance, consacrée par l'usage, du diagnostic, et aux capacités impliquant la manipulation des actions qui contrôlent le cours de la maladie, tous éléments qui sont enracinés dans les traditions intellectuelles et moralistes de la culture. » (5)

La résistance vient de plus profond. Malgré leurs différences (qui tiennent en particulier au caractère plus ou moins religieux ou métaphysique — ou au contraire plus ou moins naturaliste — des interprétations données à la maladie), les grandes traditions médicales développent toutes « des catégories et des processus physiologiques et scientifiques abstraits (par exemple les humeurs, les méridiens, l'équilibre, etc.) qui, inéluctablement, créent une distance entre l'interprétation

---

(5) H. FABREGA : « An Ethnomedical Perspective on Medical Ethics », *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 593-625, 1990, p. 607.

de la maladie par le spécialiste, comme un état théorique et abstrait, et l'interprétation du malade, qui est personnelle, privée, et enracinée dans les contingences sociales. » (6)

Cette différence crée les conditions psychologiques d'une distance entre médecins et malades, et les conditions économiques et sociales de la professionnalisation privilégiée du corps médical, en même temps que son approfondissement provoque des scissions au sein même de ce dernier. On en vient à une médecine courante pratiquée par des gens formés à l'apprentissage du réflexe de la « conduite à tenir », plutôt qu'entraînés à utiliser leur esprit pour faire progresser les connaissances médicales, et cette médecine courante est bien différente, dans son ampleur et sa hauteur de vue, des conceptions synthétiques capables d'intégrer l'essentiel des connaissances biomédicales ; mais ces conceptions sont en pratique inaccessibles au praticien ordinaire. Ainsi, contrairement à ce que croit le commun, la pratique médicale est toujours très en retard sur la meilleure connaissance médicale, et non pas à cause du manque de moyens, mais du fait du caractère extrêmement limité et pratiquement désespéré, même lorsqu'il est organisé, du recyclage des praticiens.

Si « la santé pour tous en l'an 2000 » est un slogan trompeur, ce n'est pas parce que ceux qui l'ont forgé sont fourbes, c'est parce qu'ils ne se sont pas donné les moyens d'analyser les conditions du progrès de l'état de santé des pauvres. Ces conditions ne peuvent pas être définies par chaque praticien, si longue soit son expérience, ni par le premier politicien venu, fût-il ministre de la santé ; il y faut des compétences spécifiques et un effort d'analyse qui dépassent de loin les compétences médicales et les capacités d'un seul homme. C'est dans le domaine de la santé publique qu'éclate au grand jour l'écart entre les prétentions du corps médical et ses capacités. Le problème a été très clairement analysé dans les pays développés (7), mais pas là où l'écart est à son paroxysme, dans les pays en voie de développement, parce que, les vrais professionnels y étant rares, la concurrence entre eux très faible et le contrôle profane en pratique inexistant, il est naturel au premier diplômé de devenir ministre et facile aux incompetents de passer pour profonds.

Le fond du problème vient de ce que les médecins n'ont pas de compétences particulières en santé publique, alors qu'on leur fait volontiers confiance pour s'occuper non seulement de clinique et de thérapeutique, mais aussi de politique et de gestion d'intérêts privés et corporatifs. Leur incompetence en matière de santé publique est facile à

---

(6) H. FABREGA, *op. cit.*, p. 606.

(7) M.I. ROEMER : « More Schools of Public Health, A Worldwide Need », *International Journal of Health Services*, 14, 3, 491-503 (1984).

expliquer (8). Pour savoir comment établir un diagnostic et comment traiter chaque malade qui se présente, il faut apprendre l'anatomie, la physiologie, la biochimie, la pathologie, etc., et l'entraînement pratique à l'acquisition des réflexes professionnels se déroule essentiellement au lit du malade. Pour apprendre la santé publique, qui n'est pas centrée sur des malades pris individuellement mais sur des populations et sur des institutions, il faut acquérir des connaissances qui relèvent de la statistique et de l'épidémiologie, de la sociologie, de l'économie, de l'écologie, de la nutrition, de l'ingénierie sanitaire, de la gestion, etc. ; et il faut apprendre à se servir de ces connaissances, qui ne se présentent jamais, ici, sous la forme de « conduite à tenir ». Quant à l'entraînement pratique aux tâches professionnelles (études épidémiologiques, éducation sanitaire, programmes de prévention ou de contrôle, systèmes d'information, évaluation des programmes et projets, élaboration d'une politique de santé, etc.), il se déroule dans les administrations ou dans les bureaux d'étude qui ont ces fonctions.

La tradition médicale française a toujours privilégié la clinique, tardant à s'intéresser par exemple à la biochimie (9), ou à l'épidémiologie, ou à la santé publique ; cela explique que les facultés de médecine françaises soient encore très en retard sur le niveau international dans les deux derniers domaines. Au cours des trente dernières années, les facultés de médecine ont été incapables d'organiser *un* pôle de niveau international en matière d'enseignement de la médecine tropicale et de santé publique appliquée aux pays africains, mais elles ont rivalisé d'adresse et d'intrigue pour créer ou conserver des clientèles dans les capitales africaines. Là se trouve en partie l'explication de la persistance de l'inadaptation des systèmes de santé des pays d'Afrique francophone à leur contexte : le moule mandarinale a rendu les mandarins de ces pays incapables de faire autre chose que ce qu'ils avaient vu à Paris, Bordeaux ou Montpellier, malhabiles à réfléchir sur ce qu'ils devraient faire dans le contexte de leur pays devenu indépendant. Les politiques de santé, quand on a eu le souci de faire autre chose que de veiller à la prospérité des intérêts privés dans le secteur, ont donc été confiées à des gens qui n'avaient pas une qualification suffisante pour les définir.

D'où le bilan : derrière le discours enflammé sur la santé pour tous, « la tendance a été, pour la plupart des gouvernements, d'allouer les ressources à des équipements et services centralisés, exagérément sophistiqués et ostentatoires (hôpitaux d'enseignements dans les capitales, écoles médicales formant des spécialistes, services de santé tertiaires, et ainsi de suite). Et ce n'est évidemment pas par pure

(8) Cf. M.I. ROEMER, *op. cit.*

(9) A.M. MOULIN : *Le dernier langage de la médecine, histoire de l'immunologie de Pasteur au sida*, Paris, PUF, 1991, 448 pages.

coïncidence si ces activités ont été fortement défendues par les *establishments* médicaux politiquement puissants (qui y trouvaient un renforcement de leur pouvoir) et par les autres élites dans les pays sous-développés aussi bien que dans les pays riches. » (10)

Il importe donc de rompre avec certaines évidences des politiques de santé, qui donnent les moyens disponibles pour la santé publique, celle du grand nombre, à une corporation bien organisée qui, si elle ne connaît en médecine que le colloque singulier, ne dédaigne pas les jeux du pouvoir politique et s'en sert habilement. Une telle rupture est plus difficile qu'il n'y paraît, parce que, qu'on le veuille ou non, les médecins sont irremplaçables dans le domaine de leur compétence technique, et parce que, précisément, ils usent de ce caractère de leur pratique pour conserver un pouvoir de conception, d'organisation et de réalisation des actions de santé, pouvoir auquel rien ne les a préparés. Rompre avec cette idée confortable que le corps médical peut s'occuper non seulement des soins, mais encore de la gestion des formations sanitaires, de la conception des politiques de santé, et de l'évaluation des résultats ! Mais pas pour remplacer un groupe de pression par un autre, celui des économistes par exemple, comme le penseront les moins intelligents des opposants : pour adopter une autre démarche que celle qui s'appuie sur l'argument d'autorité.

Cette démarche part d'un constat bien admis par les esprits les mieux informés. L'état de la santé dans le monde ne dépend pas de l'état des connaissances médicales ou des moyens consacrés à l'accélération du progrès médical. Une telle dépendance ne peut être observée que pour quelques techniques diagnostiques ou thérapeutiques particulières, au bénéfice de quelques malades déjà pris en charge par le système de santé : par exemple le diagnostic prénatal, les greffes d'organes, les thérapies géniques... Le tapage médiatique qui accompagne le moindre progrès est sans commune mesure avec l'intérêt de chacune de ces étapes minuscules — même si elles sont nécessaires, même si leur franchissement est un exploit — au regard de la santé publique, c'est-à-dire de la santé du grand nombre.

Mais alors, de quoi dépend l'état de santé du grand nombre ? Il dépend de la disponibilité des soins élémentaires et des médicaments essentiels, de leur acceptabilité sociale, et de leur accessibilité financière. Car, on veut trop l'oublier pour ne pas voir l'échec gigantesque de la profession médicale, les soins que propose la médecine moderne pour les affections courantes ne sont pas disponibles pour la majorité de la population, celle qui souffre d'affections banales faciles à traiter

---

(10) S.C. JOSEPH, S.S. RUSSELL : « Is Primary Care the Wave of the Future ? », *Social Science and Medicine*, 14C, 137-144 (1980), p. 138-139.

et peut-être à prévenir, les médicaments essentiels ne sont pas distribués à l'immense majorité des malades, qui en a précisément besoin, ces soins ne sont fréquemment pas acceptables pour ceux à qui ils seraient indiqués, ces soins et médicaments ne sont pas accessibles aux malades pauvres et à leurs familles.

Faut-il insister ? Comment a-t-on pu imaginer que des agents de santé de village, désignés par leur communauté d'origine, formés en quelques semaines, rendraient disponibles aux populations rurales les soins proposés par la médecine moderne ? Pensait-on alors à la santé publique, ou aux aises des médecins, alors si rares en brousse, mais si nombreux à Alma Ata ? Le résultat est là, pour ceux qui ont le courage de le regarder : on forme des matrones pour qu'elles apprennent et pratiquent deux gestes élémentaires (prendre garde à l'hygiène personnelle et en particulier se laver les mains avant de toucher une parturiente ou son nouveau-né ; couper le cordon avec une lame de rasoir neuve, et enterrer cette lame avec le placenta) ; et que font-elles ? Au Niger, par exemple, 80 % d'entre elles ne se lavent pas les mains (11) ! Comment peut-on imaginer que des infirmiers livrés à eux mêmes donneront des soins de qualité ? Ils savent peut-être piquer, même s'il s'agit de le faire plusieurs fois avec la même aiguille, mais on s'aperçoit qu'une notion aussi simple que celle de taux de couverture (de la vaccination, par exemple) reste, pour eux, « vide de sens » (12). Peut-on imaginer que des médecins formés à apprendre par cœur des cours dictés, éventuellement truffés d'erreurs, mettront à la disposition de leurs patients ce que « la Faculté » recommande ? Non, mais sur ce point la profession serre les coudes, dans tous les pays francophones au moins : pas d'évaluation de la qualité des soins, jamais, sous aucun prétexte !

Faut-il poursuivre ? Bientôt vingt ans se sont écoulés depuis que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la notion de médicaments essentiels, et en a établi la première liste. Il y a bientôt vingt ans que ceux qui veulent bien le savoir ont appris que les médicaments essentiels génériques coûtent, en ordre de grandeur, quatre fois moins cher que les spécialités. Mais on en est aujourd'hui encore à réunir des commissions pour entendre dire par le Professeur Untel qu'il ne connaît pas tel médicament de la liste, et que la liste ne comprend pas le médicament qu'il prescrit le plus souvent. Derrière ces comédies, qu'on donne souvent au moment où l'on attend une mission de l'Organisation Mondiale de la Santé, se joue la bataille économique : les laboratoires pharmaceutiques ne veulent pas entendre parler de génériques,

(11) *Résultats préliminaires de l'analyse systématique du programme de santé villageoise*, Ministère de la santé publique, Niamey, juin 1989, 37 pages (p.22).

(12) Y. JAFFRÉ, G. SANOU : *Le forgeron, la pintade et la vaccination, enquête sur l'acceptabilité des vaccinations dans la province du Houet*, Ministère de la Santé-CIE-OCCGE, janvier 1990, 44 pages.

à aucun prix, c'est une question de principe ; ils ont des moyens de pression, sur les praticiens individuellement, et sur les institutions internationales, et ils les utilisent ; ils peuvent s'appuyer sur la Banque Mondiale comme sur un allié sûr, qui obtiendra des Etats, comme condition de ses financements, les modifications législatives ou réglementaires qui pourraient s'imposer. Et tant pis pour les malades s'ils n'ont pas les moyens de payer les médicaments, lorsqu'ils les trouvent, deux fois plus cher au Mali (PNB par tête d'environ US \$ 270 en 1989) qu'en France (PNB par tête d'environ US \$ 18 000). Personne n'a pu convaincre le Ministère de la Santé de ce pays d'adopter, lorsqu'il était encore temps, une politique pharmaceutique qui eût permis d'approvisionner les zones rurales en médicaments essentiels (13). Et surtout pas la Banque Mondiale, qui se targue de préparer partout, avec les meilleurs experts (assurément les plus prétentieux, mais ceci entraîne-t-il cela ?), des programmes de développement des services de santé qui, en fait, n'ont aucun contenu de santé publique, et dont l'existence permet seulement de justifier un prêt d'ajustement structurel s'ajoutant aux autres, pour combler les besoins de financement des économies sous tutelle : tel est, au moins, le cas au Mali (14).

Ces exemples montrent combien il est difficile de ne pas passer pour « l'extravagant qui... voit tout à l'envers comme un homme pendu par les pieds ». Ils montrent combien vertigineux est l'écart entre ce que l'on dit dans les grandes tribunes genevoises et ce que constatent ceux qui portent un regard lucide et compatissant sur les malades, sur le si grand nombre de ceux qui souffrent. Ils montrent que la stratégie sanitaire doit être définie non pas à partir des besoins de la science médicale ou à partir des grands appétits des professionnels de la santé, mais à partir des besoins des malades qui vivent leur maladie comme un châtiment ou comme un destin malheureux, dans le silence et dans la douleur, dans l'incapacité à comprendre et à réagir. Ils montrent que des connaissances nouvelles sont nécessaires à ce changement de perspective stratégique, et que ces connaissances nouvelles ne peuvent provenir que d'une analyse de la réalité quotidienne des conduites individuelles et sociales lorsqu'il s'agit pour un malade de la quête des soins, de la réalité quotidienne du fonctionnement des services de santé, de la réalité quotidienne de la prise en charge du coût des soins.

Cet effort peut être opportunément confié, dans chaque pays, aux jeunes générations qui, à la fois, auront évité les perturbations qu'entraîne le danger d'assimilation inhérent à tout séjour prolongé au Nord

(13) J. BRUNET-JAILLY : « Santé, une occasion manquée, le Mali et l'Initiative de Bamako », *Afrique contemporaine*, n° 162, p. 3-18, avril-juin 1992.

(14) J. BRUNET-JAILLY : Etude de cas n° 8, Mali, *Conférence internationale sur la macro-économie et la santé dans les pays les plus démunis*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 24-26 juin 1992, session II, p. 109-139.

pour des études qui sont un immense privilège réservé aux privilégiés, et auront été suffisamment informées de ce qui se passe sur la planète pour vouloir que quelque chose change dans leur propre pays. Dans ces jeunes générations, on trouvera beaucoup de diplômés disposant d'une formation médicale, d'une formation économique, d'une formation anthropologique, et capables d'utiliser le peu qu'ils savent à comprendre ce qui se passe autour d'eux. Si on leur donne la possibilité de soumettre leurs premiers travaux, aussi souvent que ce sera nécessaire, à des professionnels de la recherche, eux-mêmes engagés sur le terrain de la santé publique, et convaincus que le développement ne passe pas par de plus grandes facilités, mais par les plus grandes exigences vis-à-vis des cadres nationaux, il pourra se faire que l'on obtienne en peu de temps une connaissance suffisamment précise de la réalité sanitaire pour que des solutions, nécessairement courageuses, se dessinent. Certes, il restera possible à la machine bureaucratique d'utiliser son immense inertie pour briser toute innovation, il restera possible à ceux qui profitent du sous-développement — parce qu'ils gèrent l'aide d'abord à leur bénéfice (15) — d'ignorer les capacités autochtones de développement et de se vendre aux bailleurs, bref l'échec restera possible. Mais l'effort de lucidité aura été entrepris et pourra être poursuivi.

Un premier effort de ce genre montre ce que les malades ont en tête, en pays bambara, quand ils éprouvent un symptôme qu'ils considèrent comme morbide (Djigui Diakité). Il montre combien il sera nécessaire de pénétrer un univers de représentations si l'on veut parvenir à saisir les articulations entre les notions qui y interviennent, articulations qui aboutissent à des constellations morbides si différentes de celles qui correspondent à nos regroupements, constellations qui évoluent d'ailleurs lorsque les malades ou leurs familles sont exposés à une information diffusée par les services de la santé moderne (Myriam Roger, Ruth Schumacher), constellations dont le principe doit parfois être dévoilé par un patient et subtil déchiffrement (Sara C. Randall). Ce premier effort laisse entrevoir que l'éducation pour la santé pourrait utiliser d'autres messages que ceux qui sont conçus dans un gratte-ciel par un consultant international, psycho-sociologue de préférence, et qu'on traduit à la hâte en s'adressant à un linguiste grammairien plutôt qu'anthropologue. Il laisse entrevoir que l'enseignement de la sémiologie, comme celui de la clinique, pourraient — devraient ? — être adaptés pour tenir compte en pratique de la façon dont les gens expriment — ressentent ? — les symptômes. Il laisse entrevoir, et l'exemple dogon le confirme (Sidiki Tinta), que les gestes du diagnostic, de la prescription,

---

(15) Cf. G. HANCOCK : *Les nababs de la pauvreté*, Paris, R. Laffont, 1991, 348 pages.

des soins, comme ceux de l'accueil et du renvoi, peuvent être interprétés, et qu'ils devraient donc être contrôlés, sauf si l'on suppose que le malade n'a qu'à s'adapter, puisqu'il est au service du professionnel de santé, ce qui est sans doute le cas, en effet, aujourd'hui. Il laisse entrevoir, comme le montre l'étude des représentations relatives à la médecine moderne dans le quartier populaire de Bankoni (Tiéman Diarra), que les professionnels africains ont à lutter contre un préjugé systématiquement défavorable, que leur comportement a peut-être contribué à créer, de la part des malades. Il montre que la caricature de médecine moderne que constitue la pratique la plus courante, le diagnostic éclair sans auscultation ni anamnèse, suivi d'une prescription profuse, symptomatique ou passe-partout, inexécutable par le malade parce que beaucoup trop coûteuse, ne correspond pas plus à une façon primitive de concevoir la science, conception que les professionnels imbus d'eux-mêmes prêteraient à des malades qu'ils méprisent, qu'à la conception que des professionnels bien formés auraient de leur métier. Il laisse supposer que si le recours à la médecine moderne est si fortement concurrencé par l'automédication (moderne ou traditionnelle), par le recours aux tradipraticiens, par l'absence de soins, c'est peut-être à cause de la mauvaise image qu'a, dans l'opinion, la forme techniquement dégénérée et moralement repoussante de la médecine « moderne » accessible aux pauvres (Birama Djan Diakité, Tiéman Diarra et Sidy Traoré).

Un premier effort de ce genre montre aussi que les initiatives qui se développent, avec l'aide étrangère publique ou privée, ne sont pas toutes heureuses, et que seule une évaluation des résultats auxquelles elles conduisent après quelques années permettent de juger de leur intérêt. Ainsi, il ne suffit pas d'approvisionner les formations sanitaires publiques en médicaments essentiels fournis par les donateurs étrangers pour assurer une effective relance des services : il est toujours possible de dilapider les médicaments, de les utiliser dans le cadre des pratiques habituelles par lesquelles les agents des services de santé — depuis le directeur jusqu'au manoeuvre — se procurent des suppléments de rémunération, et de ne rien changer à la qualité des soins ; on ne s'étonnera pas si l'on constate, alors, que la fréquentation tend à diminuer. Mais il est possible de se montrer plus avisé, de donner plus de responsabilités réelles aux agents honnêtes, et d'utiliser le médicament payant et la régularisation des actes pour obtenir une reprise de l'activité des services de santé (Mamadou Mariko). Pourtant, des réalisations de ce genre ne peuvent conduire à une relance de l'activité dans l'ensemble du système de santé périphérique que si certains problèmes économiques sont résolus au niveau national, celui de la politique pharmaceutique en particulier (Seydou Coulibaly et Kafing Diarra).

Un premier effort de ce genre montre enfin que la contribution des sciences sociales peut prendre la forme de propositions nouvelles d'organisation de l'activité sanitaire ou de son financement. C'est peut-être ce que les professionnels de la santé ne pardonneront pas à ces nouveaux partenaires de la santé publique. Pourtant, la proposition qui a été faite à la suite d'une étude des recours aux soins de la part de la population du Gourma a connu un début de réalisation, et le fait qu'on n'ait pas pu l'évaluer est bien indépendant de nos volontés (Sara C. Randall). Différente est l'idée de s'inspirer de certaines formes traditionnelles de solidarité pour organiser le préfinancement des dépenses de santé post-natales pour la mère et l'enfant : elle n'est pas encore opérationnelle, à supposer qu'elle puisse le devenir (R. Vuarin).

L'ouvrage se termine par une réflexion sur l'efficacité médicale en Afrique Noire : Claude Pairault y précise la position œcuménique qu'il avait défendue lors du colloque. Le débat est évidemment obscurci, pour le profane, par la duplicité dont certains font preuve sans vergogne lorsqu'ils défendent en paroles la médecine traditionnelle alors qu'ils ne cherchent qu'à sauver leur part de marché, et par l'hésitation de ceux qui, incomplètement convaincus de la contribution de la méthode scientifique au progrès de nos connaissances, n'osent pas dire qu'aucun geste n'est moralement acceptable qui n'ait été soumis aux plus strictes des vérifications scientifiques. Mais nous ne pouvons pas ignorer ce que trois siècles d'efforts scientifiques nous ont appris, et, en matière d'efficacité thérapeutique, nous sommes aujourd'hui plus exigeants, et plus difficiles à convaincre qu'hier. Il est vrai, en second lieu, qu'« il n'y a rien à traduire là où une langue étrangère n'a pas encore été pénétrée » — j'entends « comprise » —, et que la médecine traditionnelle devrait être comprise avant de savoir si elle peut être comparée à la médecine scientifique. Mais ne serait-il pas déjà trop tard ? Est-on sûr qu'il reste, des systèmes de pensée qui articulaient dans leur tradition pratiques et représentations, autre chose que des lambeaux disparates, chaque jour un peu plus déchirés par l'exposition aux conceptions occidentales ? Il est bien plausible, enfin, que « l'art des devins et guérisseurs traditionnels » soit la « part *manquante* » que la médecine occidentale « a dû refouler en dissociant, à tort *et* à raison scientifique, le social et le biologique » (16). Mais, de cela, quelle conclusion exactement sommes-nous prêts à tirer ?

---

(16) A. ZEMPLÉNI : « La "maladie" et ses "causes" », *L'Ethnographie*, tome LXXXI, n° 96-97, p. 13-44 (1985), p. 41.

Vous l'avez compris, cet « extravagant... voit tout à l'envers, comme un homme pendu par les pieds ». Il voit ce qui intéressait Claude Pairault, mais il le voit à l'envers, et il dit à son ami : « Travaillons à organiser des services de santé modernes, dignes de la tradition dont ils s'inspirent, et ne nous préoccupons de rien d'autre ! Tentons de comprendre ce que les gens ont en tête à propos de maladie et de soins, mais seulement pour apprendre à leur parler de ces soins que nous savons efficaces. Et comblons la part manquante, non pas en essayant de revivifier des traditions qui ne survivront pas aux chocs qu'elles ont déjà subis, mais en rendant toutes ses dimensions à la pratique professionnelle dans la santé moderne, ici comme au Nord. » Il n'est donc qu'un de ces « prosélytes de la médecine scientifique », l'un de ceux qui questionnent l'efficacité de la médecine traditionnelle, tout en ne cessant de tancer et de rudoyer, comme il l'a fait plus haut, celle qui se prétend moderne.

Mais il sait que c'est précisément ce souci de conciliation, ou plutôt cette attention patiente à l'Autre, toujours présente et toujours accueillante chez Claude Pairault, qui a permis à tant de jeunes chercheurs, au Mali et ailleurs, de s'épanouir. Cela, le mammifère insectivore volant est sûr de ne pas le voir à l'envers ! Et c'est pour en avoir, lui aussi, profité, qu'il veut, avec tous les co-auteurs de cet ouvrage, dire ici : Claude Pairault nous en a tant appris, et si modestement, que notre maître est devenu notre ami.

Joseph BRUNET-JAILLY

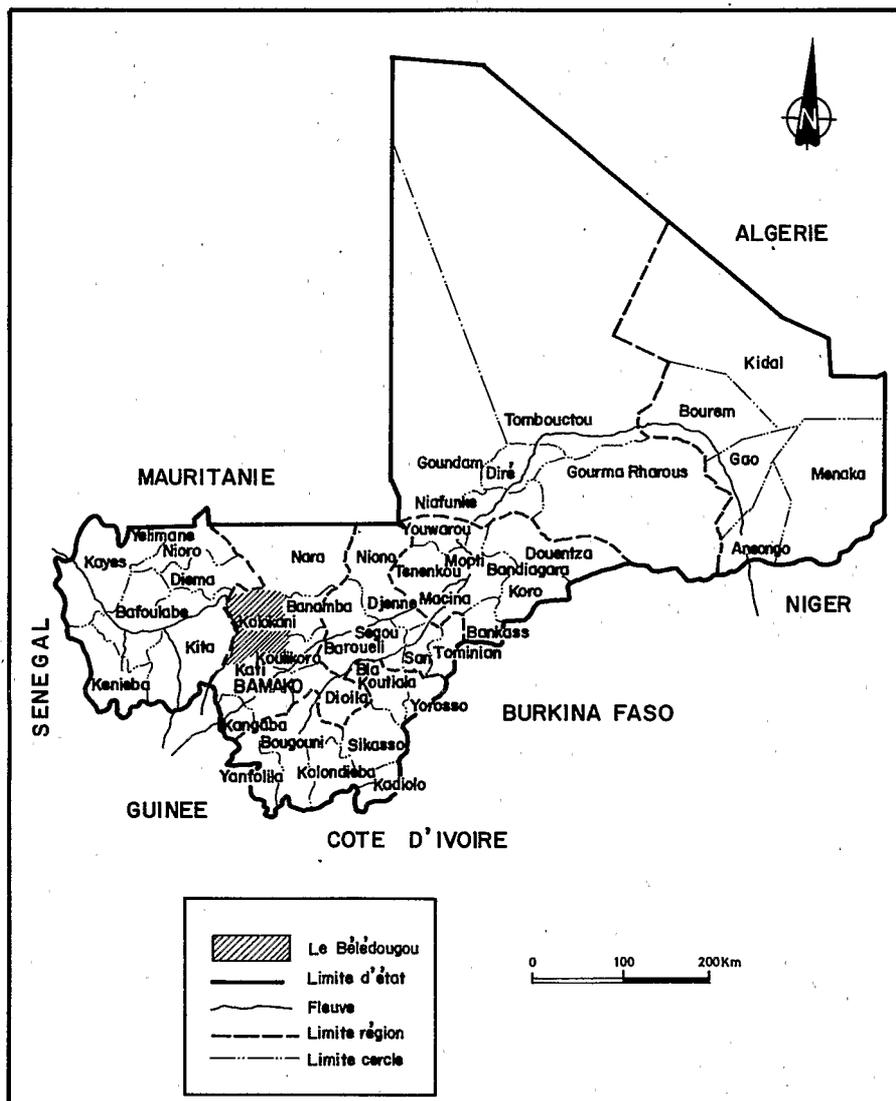
## PREMIÈRE PARTIE

# MAUX À COMPRENDRE ET À GUÉRIR

« De fait, la pratique de médecine bien proprement est par Hippocrates comparée à un combat et farce jouée par trois personnages, le malade, le médecin, la maladie. »

François RABELAIS, médecin,  
*Le quart Livre*, Paris, 1552

# LE BÈLÉDOUGOU DANS LA RÉPUBLIQUE DU MALI

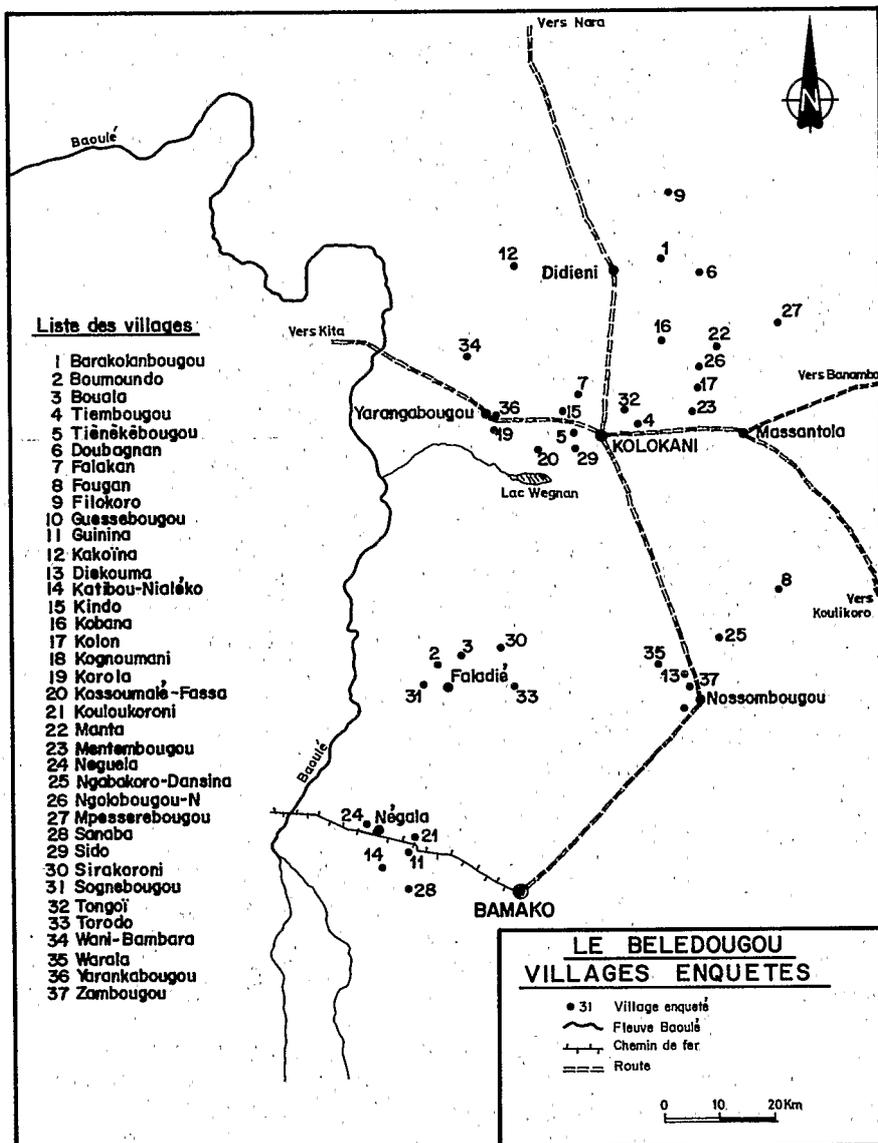


## Quelques maladies chez les Bamanan

par Djigui DIAKITÉ

La formation médicale met l'accent sur la biologie et ses déterminants physiques et chimiques, qui ont permis d'obtenir les résultats fantastiques de la médecine moderne. Elle n'accorde qu'une place minimale aux sciences humaines, en particulier à l'anthropologie et à la linguistique. Or, s'il est vrai que la maladie est avant tout un problème fonctionnel et physique, l'étude des conduites qu'elle suscite relève pour une grande part des sciences de l'homme. Parmi celles-ci la linguistique a une double importance puisque, outre l'analyse de la communication orale, elle permet l'étude de la conceptualisation, c'est-à-dire de la manière dont une signification est exprimée (Diakité, 1989).

Ainsi, nommer une maladie, ce n'est pas seulement dire ce que l'on constate, c'est aussi faire référence à une compréhension particulière de l'origine de ses souffrances. Aussi longtemps que l'homme s'interrogera sur la souffrance et la mort, il continuera d'accorder une place dominante aux réponses qui lui proviennent de sa culture. En outre, les résultats de l'action du médecin sont liés en partie à la qualité de ses connaissances langagières, par exemple lorsqu'il écoute un malade qui lui explique ce dont il souffre, ou lorsqu'il explique à une maman comment faire pour que son enfant ne tombe pas malade. Ce problème est aggravé en Afrique par l'hétérogénéité culturelle : le médecin ne partage pas nécessairement la langue ou la culture du malade. La consultation peut ressembler à un dialogue de sourds aboutissant à une prescription de principe par le praticien, et à une mauvaise



exécution de ses conseils par le malade. L'efficacité de l'action médicale passe par la compréhension réciproque du langage indispensable à une bonne communication (Brunet-Jailly, 1990).

Aussi notre travail a-t-il eu pour but de contribuer à améliorer cette communication indispensable à la réussite des actions médicales. Il concerne le Bèlèdougou, zone de peuplement bamanan située au nord de Bamako, regroupant l'ensemble du cercle de Kolokani et l'arrondissement de Négala dans le cercle de Kati (voir carte jointe). Il s'agit d'une zone homogène du point de vue culturel, occupée à plus de 90 % par les Bambara (qui, dans leur langue, s'appellent eux-mêmes « Bamanan »). Les résultats ici présentés ont été obtenus à partir de trois enquêtes :

- une enquête dans 37 villages, afin d'inventorier auprès de la population le maximum de termes nosographiques ;
- une enquête auprès des guérisseurs pour expliciter certains de ces termes ;
- une enquête auprès des malades qui se rendent en consultation pour analyser leurs plaintes.

Au terme de ces enquêtes, 506 termes ont été collectés, dont 474 désignent des affections pour lesquelles une description locale a pu être recueillie. Après analyse, on remarque principalement qu'il n'y a pas de correspondance, excepté quelques rares cas, entre les nosologies locales bamanan et celles de la médecine moderne. Aussi, une étude linguistique s'impose-t-elle, mais qui doit s'attacher à appréhender la conception de chaque affection à travers sa désignation, au lieu de chercher une traduction.

Une telle étude sera conduite différemment si elle est menée par un médecin parlant bamanan ou par un linguiste sans formation médicale. Le premier est avant tout occupé à confronter les résultats de son identification avec ceux de la dénomination du patient, afin d'aboutir à ce qu'il nommera diagnostic. Pour éliminer toute ambiguïté, il est peu enclin à prendre en compte les représentations sous-jacentes au langage. Son travail, fortement orienté vers une traduction en termes médicaux, risque de passer à côté de la réalité sociale, bien que ce risque puisse être réduit si le médecin est lui-même de culture bamanan. Le second peut bénéficier de l'avantage d'être imprégné des réalités culturelles « populaires », en plus de ses connaissances en linguistique appliquée. Cependant il aura tendance à traduire des réalités morbides qu'il ne connaît pas, ou à peine, en termes « profanes » univoques. Son travail s'expose du coup à trois ordres de risque : erreurs de traduction, insuffisance de traduction, confusion.

## 1. Conceptions de la maladie, de la mort et de la médecine

### La maladie

*jugu tè maa* (ou *mògò*) *la bana de ye jugu ye*, l'homme n'a pas d'ennemi, la maladie seule est l'ennemi (de *jugu*, ennemi, *tè*, privatif, *maa* ou *mògò*, personne, *la*, pronom personnel, *bana*, maladie, *de*, marque de focalisation, *jugu*, ennemi, et *ye*, est), illustre la portée du préjudice que peut causer la maladie chez l'homme.

Maladie, infortune et malchance sont étroitement liées dans la pensée bamanan du Bèlèdougou, aussi bien sur le plan étiologique que sur le plan des répercussions sociales et économiques. Toute maladie apparaît comme la conséquence logique d'une rupture de l'ordre cosmique dont la cause est soit naturelle soit surnaturelle.

L'absence de santé ou la maladie est différemment exprimée dans le français parlé et en bamanan. Dans le français parlé une personne « attrape une maladie » tandis qu'en langue bamanan la maladie attrape une personne : *bana y'a minè*, la maladie l'a attrapé (de *bana*, maladie, *y'a*, l'a, *minè*, attrapé). En français on dit qu'une personne est malade, en bamanan on dit qu'une personne n'est pas fraîche : *a man kènè*, il n'est pas frais (de *a*, il, *man*, négation et *kènè*, frais).

Une personne sentant les premiers signes d'un mal ou un petit malaise dira en bamanan : *ne fari man di n na*, mon corps ne me paraît pas bon (de *ne*, mon, *fari*, corps, *man*, marque de négation, *di*, bon, *n na*, moi à) ; ou bien : *ne fari ma jo*, je ne suis pas en bonne santé (de *ne*, mon, *fari*, corps, *ma*, marque de négation, *jo*, protégé, robuste, pur) ; ou encore *sogola bè ne la*, il y a quelque chose dans ma chair (de *sogo*, chair, *la*, postposition, *bè*, être, *ne*, pronom personnel, *la*, postposition) ; quelquefois même ce sera *ne jònjòn ba tè*, je ne me porte pas tout à fait bien (de *ne*, pronom personnel, *jònjòn*, tout à fait, *ba*, majoration, *tè*, négation).

De même la personne peut dire *farigan bè n na*, j'ai un échauffement du corps (de *fari*, corps, *gan*, chauffé) pour dire « je suis malade ». Pour dire « le malade », on dira *banabagatò* (de *bana*, maladie, *-bagatò*, suffixe double à valeur de « subissant », « celui qui subit ») ou encore *farigantò* (de *fari*, corps, *gan*, chauffé, et *-tò*, suffixe à valeur de « subissant », « celui qui subit »).

Ainsi la maladie apparaît-elle d'une part comme l'opposition du chaud au froid, chez les Bambara comme chez beaucoup d'autres groupes ethniques (tels que les Tamacheq et les Goin par exemple) ; d'autre part comme l'introduction d'un corps étranger dans le corps humain, illustrée par l'absence de pureté exprimée par *fari ma jo*, absence de bonne santé.

Par ailleurs, les Bambara annoncent le décès comme un refroidissement, en ces termes : *banabagatò sumara*, le malade est refroidi (de *bana*, maladie, -*bagatò*, suffixe double à valeur de « subissant », « celui qui subit », et *sumara*, est refroidi). Cette notion mériterait d'être approfondie en utilisant des informations complémentaires.

### La mort

Elle apparaît comme un événement normal lorsqu'elle survient chez une personne âgée, mais elle est toujours due à une origine anormale lorsqu'elle survient chez toute autre personne. Les morts des enfants sont généralement imputées au viol de tel ou tel interdit par les parents ou à des vengeances contre ces derniers.

Les morts en couches ont un caractère extrêmement grave. Les dépouilles sont de mauvais cadavres, *su jugu*, encore appelés *su nyama*, cadavres chargés de *nyama*, comme ceux des morts par suicide ou par meurtre. En somme toute mort violente revêt un caractère dangereux par la présence du *nyama* qui s'en dégage. Mais la force du *nyama* d'un cadavre peut être en rapport avec le *tere* de la personne défunte. Le *tere* est une force innée, présente en la personne et qui agit indépendamment de la volonté de son porteur (nous y reviendrons).

C'est à la lumière de ces notions qu'on peut comprendre les exemples suivants : à sa mort, l'albinos, *yefege*, qui a un bon *tere*, n'est pas enterré mais enfoui dans une ruche ; au contraire, le cadavre de l'homme imberbe, *kaara* (terme désignant toute absence de caractère sexuel secondaire), porteur d'un mauvais *tere* que signale l'absence de barbe, dégage un *nyama* responsable de mauvaise pluviométrie.

### La médecine

Elle agit en fonction des causes de la maladie en faisant appel à des rites et à des supports visibles. Le Bamanan cherche avant tout à savoir pourquoi il est malade, et non comment il est atteint. En effet, la gravité d'une affection est liée à son origine et pas à ses manifestations (qui permettent cependant d'orienter la Recherche de l'origine). Une fois définies les mesures à prendre, il sera fait appel au pouvoir des plantes, auquel viendra s'ajouter celui de certains rites.

### La thérapeutique

Tout adulte bamanan est guérisseur ou tradipraticien, car il a appris, depuis sa naissance, au moins une recette ou une formule capable de

soulager un mal. Mais seuls ceux qui se font distinguer jouissent de ce statut tel qu'il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé : « le tradipraticien est une personne reconnue par la collectivité où elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, compétences et croyances, liées au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité » (cité par Koné, 1981).

Les guérisseurs appartiennent à diverses catégories :

— herboristes, *jiridōnnaw* (de *jiri*, arbre, *dōn*, connaître, *na*, celui qui, *w*, pluriel), qui traitent exclusivement avec les plantes en les accompagnant toutefois de formules incantatoires diverses ;

— féticheurs, *basitigi* (de *basi*, fétiche, *tigi*, propriétaire et *w*, pluriel) ou *tōntigiw* (de *tōn*, bagage portable incarnant ici le fétiche, *tigi*, propriétaire, et *w*, pluriel), qui utilisent le pouvoir magique des fétiches et les vertus des plantes pour faire du bien (ils sont alors appelés *domaw*) ou du mal (on les nommera *somadenu*) ;

— antisorciers, *nyaganw* (terme utilisé uniquement dans ce contexte) : qui sont capables de reconnaître les sorciers et de s'y opposer au moyen de forces occultes ;

— devins, *filèlikèlaw*, ceux qui regardent (de *filèli*, le fait de regarder, et *kèlaw*, ceux qui font), c'est-à-dire qui usent de diverses pratiques dont la plus courante est la géomancie : *bugurida* (poser de la poussière) ou *bògòda* (poser de la boue) et surtout *cènda* (poser du sable : de *cèn*, sable, et *da*, poser), *laturu* ou *turabu*, et qui par ce moyen découvrent l'origine de la maladie et déterminent le remède approprié ainsi que ses modalités d'application ;

— marabouts, *moriw* : qui utilisent les pouvoirs du Coran pour protéger d'une maladie ou traiter les affections dues aux forces occultes ;

— accoucheuses traditionnelles : qui, par l'assistance à l'accouchement et les soins prodigués à la mère et à l'enfant, jouent un rôle important dans cet événement, qui est considéré comme éprouvant, et qui est d'ailleurs appelé *musokèlè* (de *muso*, femme, et *kèlè*, combat, guerre).

Nos principales observations portent sur la nosologie et l'étiologie. Nous les présentons succinctement ci-après.

## 2. La terminologie

Les différents types de nomination des maladies rendent compte des symptômes ainsi que, parfois, d'une étiologie. Parmi les nominations

simplement descriptives, certaines sont fondées sur la localisation du mal, d'autres sur la nature de l'organe altéré, alors que dans d'autres cas la maladie sera désignée par le seul nom de l'organe atteint. A côté des nominations descriptives ou étiologiques, on rencontre quelques catégories moins fréquentes.

### Nominations de type descriptif

Elles font référence soit à la localisation du mal, soit à l'altération ou au dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction physiologique.

#### a) Localisation du mal :

Chaque affection est désignée par un syntagme dont la première partie indique le siège du mal et la deuxième le symptôme principal.

Ainsi :

*kòndìmi*, douleur abdominale (de *kònd*, ventre, et *dìmi*, mal, douleur) désigne toute douleur, toute pathologie abdominale ou abdomino-pelvienne ; chez la femme, le terme *kòndìmi* sert souvent à désigner de façon discrète la stérilité ;

*nyèdìmi*, mal oculaire (de *nyè*, œil, et *dìmi*, mal, douleur) désigne tous les troubles oculaires ;

*sindìmi*, mal de sein (de *sin*, sein, et *dìmi*, mal, douleur) désigne une douleur mammaire ou toute autre affection du sein ;

*kòndònakelebenin*, plaie persistante (de *kòndòna*, intérieur, *kelebe*, plaie persistante, et *nin*, diminutif), correspond à une pathologie fréquente chez l'enfant. Celle-ci se manifeste par des selles pyosanguinolentes avec plaies à l'anus et aux organes génitaux ; fièvre et difficulté d'exonération sont souvent associées aux premiers signes.

#### b) Altération d'un organe

Exemples :

*tonsonyimi* (de *tonso*, placenta, chauve-souris, et *nyimi*, mâcher, ronger, broyer) désigne toutes les maladies responsables de fausses couches ou de mortalité infantile répétée : on observe dans certains cas, à la délivrance, des lésions sur le placenta (d'où le nom de la maladie), parfois même sur le corps du nouveau-né ;

*kòndòtinyè*, ventre gâté (de *kònd*, ventre, grossesse, et *tinyè*, détruire, gâter), ou *kòndòbila*, ventre lâché (de *kònd*, ventre, et *bila*, laisser, lâcher, abandonner), désigne fausse couche et avortement.

## c) Dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction physiologique

Exemples :

*kònòja*, ventre sec (de *kònò*, ventre, et *ja*, sécheresse), désigne la constipation ;

*kònòboli*, écoulement du ventre (de *kònò*, ventre, et *boli*, fuite, écoulement), encore appelé *kònòkari*, ventre cassé (de *kònò*, ventre, et *kari*, casser), désigne la diarrhée quelle qu'elle soit ;

*jalalagosi* (de *jala*, ceinture, cordelette servant à attacher le pantalon, et donc, par euphémisme, verge, et *lagosi*, déprécier, porter atteinte à) désigne une impuissance sexuelle continue ou intermittente ;

*jalalasiri* (de *jala*, verge – par euphémisme –, et *lasiri*, emballer), est vraisemblablement la même maladie que celle que désigne le terme précédent ; cependant certains informateurs affirment qu'il s'agit de deux maladies différentes. Il pourrait s'agir de deux phases de la même maladie. Les deux termes proviennent d'une contraction de *kulusijalagosi* et *kulusijalalasiri* (de *kulusi*, pantalon, et *jala*, cf. ci-dessus). D'autres termes, tels que *cèyayòròbò* (de *cèya*, organe génital mâle, virilité, *rò*, dans, et *bò*, sortir, quitter), ou *jalasa*, verge morte (de *jala*, verge, et *sa*, mort), ou encore *kòsa* (de *kò*, dos, et *sa*, mort), sont employés pour désigner le même état ;

*finikobaliya* (de *fini*, pagne, *ko*, laver, *bali*, privatif et *-ya*, suffixe à valeur d'état), indique l'absence de menstruation, donc une aménorrhée ; pour une femme, *finiko*, laver le linge, signifie aussi avoir ses règles ; comme on met les mains dans l'eau pour laver le linge, *bolodonjirò*, plonger la main dans l'eau (de *bolo*, main, *don*, plonger, *ji*, eau, et *ro*, dans) désigne aussi la menstruation. Le caractère cyclique justifie *laada*, règle, coutume, et explique aussi *muso ka kaloladon*, entrée de la femme dans la lune (de *muso*, femme, *ka*, marque d'association, *kalo*, lune, mois, *la*, dans, et *don*, entrée) ;

*finikobanbali* (de *fini*, pagne, *ko*, laver, *ban*, finir, et *bali*, privatif) indique des règles anormalement prolongées ou tout autre saignement en dehors de la période des règles.

## d) Le nom seul de l'organe affecté désigne la pathologie.

C'est le cas par exemple de :

*kaya*, organe génital mâle, pour désigner une augmentation anormale du volume des bourses, ce qui peut correspondre aussi bien à l'hydrocèle, à l'éléphantiasis du scrotum qu'à la hernie inguino-scrotale ; pourtant, dans ce dernier cas, on rencontre parfois le nom particulier de *nkèlènkaya* (de *nkèlèn*, écureuil, et *kaya*, organe génital). Cependant, un prolapsus utérin ou une cystocèle chez la femme sont appelés *musokaya*, hydrocèle de la femme ;

*kolo*, os, ou *kolobò*, sortie de l'os (de *kolo*, os, et *bò*, sortir), désigne toute la gamme des pathologies inhérentes à la dentition, allant de la diarrhée à ses complications (déshydratation, perte de poids, etc.).

e) Le nom de la maladie peut être évocateur de l'attitude du malade.

C'est par exemple le cas de *kilikilimasan* (de *kilikili*, trembler, et *masan*, gratter), désignant l'épilepsie, encore appelée *binnibana* ou *taakabibana* (de *binni* ou *taakabi*, le fait de tomber, et *bana*, maladie), *boikabi* ou *bolikabi* (de *boi* ou *boli*, courir, et *kabi*, tomber).

C'est aussi le cas de *jagòyinin* (de *ja*, raidir, *gòyi*, qualificatif mettant l'accent sur la raideur, et *nin*, diminutif), pour désigner les syndromes convulsifs de l'enfant (autrement appelés *kòndnyama* ou *sogonyama* selon l'étiologie : voir plus loin).

Citons encore *keteketenin* ou *ketekete* (bruit émis par le malade pendant ses quintes de toux et cri plaintif, caractéristiques de la maladie) pour une maladie aux signes similaires à ceux de la coqueluche, par ailleurs aussi appelée *kalosabanin* (de *kalo*, mois, *saba*, trois, et *nin*, diminutif), par allusion à sa durée supposée de trois mois.

f) La maladie peut tirer son nom d'une ressemblance.

Ainsi, *nyònin* (de *nyò*, mil, et *nin*, diminutif), désigne la rougeole, à partir de la ressemblance entre ses boutons et les grains de mil.

### Nominations de type étiologique

Le nom de la maladie indique l'agent causal.

Exemples :

*kòndnyama*, maléfice de l'oiseau (de *kònd*, oiseau, et *nyama*, force maléfique agressive), est le nom attribué à tous les syndromes convulsifs chez l'enfant, reconnus par certains signes révélateurs : raideur de tout ou partie du corps, convulsion, regard plafonné, signes le plus souvent associés.

L'origine de la maladie est imputée à la conduite de la femme, en particulier lorsqu'elle est enceinte, à l'égard de certains oiseaux :

— sera exposé à la maladie l'enfant de la femme qui se serait désaltérée dans une eau stagnante où s'abreuvent beaucoup d'oiseaux, de même que l'enfant de la femme enceinte qui aurait marché sur la trace de l'oiseau appelé *dèbi* (engoulement à balancier) ou écrasé de ses pieds les œufs de cet oiseau ;

— parfois la maladie résulte du fait que la femme a dormi en brousse, ou qu'après avoir lavé son linge souillé par ses menstrues, elle a versé

l'eau de ce lavage dans un cours d'eau où des oiseaux allaient boire ; — parfois c'est pour avoir écrasé un poussin de son pied qu'une femme enceinte expose au risque de la maladie son enfant à naître.

*sogonyama*, maléfice du gibier (de *sogo*, gibier, animal, viande, et *nyama*, force maléfique agressive), désigne les mêmes signes que le terme précédent, à la différence qu'ici, outre les syndromes convulsifs, on observe d'autres manifestations, en particulier dermatologiques. Y est exposé le chasseur, s'il tue sans précautions préalables un gibier chargé de ladite force vengeresse, et toute sa famille. Sont aussi exposés à la maladie les enfants de la femme qui, en âge de procréer, aura mangé du lièvre, *nsonsan*, ou de la biche-cochon, *mankalan*.

*kônònyama* et *sogonyama* recouvrent l'ensemble des maladies responsables de convulsions chez l'enfant, entre autres le tétanos néonatal, l'accès pernicieux du paludisme ; et parfois des lésions dermatologiques, telles que les eczémas suintants, etc.

### Connexions étio-nosologiques

Ici, le terme détermine le lien établi entre l'agent causal et l'affection.

Exemples :

*tananyèdimi*, maladie des yeux liée à la transgression d'interdit (de *tana*, ou *tinè*, interdit, totem, et *nyèdimi*, maladie des yeux) ;

*jiginnikaliya*, douleur violente ressentie par la nouvelle accouchée (de *jiginni*, accouchement, considéré comme « agent », et *kaliya*, douleur variable, ici violente, ressentie par la nouvelle accouchée), encore appelée tranchée utérine.

### Connexions nosologiques

Le terme indique le lien singulier entre deux entités nosologiques dont la première est considérée comme l'« agent » de la seconde.

Exemples :

*banabanyèdimi* (de *banaba*, nom donné à la lèpre, mot à mot maladie grande : *bana*, maladie, et *ba*, majoration, mère, *nyè*, œil, et *dimi*, mal, douleur), pour les complications oculaires de la maladie de Hansen (lèpre). On remarque que cette dénomination est formée à partir de deux entités à part entière, *banaba* d'un côté et *nyèdimi* de l'autre, dont la première est l'« agent » de la seconde ;

*nyònkòndòboli*, diarrhée liée à la rougeole (de *nyònin*, rougeole, et *kòndòboli*, diarrhée) ;

*maranyèdimi*, maladie des yeux liée au *mara* (de *mara*, maladie polysymptomatique, probablement onchocercose ici, et *nyèdimi*, maladie des yeux).

### Autres types de nomination

Certains termes sont employés dans le seul contexte de la maladie qu'ils désignent. Ainsi par exemple :

*bagi*, nom de la lèpre lépromateuse, et *kuna*, nom de la lèpre tuberculoïde, désignent deux formes différentes de la même maladie, mais sont synonymes communs du terme *banaba*, grande maladie, ou mère de la maladie (cf. plus haut), nom attribué à la lèpre par discrétion ; plus discret encore, on trouve *farilòfèn* (de *fari*, corps, *lò*, dans, et *fèn*, la chose) ;

*gankekòndòdimi* (de *ganke*, terme utilisé uniquement pour désigner cette maladie, *kòndò*, ventre, et *dimi*, mal, douleur), terme correspondant à la dysménorrhée (règles douloureuses), mais servant en fait à dissimuler la stérilité. La pathologie ainsi désignée présente deux variétés : *ganke kènè*, *ganke* frais, pour la douleur vive ressentie par la nouvelle accouchée et qui est liée à la rétraction de l'utérus après la délivrance, avec comme synonyme *jiginnikaliya* ; et *ganke jalan*, *ganke* sec, attribué à la dysménorrhée, pour ne pas dire la stérilité. Dans de rares cas, le seul mot *ganke* suffit pour désigner cette dernière pathologie.

*kaliya* : général et imprécis, ce terme désigne des affections très variées telles que les douleurs vagues, fugaces, parfois violentes ; probablement coliques et névralgies intercostales ; par ailleurs, il peut correspondre à l'hydrocèle ainsi qu'aux douleurs vives ressenties par la nouvelle accouchée ; il s'applique aussi aux hernies, mais dans ce cas on précise *kaliya bota*, *kaliya* sortant, pour signifier le caractère extériorisant de la maladie ;

*mara*, commander, garder, se dépêcher, terme qui, selon un informateur, pourrait s'expliquer par la démarche du malade en proie à certains des troubles physiques de l'onchocercose ; cependant ce terme est rencontré aussi bien dans les zones onchocerciennes qu'en dehors d'elles ; il est possible que la déchéance physique des onchocerciens (asthénie, amaigrissement, angoisse, troubles oculaires) corresponde à ce que les Bambara appellent *mara*, sans que *mara* puisse être identifié à l'onchocercose ; pourtant, désormais, la traduction de *mara* par onchocercose a été tellement diffusée par le corps médical et les médias

(radios, textes d'alphabétisation fonctionnelle, etc.) qu'elle est entrée dans les usages. Voir, à ce sujet, le chapitre suivant (R. Schumacher).

Certaines expressions sont utilisées pour désigner des maladies dont on craint qu'elles ne soient attirées par l'évocation de leur nom. C'est le cas de :

*misènmannin*, le tout petit, nom attribué à la rougeole, communément appelée *nyònin*, petit mil (cf. plus haut) ;

*denbanyuman*, mère généreuse (de *den*, enfant, *ba*, mère, et *nyuman*, bonne, généreuse), nom attribué à la variole ;

*sannofen*, la chose d'en haut (de *sanno*, en haut, et *fèn*, la chose), employé pour éviter de prononcer *kòndonyama*, syndromes convulsifs dont la cause est imputée à une force agressive provenant d'un oiseau (cf. plus haut).

### Emprunts à la langue française

L'emploi de termes empruntés au français est la conséquence probable des contacts noués à l'occasion des migrations, du commerce, de la fréquentation des institutions étatiques, etc. Il est habituel dans les centres semi-urbains d'entendre les malades dire, dès le début de la consultation, *palu bè n na*, j'ai le paludisme, devant la moindre fièvre, en lieu et place des termes qu'on entendrait dans les zones rurales, *farigan*, corps chauffé, ou *sumaya* (refroidissement). Sur ce dernier terme, voir chapitre 3 (Myriam Roger).

Parfois c'est par le terme *èrèni*, hernie, qu'on désigne une hernie ou une tumeur apparentée, tandis que *tansion* désigne une hypertension artérielle, réelle ou supposée, et *jabèti* le diabète. Le terme *sopisi* (généralement employé pour indiquer une urétrite (éventuellement gonococcique) apparaît comme l'intégration de « chaude-pisse ». Le mot *sida* a même été cité, mais rarement, comme désignant une maladie non connue dans la zone, mais dont on a entendu parler.

### 3. L'étiologie

Dans le milieu bamanan du Bèlèdougou, la divination est une pratique courante, à laquelle on a recours à chaque événement troublant de la vie collective ou individuelle.

L'expression *fosi tè kè ni sababu t'a la*, rien ne se produit sans cause (de *fosi*, rien, *tè*, négation, *kè*, fait, *ni*, conditionnel, *sababu*, cause, *tè*, négation, *a*, pronom personnel de la troisième personne du singulier,

*la*, postposition), illustre bien l'idée populaire selon laquelle il existe un lien entre chaque événement, y compris la maladie, et son origine. Il y a pour ainsi dire une orientation populaire de chaque fait vers une origine donnée, mais seul le devin est apte à découvrir cette dernière et à proposer la conduite nécessaire.

Les procédés divinatoires les plus utilisés dans la zone sont :

— le jet des cauris, *kolonninfil* (de *kolon*, coquillage, *nin*, diminutif, et *fili*, jeter) ;

— la géomancie, *bugurida*, pose de la poussière (de *buguri*, poussière, et *da*, poser), encore appelée *bôgôda*, pose de la terre, de la boue (de *bôgô*, terre, boue, et *da*, poser) ou encore *cènda*, pose du sable (de *cèn*, sable, et *da*, poser) ou *laturu*, qui proviendrait du mot arabe *al teret*, la terre (Traoré, 1979 : 91) ou enfin *turabu*, emprunt probable au mot arabe *al turab*, la poussière, la terre, autre forme de *al teret*) ; les trois derniers termes sont les plus fréquemment employés.

Le jet de cauris est rarement pratiqué par les hommes, beaucoup plus par les femmes. En revanche, la géomancie est réservée aux hommes. C'est, de l'avis des informateurs, une pratique importée d'Orient et son premier promoteur en milieu bamanan serait Musa ou Bala de Jitumu (le Jitumu est zone de peuplement bamanan située dans le cercle de Dioïla) qui l'aurait apprise lui-même de l'un de ses esclaves nommé Nanburam.

Une fois son origine définie, la maladie est classée, en vue d'en déterminer les modalités thérapeutiques, dans l'une des catégories étiologiques suivantes : maladies de Dieu et/ou naturelles et/ou dues à la fatalité, maladies dues à des violations d'interdits, maladies dues à des personnes méchantes, maladies dues aux mânes des ancêtres, maladies dues aux génies, maladies transmissibles.

### **Maladies naturelles, maladies de Dieu, maladies de la fatalité**

Les maladies naturelles sont imputées à des causes physiques, comme les intempéries (exemples : rhumes et troubles broncho-pulmonaires provoqués par le froid) sans que s'impose la nécessité de rechercher plus avant d'autres facteurs explicatifs (Sindzingre, 1984).

Au contraire, comme tout, y compris la maladie, relève de Dieu, cause ultime, on parlera de maladie de Dieu, *ala bana* (de *Ala*, Dieu, et *bana*, maladie) lorsqu'aucune autre cause ne peut plus être avancée.

Mais il existe aussi des maladies de la fatalité : *dankamabana* (de *dan*, créé, *kama*, pour, et *bana*, maladie) ou *dakanbana* (de *dakan*, destinée, et *bana*, maladie) ou encore *latikèbana* (de *latikè*, fatalité, hasard, et *bana*, maladie).

Bien entendu, les interférences ne sont pas rares entre ces nominations distinctes. Par exemple, *latikèbana*, maladie de la fatalité, peut se dire *ala ka latikèbana*, maladie de la fatalité de Dieu (de *ala*, Dieu, *ka*, possessif, *latikè*, fatalité, *bana*, maladie).

De plus, l'origine divine d'une maladie n'exclut pas l'intervention d'autres facteurs, entraînant ou favorisant son apparition.

### Les maladies dues à des violations d'interdit

L'équilibre de l'ordre cosmique et de l'ordre social requiert le respect de toutes les règles qui régissent la vie de la communauté. Ces règles concernent les relations entre les humains, entre les hommes et les animaux, entre les hommes et leur environnement, entre les vivants et les mânes des ancêtres, entre les hommes et les esprits surnaturels. Enfreindre l'une quelconque de ces règles expose le coupable ou les siens à une sanction se traduisant par l'apparition de maladies ou d'autres calamités.

Les interdits qui découlent de ces règles sont soit collectifs (respect d'un bois sacré ou d'un animal), soit individuels.

Cette causalité peut être soit *a priori* (on attribue d'emblée des causes possibles à un événement donné), soit *a posteriori*. Ce dernier cas constitue un « ensemble d'élaborations souvent complexes de conjonctions étiologiques, que l'irruption, l'évolution ou la répétition de la maladie suscite et modifie à des moments donnés et dans des contextes sociaux donnés » (Zempléni, 1986 : 91). Mais « un événement peut être rapporté à l'une ou l'autre des causes possibles *a priori* (transgression d'interdit ou agression d'un sorcier par exemple) » (Augé, Herzlich, 1984 : 15).

Ainsi, l'enfant qui serait issu de relations sexuelles qu'une femme aurait eues pendant ses règles court inévitablement le risque de l'une des maladie ou anomalies suivantes : *kilikilimasan* (de *kilikili*, trembler, et *masan*, gratter), ou encore *bininbana* (de *binni*, le fait de tomber, et *bana*, maladie), qui désigne l'épilepsie ; *yefege*, albinisme ; *kuna*, lèpre tuberculoïde.

La femme allaitante qui aura des relations sexuelles avec un homme auprès de son enfant risque de souiller ce dernier par le contact (même à travers un linge) de l'éjaculat. Cet enfant sera atteint de la maladie nommée *pasansenna*, amaigrissement progressif (de *pasa* ou *fasa*, amaigrissement, et *n sen na*, sur mon pied), se manifestant par diarrhée, fièvre et dénutrition, et débouchant sur un état cachectique.

L'adultère, fortement désapprouvé, expose la femme coupable sinon à la stérilité, du moins à des fausses couches ou à une mortalité infantile répétée.

L'avortement spontané se produira chez la femme enceinte qui aura mangé du miel cru au cours du premier trimestre de sa grossesse.

Toute fillette ayant eu des rapports sexuels avant la puberté sera atteinte par la maladie appelée *gankekòndìmi*, qui correspond aux dysménorrhées, mais désigne indirectement la stérilité.

La femme qui, en travail d'accouchement, ne dit pas le nom du vrai père de l'enfant à naître, ou ne répare pas la faute qu'elle aura commise à l'endroit d'une vieille femme, sera victime de difficultés obstétricales.

Le *nyama* (cette force agressive libérée par le cadavre) d'un gibier interdit non seulement s'attaque au chasseur qui l'aura tué sans avoir pris les précautions particulières qui s'imposent, mais il atteint aussi sa famille. Par exemple, le chasseur qui aura tué un animal appelé *bakòrònkuri*, variété de civette, ne doit ni porter le cadavre sur sa tête ni le traîner par terre, sinon lui-même ou ses enfants seront atteints de *bakòrònkurinyama* (de *bakòrònkuri*, civette, et *nyama*, force agressive), maladie dermatologique se manifestant par des ulcérations cutanées très prurigineuses siégeant au début à la tête, s'étendant à la longue au reste du corps. De plus, toute femme qui marchera sur la trace laissée par ce cadavre traîné sur le sol expose ses enfants à la même maladie.

Seront atteints de la maladie *sogonyama* (de *sogo*, gibier, et *nyama*, force agressive) les enfants des femmes en âge de procréer qui mangent du lièvre, *nsonsan*, ou de la biche-cochon, *mankalan*.

La femme enceinte qui laisse la puisette dans le puits, et attache la corde à un piquet, sera victime au moment de son accouchement de *tonsobilabaliya*, rétention placentaire (de *tonso*, placenta, chauve-souris, *bila*, laisser, lâcher, et *baliya*, privatif).

### **Les maladies dues aux personnes méchantes, à leurs fétiches, à leur *tere***

*maa juguw* ou *mògò jugu* (de *maa* ou *mògò*, personne, et *jugu*, méchante, mauvaise, et *w*, pluriel), désigne toute personne susceptible de nuire d'une manière quelconque à la santé ou à la quiétude de la vie d'un individu. Les maladies que causent ces personnes méchantes sont généralement les hémorragies aiguës ou chroniques, les maladies chroniques ainsi que les accidents et morts brutales. Entrent dans cette même catégorie les maladies dues à une attaque des sorciers *subagaw* ou *suròmaaw*, les personnes de la nuit (de *su*, nuit, et *maaw*, personnes, gens). Les sorciers « mangent » leurs victimes avant qu'elles ne meurent. Toutes les maladies relevant de cette origine sont qualifiées de *maabolobana*, maladie de main d'homme (de *maa*, personne, *bolo*, main, et *bana*, maladie).

Dans la pensée bamanan il existe un Dieu créateur de l'ensemble de l'univers et de son contenu. Celui-ci aurait permis qu'une partie des forces surnaturelles soient concentrées dans de petites divinités matérialisées par des objets, *boli* ou *jo*, fétiches agissant selon la volonté de leurs propriétaires. Ceux-ci peuvent donc provoquer une maladie chez un adversaire ou attirer une calamité naturelle (par exemple empêcher les pluies), comme ils peuvent favoriser la prospérité de la communauté (bonne pluviométrie, fécondité des femmes, etc).

### Les fétiches

Un fétiche peut être communautaire ou individuel. Plusieurs fétiches portant chacun un nom particulier (et dont chacun est représenté par un masque ou une statuette) peuvent être désignés par un nom commun et être honorés par une même société secrète. Cette dernière et le fétiche communautaire portent le même nom. Toutes masculines, les principales sociétés secrètes sont :

\* le *do*, secret, au principe initiatique progressif très complexe, s'étendant sur toute la vie de l'individu ; certains de ses masques sortent ensemble, tandis que d'autres le font séparément et à jour fixe ;

\* le *nama*, dont le fétiche peut tuer une personne non initiée, ou une personne indiquée par ses propriétaires ; les sorciers constituent une cible privilégiée pour ce fétiche ; la dépouille de la victime fait l'objet d'un traitement rituel particulier avant d'être remise à sa famille ;

\* le *kòmò* pour les adultes et le *ntòmò* pour les garçons (avec deux catégories : l'une pour les adolescents et l'autre pour les plus âgés).

Les propriétaires et usagers des fétiches sont appelés les *somadenu* (de *soma* -terme provenant de *sònnikèmaaw*, personnes qui offrent, de *sònnikè*, offrir, et *maaw*, personnes- et *denu*, enfants). Les chasseurs utilisent généralement des fétiches individuels tout en adhérant à ceux qui leur sont communs, tels que *ntonbilen*, termitière rouge (de *nton*, termitière, et *bilen*, rouge), et *kòntòròn* (de *kò*, derrière, et *ntòròn*, sabot). Pour une affaire importante un chasseur peut solliciter l'aide de l'un de ces *boliw* communs très puissants.

Le cas de S.C., un jeune chasseur originaire de Saabougou (village situé à quelque quarante kilomètres au sud-est de Kolokani), reçu en urgence au Centre de Santé de Kolokani pour blessure grave par arme à feu, illustre bien cette situation. Pour guetter les lapins, la victime avait entrepris de grimper à un arbre fruitier. Malheureusement la cordelette par laquelle son fusil était suspendu à son épaule se rompt, le fusil tombe canon en haut et fait feu. S.C. reçoit les balles dans l'avant-bras droit, et il doit être amputé dès son arrivée. Interrogé, il établit

un lien entre cet accident et le conflit dans lequel il est impliqué avec un adversaire au sujet d'une femme ; il reconnaît d'ailleurs son tort dans cette affaire. Il s'avère encore que son adversaire, chasseur lui aussi, aurait effectivement été vu, le lendemain de l'accident, se dirigeant vers la brousse un poulet à la main : on comprend qu'il partait honorer le fétiche qu'il avait sollicité pour agresser S.C. Ce dernier est convaincu de la responsabilité de son adversaire dans son accident.

D'autres forces magiques sont capables de nuire à la santé d'une personne par la volonté de celui qui en détient le pouvoir, et telles que :

— le *kòrtè*, force occulte qui agit par l'intermédiaire d'insectes ou d'éléments d'origine animale, et dont l'attaque est responsable d'un dommage physique (abcès, plaie) ou d'une mort brutale ; le *kòrtè* peut agir à distance sur une personne-cible ;

— le *bon*, jet causant des dommages physiques. La plupart des affections dermato-myosiques d'évolution chronique ou insidieuse (par exemple abcès froids, cancers abcédés comme celui du sein, etc) sont qualifiées de *bon*, de même que les affections de la sphère odontostomatologique (notamment les abcès dentaires fustilisés), appelées *bon-dadimi*, maladie de la bouche due au *bon*, force occulte (de *bon*, jet, *da*, bouche, mais aussi ouverture, et ici trace laissée par l'objet jeté, et *dimi*, douleur, mal) ;

— le *kolo*, l'os, force occulte responsable de dommages physiques, et qui se singularise par la présence de morceaux d'os dans la plaie qu'il a causée ;

— le *furajè*, remède blanc (de *fura*, remède, et *jè*, blanc) : objet-fétiche dont la vue seule par la personne menacée suffit pour lui causer le mal ;

— le *killisi*, formule incantatoire récitée parfois sur un objet dont le toucher ou la vue provoque un effet néfaste sur la personne visée. Cependant, il y a des *killisi* bienfaisants récités dans le but de faire du bien, par exemple pour soulager d'un mal comme la douleur.

Le devin, plus précisément le géomancien, peut être méchant, car il a la possibilité de « travailler » quelqu'un dans le but de lui lancer un mauvais sort, source de maladies ou d'une autre infortune. Il use pour cela de combinaisons particulières des figures géomantiques associées à d'autres éléments de la nature. Il est à même de provoquer l'impuissance sexuelle chez sa victime masculine et *finikobanbali*, des règles ininterrompues, chez sa victime féminine ; voire de causer la mort brutale d'un ennemi.

Le cas d'une jeune matrone qui exerçait à Nyokona (village du cercle de Kolokani) évoque cette dernière éventualité. En effet, elle voulut imposer par la force qu'on lui fournisse le bois qui devait servir à chauffer l'eau destinée au bain des accouchées et des nouveau-nés, et cela créa un incident entre elle et un vieux géomancien. Le récalcitrant

n'obtempéra que sous la menace de l'Administration, et la jeune matrone, se sentant victorieuse, riait au nez du vieillard. Ulcéré, celui-ci mit sa rivale en garde par l'intermédiaire de médiateurs, mais rien n'y fit. Un jour, au crépuscule, aussitôt entrée dans la douche, la jeune femme poussa un cri et dit : *sa ye n cin*, le serpent m'a mordue. Les personnes accourues ne virent rien, mais la victime, transportée d'urgence au dispensaire de Faladié, à quelque onze kilomètres, mourut avant son arrivée. La culpabilité du vieux géomancien dans cette mort brutale ne faisait aucun doute pour l'entourage, car l'une des spécialités des géomanciens est de dresser un serpent contre une personne qui, mordue, sera seule à voir le serpent et mourra inévitablement.

Entrent dans la catégorie de *maabolobana* les affections attribuées aux attaques par les sorciers *subagaw* ou *suròmaaw*, les personnes de la nuit. La cause des syndromes convulsifs de l'enfant leur est parfois imputée, de même que celle des plaies persistantes (*kelebe*, coupé tout autour), qu'ils sont censés lécher chaque nuit (et tant que la plaie est léchée, elle ne guérit pas, dit-on).

### Le « *tere* » et ses signes (Diakité, 1990)

La fréquentation de certaines personnes peut être source, pour les autres, de maladie, malchance ou infortune, ou de bonheur. Il se dégage de toutes ces personnes une force, innée en elles, qui agit indépendamment de leur volonté, et qui, appelée *tere* ou *nèlè*, peut être bonne ou mauvaise. Les signes qui expriment le *tere* sont congénitaux, recherchés et reconnus dès la naissance, ou bien identifiables par la suite, trahis par les traits, les mouvements et les attitudes de l'individu au fur et à mesure qu'il grandit (Dieterlen, 1988 : 61), essentiellement sa démarche et son aspect physique. Parfois, cependant, la reconnaissance est tardive et repose sur la constatation des effets du *tere* chez un sujet.

Les forces émanant du *tere* ont des effets individuels ou communautaires, et en général l'intéressé(e) ne les éprouve qu'indirectement.

Comme les effets du *tere*, bons ou mauvais, influencent la vie individuelle ou communautaire, on en recherche les signes, en s'intéressant spécialement à ceux du mauvais *tere*, dans le souci d'échapper à ses effets néfastes. Certaines personnes, particulièrement des vieillards, mais aussi les devins, sont douées pour la reconnaissance des signes du *tere*.

La recherche de ces signes fait l'objet d'une étude minutieuse, en particulier à la naissance d'un enfant, de la part des vieilles femmes, ou, à l'occasion du mariage, lors du choix des futurs conjoints, de la part d'une personne déléguée pour la circonstance. Dans ce dernier cas, l'idéal pour les vieux Bamanan est de faire rechercher, par une

personne qualifiée, les traits caractéristiques du *tere* de la fille désirée en mariage. Cette personne, qui joue le rôle d'expert, accompagne l'intermédiaire qui pour la première fois va demander la main de la fille. Parfois, une seule personne peut jouer les deux rôles.

Les signes recherchés sont les suivants :

— à partir de l'aspect physique :

\* l'hyperlordose, *musokilikètigi*, « femme sellée » (de *muso*, femme, *kilikè*, selle, et *tigi*, qui a), portera malheur à celui qui l'épousera : il sera victime d'esclavage (aujourd'hui d'emprisonnement) ; au pire des cas, il mourra précocement ; l'enfant qu'une telle femme — encore qualifiée de *muso jukunan kulusi*, femme au siège en pantalon (de *muso*, femme, *jukunan*, fesse, siège, et *kulusi*, pantalon) — portera sur son dos survivra rarement ;

\* la hernie ombilicale pointant vers le bas : ne survivra aucun enfant de la fille *muso bara kuruma* (de *muso*, femme, *bara*, ombilic, *kuru*, masse, tumeur, et *ma*, qui porte) ; ou son mari mourra tôt ;

\* l'hirsutisme de la fille, parce qu'il est signe de stérilité ;

\* l'absence de poils au pubis ou aux aisselles, parce qu'il annonce que les enfants ne survivront pas, et que la femme portera malheur à son mari ;

\* une poitrine anormalement développée, ou des mamelons pointant vers le bas, signes de stérilité ;

\* des seins si longs que la fille doit les soulever pour attacher son pagne ; ses enfants mourront en bas âge ;

\* les cuisses cagneuses (s'écartant aux genoux), parce que la fille apportera la discordance dans la famille où elle entrera ;

\* le menton pointu, chez la fille ou chez le garçon, signe que cet individu aura peu de chance de réussir.

— à partir de la démarche :

\* la fille qui, en marchant, a les paumes des mains tournées vers l'avant, ne laissera, à sa mort, aucun enfant vivant ;

\* la fille qui, en marchant, traîne des pieds, apportera peu de chance de réussite à son mari ;

\* la fille dont les pieds soulèvent de la poussière en marchant aura beaucoup d'enfants, mais apportera peu d'entente et de chance dans son foyer ;

— à partir de l'attitude à l'arrivée des visiteurs :

\* la fille qui tient son avant-bras ou sa main sur sa tête, *cèsukasimuso*, la femme qui pleure la mort de son époux (de *cè*, mari, *su*, mort, *kasi*, pleurer, et *muso*, femme) : elle sera précocement veuve ; s'asseoir et

croiser ses poignets sur sa tête est l'attitude que prend la femme lorsqu'on lui apprend la mort de son mari, et cette pose est si intimement associée au deuil qu'on défend aux enfants de poser leurs bras sur leur tête, ils attireraient la mort ;

\* la fille en train de pourchasser une poule ou appuyée à un poteau de hangar : ces signes annoncent de tels malheurs futurs dans le foyer que les postulants renonceront immédiatement à la poursuite des démarches ;

\* la fille absente du domicile : elle sera frivole dans le mariage ; si elle est partie faire ses besoins en brousse, elle n'aura pas de descendance ;

\* la fille en train de piler du mil : elle apportera du bonheur à son mari qui ne manquera pas de grain pour nourrir sa famille ;

\* le fille debout, les mains posées sur ses hanches, ou portant un enfant au dos : elle aura beaucoup d'enfants ;

\* la fille en train de puiser de l'eau : elle apportera paix et sécurité à son mari.

Dans certains cas, l'étude pré-nuptiale peut faire défaut. Néanmoins on procédera à la détection des signes chez l'épouse ou l'époux au cours de la première nuit de noce. Il suffit pour cela de se munir d'un segment de tige de l'herbe appelée *cèkala* (arc de l'homme, *Cymbopogon giganteus*), d'en allumer les deux bouts, puis de le promener au-dessus de la personne pour déterminer la zone où siège le *tere*, ce qu'on fera, bien entendu, pendant que cette dernière est endormie. Lorsqu'il y a un mauvais *tere*, la flamme s'éteint au bout qui est le plus proche de la zone. Si l'on fait le tour complet de tout le corps sans que la flamme s'éteigne, alors on peut dire que la personne n'a pas de mauvais *tere* en rapport avec sa constitution physique.

### « *tere* » et « *nyama* »

Une question d'importance est de savoir quel rapport existe entre *tere* et *nyama*. Au cours notre enquête, certains informateurs ont affirmé que *tere* est différent de *nyama*, alors que pour d'autres il s'agit de la même notion. Un certain nombre d'informateurs déclarent aussi que l'on parle de *tere* chez la personne et de *nyama* chez l'animal pour désigner le même phénomène.

Peut-on définir plus précisément ces deux notions ?

*tere*, force innée de la personnalité, agit indépendamment de la volonté de son porteur ; il ne s'agit pas d'une force maligne, puisqu'il y a un « bon *tere* » et un « mauvais *tere* ». Mais la hantise du mal fait qu'on s'intéresse davantage au « mauvais *tere* ». Le *tere* se manifeste

aussi bien chez l'homme que chez la femme, de même que chez l'animal, où il est soit individuel soit spécifique.

*nyama* apparaît comme une force agressive, vengeresse, libérée par un être ou un objet, vivant ou mort ; il y a même des paroles chargées de *nyama*, *kuma nyamamaw*, et c'est pourquoi n'importe qui n'est pas habilité à dire n'importe quoi n'importe où : certaines paroles prononcées par une bouche non habilitée exposent le coupable à de fâcheuses conséquences ; par ailleurs, certains facteurs peuvent conférer à la bouche une force de *nyama* : ce dernier cas se présente surtout chez les hommes de caste, *nyamakalaw*, qui suivent celui qui réussit (de *nya*, réussir, *maa*, personne, *kala*, qui suit, et *w*, pluriel), capables de punir un hôte pas assez généreux à leur égard en lui jetant un mauvais sort.

Le *nyama* de certains cadavres est particulièrement puissant, ceux qui résultent de morts tragiques (noyade, brûlure, mort en couches, meurtre), ceux des adolescents non pubères. C'est la manière de mourir qui inculque du *nyama* à un cadavre. Selon un informateur le *nyama* d'un cadavre peut provenir de l'émotion que sa vue suscite.

Les sorciers et sorcières, *subagaw*, ainsi que les féticheurs, *somadenw*, peuvent être atteints par le *nyama* de leurs victimes. Ils seront sous l'effet du *nyama* d'une personne, *maaninfinnyama* (de *maaninfin*, personne, et *nyama*, force vengeresse agressive).

En définitive, il paraît difficile, voire impossible, de faire une différence notable entre les manifestations néfastes de *tere* et de *nyama*. Pour prendre une image, on pourrait dire que *tere* apparaît comme un feu avec son rayonnement ambiant, dont *nyama* serait la chaleur. « Quoi qu'il en soit, le mauvais *tere* s'accompagne toujours d'un *nyama* destructeur » (Youssouf Tata Cissé, 1984 : 158). Ces deux notions, faisant partie des composantes de la personnalité chez le Bamanan, illustrent le fait que celui-ci vit dans une atmosphère d'insécurité permanente. Il lui faut hypostasier la cause du mal qui le guette, et l'incite à une continuelle prudence à l'égard de son prochain, des animaux et de la nature.

### Les maladies dues aux mânes des ancêtres

Il n'y a pas de rupture définitive entre le monde des vivants et celui des morts. La mort n'est qu'une phase de continuité de la vie terrestre. Les mânes des ancêtres, *fasu*, dépouille du père (de *fa*, père, et *su*, dépouille, cadavre), sont garants de la vie des vivants et entretiennent la tradition. A l'occasion, ils reçoivent des offrandes ou sacrifices de la part des vivants. Ils peuvent revenir en la personne d'un nouveau-né, et parfois on donne le nom de l'ancêtre à un enfant. Le

courroux des ancêtres peut entraîner maladies, voire mort et calamités.

La maladie d'un nourrisson peut s'expliquer par le fait que l'ancêtre dont il a reçu le nom est mécontent. On dit que l'enfant a refusé son nom. Pour le traiter il faut le rebaptiser.

Les maladies dues aux mânes des ancêtres sont appelées *suminè*, prise de mort (de *su*, mort, et *minè*, prise) ; le malade est sous l'emprise de la colère des ancêtres. Elles se traduisent parfois par une agitation du malade avec délire ou par de vives céphalées pouvant entraîner la mort (on dit alors que les ancêtres ont fracassé le crâne du malade).

### Les maladies dues aux génies, *jinèbana*

Ces affections sont mises au compte des *jinè*, êtres invisibles cohabitant ou non avec les humains chez qui ils peuvent entraîner des maladies. Ils sont en effet classés en *kungofènw*, les choses de la brousse (de *kungo*, brousse; et *fènw*, choses), esprits sauvages de la brousse, d'une part, et *sigifènw*, les choses qui s'assoient (de *sigi*, s'asseoir, s'installer, et *fènw*, choses), qui cohabitent avec les humains, d'autre part. Certains de ces *sigifènw* peuvent avoir une importance particulière liée au rôle de protecteurs de la communauté qui leur est attribué. Ils fréquentent des lieux (forêt, marigot, etc) qui deviennent alors objets de cultes rituels en leur honneur.

La plupart des troubles mentaux sont classés dans cette catégorie, ce qui a un intérêt diagnostique et thérapeutique. En ce qui concerne le diagnostic, cette classification permet d'éviter le mot *fa*, folie, susceptible de désigner tout trouble mental (à ce mot est défavorablement sensible l'entourage du malade), et d'imputer la responsabilité du mal à des forces surnaturelles que les humains ne maîtrisent pas. En ce qui concerne la thérapeutique, cette classification autorise une prise en charge par des procédés parfois magico-rituels : *jinèdòn*, la danse des *jinè* (de *jinè*, génies, et *dòn*, danse).

*marà* est aussi considéré comme *jinèbana*. En effet, lorsqu'il y a rapport sexuel entre un homme et une femme en brousse, un *jinècè*, esprit surnaturel mâle, veille sur la place où a couché la femme, et vise toute personne qui passera par là ; cette victime est alors atteinte de *marà*.

Certaines maladies ou troubles congénitaux, *danyebana*, maladie avec laquelle on est né (de *da*, créer, *n ye*, avec, et *bana*, maladie), sont d'origine liée au *jinè*. Un *jinècè*, *jinè* mâle, peut avoir des relations sexuelles avec une femme, qui en rêvera pendant son sommeil, et cet accouplement donnera naissance aux monstres appelés *jinèmayèlèma*, génies transformés. Dans certains cas, le *jinècè*, *jinè* mâle, s'oppose à toute relation de la femme avec un homme (qu'il peut tuer),

ou bien fait mourir tous les enfants qui en sont issus. De même une *jinèmuso*, *jinè* femelle, peut être liée à un homme, avec le risque de mort répétée des épouses de celui-ci.

### Les maladies transmissibles

Elles sont appelées *bana yèlèmataw* (de *bana*, maladie, *yèlèma*, transmettre, changer, *taw*, qui subissent l'effet), quel que soit le mode de transmission. Elles se rangent dans les trois catégories suivantes :

1) *finyèbana*, maladie du vent (de *finyè*, vent, air, et *bana*, maladie), désigne généralement une maladie infectieuse à caractère épidémique comme : *nyònin*, le petit mil (de *nyò*, mil, et *nin*, diminutif), nom ordinaire de la rougeole ; *keteketenin* ou *ketekete*, onomatopée évoquant le son émis par le malade au cours des quintes de toux et le cri plaintif, caractéristiques de la maladie, désigne une maladie apparentée à la coqueluche ; *kapasajabana*, la maladie qui raidit le cou (de *kan*, cou, *pasa*, nerf, tendon, *ja*, sec, et *bana*, maladie), correspond à toutes les pathologies qui se traduisent par une raideur du cou, entre autres les méningites ; toutes ces maladies se transmettent par le contact du malade ou par l'intermédiaire du vent ou des mouches ;

2) est aussi *bana yèlèmata* une maladie héréditaire, *siyafèbana* (de *siya*, lignée, espèce, race, *fè*, par, et *bana*, maladie), ou sexuellement transmissible ;

3) d'autres modes de transmission sont évoqués à propos de certaines pathologies ; par exemple :

— *gankekòndimi*, dysménorrhée (le terme est aussi employé pour désigner, de manière voilée, la stérilité), se transmet par l'intermédiaire de l'éponge *fu*, fibre, faite de fibres de palme de rônier, dont se servent les femmes à leur bain ; la même maladie peut se transmettre à toute femme qui aurait salué une malade en crise douloureuse ; mais les informateurs sont d'un avis partagé quant au rôle de l'homme dans la transmission de la maladie entre les femmes ;

— *kilikilimasan*, nom de l'épilepsie, qui est, pour certains informateurs, hautement transmissible par le contact de la salive du malade en crise, tandis que pour d'autres elle ne l'est pas, pour la simple raison qu'on trouve très exceptionnellement deux malades de cette même maladie dans une même concession ;

— à propos de *banaba*, la lèpre, certains informateurs affirment sa transmission, attestée par le fait que tous les enfants d'une même mère lépreuse ne meurent jamais sans avoir souffert de la maladie, et cela à cause du contact permanent avec leur mère.

## Conclusion

Il est évident que le résultat de l'action médicale dépend de la qualité de la communication entre soignant et soigné. Il est aussi vrai que le discours du praticien n'est pas celui de son patient. Le problème est d'autant plus aigu que langue et culture ne seront pas communes aux intéressés et à l'usage de la médecine moderne. Ainsi, dans les pays africains, et au Mali en particulier, il est indéniable que des obstacles socio-culturels compromettent les résultats de l'action médicale. L'échec de nombre de programmes de développement sanitaire leur est imputable. Dans la pratique quotidienne, l'agent de santé et son patient se trouvent dans une alternance symbolique.

Une étude linguistique s'impose en ce domaine moins pour établir une taxinomie, entreprise impossible, que pour appréhender les représentations culturelles de la maladie à travers le vocabulaire. Un tel travail doit, pour atteindre son objectif, être effectué en tenant compte des exigences de la linguistique appliquée et de la spécialité médicale, dans la conscience que la réalité sociale est condition et but de l'acte médical.

## RÉFÉRENCES

- AUGÉ M., HERZLICH C. (dir.) (1984) : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 1984.
- BRUNET-JAILLY J. (1990) : *Langues et développement, en général et dans le domaine de la santé*, ORSTOM, Bamako, 1990, 25 p.
- CISSÉ Y.T. (1984) : *La notion de personne en Afrique Noire*, Colloques internationaux du C.N.R.S., Editions du C.N.R.S., Paris, 1984.
- DIAKITÉ D. (1989) : *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Bélédougou*, thèse de médecine, Bamako, 1989, 253 p.
- DIAKITÉ D. (1990) : « Tere », « nyama » et santé humaine chez les Bambara du Bélédougou, Bamako, 1990, 13 p. (repro.).
- DIETERLEN G. (1988) : *Essai sur la religion bambara*, Bruxelles, 1988, 240 p. (première édition : Paris, P.U.F., 1951).
- KONÉ N. (1981) : *Plantes médicinales du cercle de Kolokani*, thèse de pharmacie, Bamako, 1981, 202 p.
- SINDZINGRE N. (1984) : *La nécessité du sens, l'expérience de l'infortune chez les Senoufo*, in : AUGÉ M., HERZLICH C. (dir.) : *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 1984.
- TRAORÉ M.L. (1979) : *Géomancie bambara*, thèse de 3<sup>e</sup> cycle, Université de Paris IV, 1979.
- ZEMPLÉNI A. (1986) : « La "maladie" et ses "causes" », in : Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, *L'ethnographie*, tome LXXXI, Paris, 1986, 217 p.

## Qu'est-ce que « mara » ? Une approche ethnomédicale au Bèlèdougou

par Ruth SCHUMACHER

Toute consultation en matière de santé auprès d'un spécialiste, qu'il soit « moderne » ou « traditionnel », est motivée par une souffrance ou une maladie, dont chacun, malade, médecin, agent de santé et guérisseur, a sa propre conception. Dans ce chapitre nous voudrions introduire à une meilleure compréhension des conceptions de la maladie chez les Bambara du Bèlèdougou (Mali). Dans ce but, la complexité d'une entité nosographique, en l'occurrence *mara*, sera démontrée par une approche ethnomédicale et interdisciplinaire (1). On présentera donc les signes et représentations associés à cette maladie (*bona*) par la population et les guérisseurs, pour ensuite les confronter à l'interprétation de la biomédecine.

Les recherches qui sont à la base de cette étude s'appuient sur des informations recueillies pendant plusieurs séjours au Mali, dont un de six mois en 1989-90. Pendant ce long séjour, j'ai essentiellement vécu dans un village bambara d'environ 400 habitants, Wani, situé dans le Bèlèdougou à 37 km à l'ouest de Kolokani, chef-lieu de cercle (voir carte p. 73). Le séjour prolongé dans ce village m'a permis de participer à la vie quotidienne des villageois, et également de rayonner dans les villages alentour. Un deuxième village bambara, Saabugu, à 44 km à l'est de Kolokani a été choisi dans un but d'étude comparative. Mais le séjour dans ce deuxième village, et entre-temps à Kolokani, fut beaucoup moins important et les liens avec la population bien moins intenses.

(1) Cette approche reflète en grande partie l'enseignement des Professeurs Diesfeld (1989) et Sich (1988) à l'Université de Heidelberg, où le sujet présenté ici fait partie d'une thèse de doctorat.

La méthode employée était de type qualitatif. Lorsqu'on vise une meilleure compréhension des systèmes de pensée et l'interprétation des phénomènes et concepts socio-culturels tels que les gens les perçoivent eux-mêmes (2), il est important d'éviter d'imposer le raisonnement de sa propre société. En conséquence, des concepts biomédicaux, tel celui d'onchocercose, ne pouvaient constituer le point de départ de cette étude. C'est pour cette raison qu'un terme propre à la culture bambara, *mara*, est mis en avant, et que les expériences d'une malade de *mara* servent d'introduction à la problématique. Maints concepts n'ayant pas de véritable équivalent en français ont dû être exprimés en bambara, seule langue parlée par la plupart des interlocuteurs.

En pratique, les recherches sur le terrain comprenaient essentiellement des enquêtes ouvertes, d'abord à l'aide d'une fiche d'orientation, puis principalement sous forme d'entretiens, menés en bambara, et enregistrés sur cassette. Ces enquêtes-entretiens visaient à encourager les interlocuteurs à présenter librement leur point de vue au sujet de *mara*. Dans ce but, les questions fermées furent évitées, et la première question posée correspondait au titre de ce chapitre : qu'est-ce que *mara* ?

Sur une trentaine d'enquêtes approfondies, environ la moitié fut effectuée à l'ouest de Kolokani, l'autre moitié à l'est de cette ville. Les informateurs ont été choisis par rapport aux indications des villageois : tous ceux supposés « connaître » et « savoir dire » quelque chose sur *mara* ont été interrogés, c'est-à-dire aussi bien des malades de *mara*, des vieux « savants » que des « guérisseurs spécialistes de *mara* ».

Aux données ainsi recueillies s'ajoutent les informations reçues au cours de multiples discussions informelles et les nombreuses observations et expériences faites, au cours du séjour dans le village, sur le comportement des villageois en matière de santé.

## 1. Mme C., un cas de *mara* à l'hôpital du Point G de Bamako

Mme C., âgée de 39 ans, est originaire de Ségou où elle réside ; elle est mère de sept enfants. Pour des douleurs abdominales diffuses, elle est envoyée début 1991 à l'hôpital du Point G, où je fais sa connaissance à la fin de sa deuxième semaine d'hospitalisation dans un des services de médecine. Mme C. est une femme aimable, plutôt simple

(2) Soit l'approche « émique », en opposition à l'approche « étique » ou analytique, qui applique les catégories de l'observateur (anglais : emic/etic) ; ces termes de l'ethnoscience ont été introduits en anthropologie médicale par Fabrega (1971).

et qui ne parle que quelques mots de français, appris pendant six années d'études à l'école. Dans le service, elle bouge très peu de son lit, et semble un peu déconcertée par le fonctionnement de l'hôpital.

Lorsque je lui explique, la première fois, que je m'intéresse à sa maladie, sans que mes visites aient un caractère médical, mais plutôt amical, Mme C. me reçoit avec une certaine méfiance. Cependant, dès ma deuxième visite, elle m'attend avec un grand sourire en me demandant, pourquoi j'ai « tant duré ». Elle semble contente de pouvoir parler avec quelqu'un qui n'est venu que pour l'écouter. En ce qui concerne sa maladie, la patiente elle-même raconte (3) : « Ça a commencé par la tête. La tête, qui me fait très mal. Ça a commencé il y a dix ans. J'ai essayé toutes sortes de traitements [*fura*], mais ça n'a pu le calmer. J'ai fait un traitement bambara. Cela a calmé [mon mal] un peu. [...] J'ai fait bouillir le remède pour me laver avec, pour en boire un peu et pour faire des inhalations. Au moment même où je suis partie [consulter un guérisseur], ma tête était en train de se transformer. Des choses méchantes venaient sous mes yeux, des *wòkulòw* (4). Ça n'a pas arrêté. Quand je vais me coucher, j'ai peur (5). Parfois je vois seulement la tête de quelqu'un. Parfois, des personnes qui sont mortes, je les vois. Parfois, quelqu'un avec un couteau ou quelqu'un avec un chapelet, ils viennent s'asseoir auprès de moi. Même quand je suis couchée pour dormir, j'ai peur, mon corps tremble. [...] Oui, je fais des cauchemars. Parfois, mon esprit s'embrouille (6). Même si quelqu'un parle, c'est incompréhensible (7). »

Puis, elle raconte comment, après l'échec du premier traitement, elle en a cherché un autre : « J'ai pris d'autres remèdes bambara, je suis allée chez un autre guérisseur (8), on a dit qu'il peut traiter *mara*. J'ai demandé comment la maladie m'a prise. Il a dit que c'est *mara*. Il m'a donné quelques remèdes, mais ça n'a pas pu calmer la maladie. Dans mon corps, quelque chose de vivant se promène et enfle (9). Ça se promène dans mon corps, partout dans le corps. Souvent, ma tête me fait

(3) En traduisant les enregistrements des entretiens du bambara au français, j'ai essayé dans la mesure du possible de rester proche du langage parlé de Mme C. et des autres informateurs. Néanmoins, toute traduction de concepts complexes tel que *fa* ou *jabò* par des expressions françaises comme « folie » et « avoir peur », qui ont d'autres significations et connotations socio-culturelles, ne peut qu'être infidèle au sens initial. Pour une meilleure lisibilité, j'ai quand même utilisé les termes français, en indiquant le plus souvent l'expression d'origine en bambara dans une note.

(4) Un *wòkulò* est sorte de *jinè*, esprit de la brousse.

(5) *Ne ja bè tigè*.

(6) *Ne bakili bè fereke*.

(7) *Hali ni mògò wèrè bè ka kuma i fè, o bè tèmèn i kan*.

(8) ici : *furakèla* ; au sens propre « celui qui fait un remède ».

(9) *Fèn nyènama bè taama ka kurukuru*. *Fèn* : chose ; *nyènama* : vivant, animé ; *kurukuru* : enfler, friser, faire des grumeaux ; « quand ça enfle, ça fait des petits boutons comme si une fourmi t'avait mordu ».

mal. Elle s'alourdit (10). Quand je prends un remède, ça se calme ; mais après un certain temps, ça recommence. Je suis arrivée à Ségou. C'est de là que je viens. Mon cousin y est médecin lui-même. Il m'a demandé de venir. Ils m'ont donné des ordonnances. Après avoir acheté tous ces médicaments, ce n'était pas fini avec la maladie (11). Mais ça s'est amélioré. Quand j'ai pris les médicaments, ça a atténué un peu les maux de tête (12). Ils ont dit que c'était du « palu[disme] chronique ». Ah, je suis allée chez beaucoup de *dôgôtòròw*. D'abord chez un infirmier, puis, quand ça s'est aggravé, chez des médecins (13) ».

Concernant la question sur la manière dont on peut attraper *mara* (14) : « Les guérisseurs noirs disent : Si le *sayi* (15) mûrit, il se transforme en *mara*. Il entre dans le sang et change pour devenir le *mara* ». A-t-elle eu elle-même le *sayi* ? Elle répond qu'elle a déjà eu le paludisme, que les maux de tête sont en effet antérieurs à l'arrivée de *mara*.

Puis elle décrit l'aggravation de sa maladie, qui l'a amenée à consulter le guérisseur Yusu : « Ça s'est trop aggravé. Ça s'est aggravé jusqu'à ce que ça entre dans tous les côtés de mon corps. La chose vivante se promène partout dans mon corps jusqu'à ce que ça brouille mon esprit (16). Je ne savais même pas encore dans quel état j'étais. Je suis allée chez des guérisseurs. Ils disent que c'est *mara*. Ils disent que ça peut entraîner la folie (17) chez l'être humain. Ils m'ont fait un traitement ; celui-là était bon. Malgré ça, en étant couchée, j'ai eu peur et je me suis levée précipitamment (18). Je suis allée dans [la région du] Macina — c'était un guérisseur bambara. J'ai passé deux mois chez lui. Son nom est d'une grande renommée. Il s'appelle Yusu. C'est un grand guérisseur. Et ses *jinèw* (19) [lui ?] parlent. Lui-même, il m'a fait des remèdes, mais ça n'a pas complètement pu guérir [la maladie]. Mais

(10) *A bè girinya*.

(11) *Bana ma se ka ban*. Pour dire aussi que ça ne peut pas être guéri.

(12) *A tun bè dòbò kunkolodimi na*.

(13) Le terme bambara *dôgôtòrò* désigne tout représentant de la médecine moderne : médecin, infirmier, aide-soignant, pharmacien. La distinction faite ci-dessus par Mme C. répond à une demande de précision de ma part.

(14) *Mara bè sòrò cogo di ?*

(15) Le terme bambara *sayi* se traduit généralement par « jaunisse », mais regroupe en réalité un champ de significations plus vaste incluant non seulement un changement de la couleur des yeux, mais également la fatigue et la pâleur. Cette diversité sémantique s'exprime aussi dans l'existence d'une distinction terminologique de plusieurs types : *sayi bilen* [la couleur rouge prédomine], *sayi jè* [blanc], *sayi nèrèman* [jaune, couleur du nèrè] (voir aussi Diakitè, 1989 :206-209).

(16) ...*ka ne bakili nyagami*. *Hakili* : esprit, mémoire, intelligence, opinion, sagesse,... ; *nyagami* : mélanger, brouiller.

(17) *fa*.

(18) *Halisa, n dalen tun bè, n ja tigèra, n girinma ka wuli*.

(19) Esprits de la brousse. Mais, en ce qui concerne *mara*, Mme C. dit qu'elle ne croit pas que les *jinèw* sont la/une cause de la maladie.

à l'époque où j'y suis allée, c'était très grave. Et c'est son traitement qui a amélioré [mon état] ».

A la fin de notre deuxième rencontre, Mme C. me montre les ordonnances qu'elle a reçues lors de ses consultations chez les *dògòtòròw* (un infirmier et trois médecins) au cours des 15 derniers mois. Les médicaments prescrits couvrent un large spectre incluant entre autres antibiotiques, antalgiques, corticoïdes, vitamines et de nombreux médicaments psychotropes. Au total, les frais engagés par Mme C. pour payer ces ordonnances s'élèvent à 88 848 francs CFA (20). Mme C. se plaint d'avoir épuisé tous les moyens pour traiter sa maladie, mais sans être guérie.

Mme C. a été envoyée début 1991 au Point G. Une présentation détaillée de son hospitalisation dans un service de médecine dépasserait le cadre de cet exposé. Néanmoins, certains aspects méritent que l'on s'y attache, puisqu'ils semblent pathognomoniques pour l'approche par notre médecine académique d'une malade atteinte d'un syndrome aussi peu précis.

Les trois semaines d'hospitalisation de Mme C. se sont déroulées de manière tout à fait habituelle : à l'examen clinique on note une asthénie, mais aucun signe grave n'est révélé, de même que le *snip* (21) pour dépister l'onchocercose restera négatif. Suivent alors de nombreux examens complémentaires, y compris une fibroscopie et le dépistage du SIDA. Ces tests ne révèlent pas non plus de pathologie biomédicale susceptible d'être tenue pour responsable des troubles de la patiente. Les multiples hypothèses diagnostiques avancées qui vont des pathologies gastro-intestinales comme une tumeur colique aux infections bactériennes, parasitologiques ou virales s'avèrent toutes injustifiées. Cependant, la malade, ayant 39 de fièvre depuis une semaine, ne peut être renvoyée chez elle.

C'est au cours de la troisième semaine d'hospitalisation que la malade commence à s'impatienter. Elle se plaint auprès de moi qu'on ne vient pas la voir. Se sentant en somme plus fatiguée qu'avant, et pas du tout en voie de guérison, elle voudrait rentrer chez elle. Comme elle a entendu des médecins que sa maladie ne pouvait pas être *mara* (dans le sens d'onchocercose), Mme C. commence à me questionner : « Qu'est-ce que j'ai alors ? Est-ce que ce n'est pas *mara* ? » Elle soupçonne les médecins de ne pas vouloir lui donner les médicaments susceptibles de guérir sa maladie. Puis, l'air résigné, mais ne voulant pas

(20) 1 Franc CFA équivaut à 0,02 Franc français ; la somme indiquée équivaut alors à 1776,96 FF. Même sans connaître les moyens financiers dont dispose la famille, la somme est impressionnante pour un pays où le PNB par habitant ne dépasse pas 150 US dollars, soit environ 885 FF de 1985 (UNICEF 1989), et où il n'y pas d'assurance-maladie.

(21) *mara* est habituellement traduit par « onchocercose », dont l'hypothèse diagnostique peut être confirmée par une biopsie cutanée exsangue, le « *snip* » (voir plus bas, section 3).

laisser échapper une chance éventuelle, elle me demande, si je n'ai pas « le » médicament ou si, le cas échéant, je ne pouvais pas lui apporter des vitamines pour grossir (22).

A ce stade, les médecins décident en dernier recours de faire examiner la patiente par un psychiatre. Celui-ci constate qu'elle est « centrée sur la maladie ». Alors qu'il le propose, la patiente ne veut pas être envoyée en psychiatrie. Le psychiatre diagnostique finalement un syndrome dépressif et lui prescrit une thérapie à base de tranxène (23). Mme C. ayant eu déjà dix grossesses, il signale qu'il serait utile d'aborder la question de la contraception.

Finalement, la fièvre redescend en-dessous de 38 et Mme C. retourne chez elle, trois semaines exactement après son entrée dans le service. Bien qu'elle ne se sente pas soulagée, ni dans ses douleurs, ni dans ses malaises, Mme C. est contente de pouvoir quitter l'hôpital et revoir ses enfants. Les médecins lui attribuent comme diagnostic de sortie : « troubles psychiques ».

Le résumé du cas de Mme C. se présente pour moi surtout sous forme de questions :

1. Pourquoi envoie-t-on Mme C. à l'hôpital du Point G ?
2. De quoi est-elle malade ?
3. Pouvait-on mieux aider Mme C. ?

Pourquoi envoie-t-on Mme C. à l'hôpital du Point G ?

D'abord, certainement, parce qu'elle se sent gravement malade : depuis une dizaine d'années déjà, elle souffre d'une multiplicité de symptômes accompagnés d'une perte de poids notable. Les nombreux guérisseurs et médecins jusque-là consultés n'ont pas pu la guérir. On peut soupçonner que son cousin médecin a décidé de l'envoyer alors au Point G., la médecine moderne étant considérée comme dernier recours. Cet hôpital représente en effet le « temple » du savoir biomédical au Mali, et permet, parmi les services médicaux du pays, de faire le plus d'examen complémentaires.

De quoi est-elle malade ?

Cette question s'est posée dès son arrivée dans le service. On soumet alors Mme C. à de multiples examens cliniques, techniques et chimiques, sans pour autant pouvoir lui trouver une pathologie qui expliquerait ses troubles. Alors, est-elle vraiment malade ? L'opinion officieuse qui circule du côté des médecins et infirmiers commence

(22) Les comprimés de vitamines, comme les corticoïdes, sont très populaires chez les Maliens en tant que produits favorisant la prise de poids. Pour la majorité de la population, la grosse femme représente l'opulence et la beauté.

(23) Chlorazépate (un anxiolytique du groupe des benzodiazépines).

à se faire dubitative : « On ne trouve rien ! » Dans l'obligation de donner un diagnostic de sortie, ils lui attribueront finalement des « troubles psychiques ».

Le savoir médical ou les moyens diagnostiques (réactifs, appareils, etc., disponibles) ne suffisaient-ils donc pas pour faire le diagnostic de la maladie de Mme C. ? S'agit-il là d'un problème de performance ? Ne doit-on pas plutôt considérer que les médecins ne trouvent pas de nom pour les souffrances de Mme C. parce que ses troubles se situent en dehors du champ nosographique de la biomédecine ?

Mme C., quant à elle, avait un nom pour ses troubles en arrivant à l'hôpital : *mara*, diagnostic des guérisseurs et aussi de sa famille. Le problème du cas de Mme C. vient du fait qu'un diagnostic « traditionnel » n'a de sens pour les médecins « modernes » que s'il figure avec sa traduction dans leurs schémas classificatoires, condition que ne remplit pas le *mara* de Mme C. Le diagnostic de *mara* n'est-il donc qu'une source de confusion générale ? N'a-t-il pas au contraire en tant que concept « traditionnel » une valeur diagnostique et/ou thérapeutique qui devrait aussi intéresser notre médecine « moderne » ?

Pouvait-on mieux aider Mme C. ?

Mme C. sort de l'hôpital sans véritable diagnostic et ne se sent pas soulagée de ses douleurs et malaises, elle est même plutôt découragée. N'aurait-on pas pu mieux aider Mme C. en ne démentant pas son diagnostic de *mara* ?

Un diagnostic est plus qu'un simple mot, il dénomme et classe un état de souffrance en tant que maladie. Il en fait à ce moment-là une réalité commune au malade, à son entourage et au médecin. Le diagnostic est à la base de l'interaction malade-spécialiste (médecin aussi bien que guérisseur), et un véritable traitement ne peut être envisagé sans lui. La réalité des souffrances de Mme C., non seulement aux yeux des guérisseurs mais aussi dans son milieu quotidien, s'articule autour du diagnostic de *mara*. Il me semble alors que rechercher une meilleure compréhension de cette réalité pourrait être une approche valable pour mieux aider la patiente, sans avoir la prétention d'apporter de « recette » définitive. C'est dans ce but qu'on abordera le problème par la question : qu'est-ce que *mara* ?

## 2. *Mara ye mun ye* ? Qu'est-ce que *mara* ?

La première réponse à apporter est certainement celle reçue lors des enquêtes : *bana don* (c'est une maladie). Il faut remarquer ici que, selon mes recherches, la distinction entre « symptôme » et « maladie » n'existe pas comme telle dans le système de pensée des Bambara. Le

mot *bana* (maladie, affection) est employé de manière indifférente tant pour le *kòndòdimi* (mal de ventre) ou les *kuruw* (boutons, kystes, nœuds), qui représentent des « symptômes » pour la biomédecine, que pour des affections plus complexes tels que *mara* ou *sayi* (24).

En ce qui concerne le concept de « maladie », l'anthropologie médicale américaine différencie l'événement maladie (ou « sickness ») en deux aspects : « disease » et « illness » (25). Par « disease » on entend l'altération des organes par la maladie et les symptômes qui en découlent, suivant le modèle biomédical ; le terme « illness », par contre, comprend la perception et l'expérience de la maladie au niveau psychosocial par le malade. « Illness » est alors dans ce sens la réponse culturelle, sociale et personnelle du malade à son « disease ».

Ici, nous aborderons *mara* du point de vue maladie/illness, c'est-à-dire du point de vue de l'attitude, des expériences et des représentations de la population, enracinées dans le système de la médecine traditionnelle (26). L'approche ethnomédicale de *mara* représentant un champ d'investigation extrêmement vaste, plusieurs aspects de la maladie/illness *mara* ont été éliminés d'emblée de ce chapitre, bien qu'ils aient fait partie de mes recherches, tels les croyances étiologiques, les itinéraires thérapeutiques et l'inventaire des différents traitements des guérisseurs ainsi que le rôle du malade de *mara* dans sa communauté (27). Nous allons donc essentiellement nous concentrer sur les « signes » de *mara* tels qu'ils ont été avancés par les informateurs, et dont seulement quelques-uns seront traités plus en profondeur.

## 2.1 *A bè dòn cogo di ko mara bè karisa la ? Comment reconnaît-on que quelqu'un souffre de mara ?*

Le tableau 1 reprend les signes (28) de *mara* selon Mme C., avec lesquels elle essaie de nous expliquer de quoi elle souffre. Si on lui demande de quelle maladie il s'agit, elle répond — au moins au début

(24) jaunisse, pâleur, fatigue, ... (Voir note 15 ci-dessus).

(25) Genest (1978) les traduit en français par « affection » (pour illness) et « maladie » (pour disease). Comme ces catégories ne sont pas couramment utilisées dans l'anthropologie médicale française, j'ai en général préféré employer les termes anglais.

(26) « Médecine traditionnelle » doit ici être comprise au sens d'un système culturel et dynamique, car soumis à de multiples influences extérieures.

(27) A cet égard, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à notre thèse (à paraître en 1993).

(28) Le terme « signe » est ici utilisé dans le sens large de la sémiologie et peut aussi prendre la signification de « symbole ». On pourrait employer le mot *taamashyèn* en bambara : « signe distinctif », « repère ». Ni « signe », tel que l'on utilise ici, ni *taamashyèn* ne correspondent tout à fait aux significations biomédicales de « symptôme ». En pratique, pour relever les « signes » de *mara* indiqués dans ce chapitre, j'ai tout d'abord laissé parler les gens, puis je leur ai posé la question : « comment reconnaît-on qu'un tel a *mara* ? »

de son hospitalisation — que c'est *mara*, le diagnostic des guérisseurs. Et, en effet, la plupart des « signes » décrits par Mme C. font partie du corpus de ceux recueillis au cours des entretiens dans le Bèlèdougou (cf. tableau 2, p. 64).

Tableau 1  
« Signes » de *mara* selon Mme C.  
(dans l'ordre de dénomination)

EN BAMBARA	EN FRANÇAIS
— <i>kunkolodimi</i>	maux de tête
— <i>kunkolo bè girinya</i>	la tête s'alourdit
— <i>kunkolo bè yèlèma</i>	devenir fou ; littéralement : la tête change / se transforme
— <i>fèn juguw bè na a nyè kòrò</i> ( <i>wòkulòw</i> )	des choses méchantes viennent sous ses yeux (esprits de la brousse)
— <i>ja bè tigè</i>	avoir peur ; litt. : couper quelqu'un de son <i>ja</i> (ombre, double, esprit)
— <i>mògò minw sara, a bè</i> <i>olu ye. A bè murutigi ani</i> <i>kòlòsitigi ye.</i>	elle voit des personnes mortes elle voit quelqu'un avec un couteau et quelqu'un avec un chapelet
— <i>a tè se ka sunògò</i>	elle ne peut pas dormir
— <i>fari bè yèrèyèrè</i>	le corps tremble
— <i>sogo jugu</i>	cauchemar
— <i>fa (« olu ko a bè se ka fa</i> <i>don mògò la »)</i>	folie (ils disent que ça peut entraîner la folie chez les humains »)
— <i>bakili bè fereke ;</i> <i>k'a bakili nyagami</i>	l'esprit se brouille
— <i>farisogo kòndò fèn nyènama</i> <i>bè taama ka kurukuru</i>	dans la chair du corps quelque chose de vivant se promène et enfle
— <i>sègèn</i>	fatigue

Les « maux de tête » de *mara*

La plupart des malades de *mara* se plaignent de « maux de tête », *kunkolodimi* (29). Mme C. semble attribuer à ce « signe » une

(29) *kunkolo* : tête ; *dimi* : douleur, mal.

importance particulière : non seulement elle le cite plusieurs fois, mais surtout elle précise qu'il est à l'origine de sa maladie. Pendant mes recherches, plusieurs jeunes (non guérisseurs, non spécialistes) avaient associé de manière spontanée les « maux de tête » à *mara*, quand je les avais interrogés.

Sur la nature de ses maux de tête, Mme C. nous indique d'abord l'intensité de la douleur, puis la sensation que la tête « s'alourdit ». On ne sait pas ce qui produit cet alourdissement : des soucis (l'expression bambara « penser trop » (30), c'est-à-dire avoir des soucis, indiquant souvent un début de maladie) ? les cauchemars et visions, dont elle nous parle plus tard ?

La notion de « maux de tête » peut également être exprimée en bambara par d'autres termes moins fréquents, tels que *kunmabin* et *wulèkunkolodimi*, qui sont souvent utilisés en tant que « sous-catégories », lorsque le *kunkolodimi* s'oriente plus vers le front. On croit que le mal peut descendre dans ou vers les yeux, et les « abîmer » (31). Ce mouvement passe par la voie de *fasa*, catégorie représentant en même temps nerfs, tendons et muscles. Le même mouvement que celui qui va vers l'avant de la tête peut également se faire vers l'arrière : dans la nuque et vers le dos, y transférant le mal ou la douleur.

### Une « triade » de signes

L'idée que des douleurs ou affections se répandent dans le corps « en montant » ou « en descendant » par l'intermédiaire de voies préconçues est fréquente. C'est ainsi que l'on s'explique aussi l'association des « maux de tête », *kunkolodimi*, avec les concepts de *kôja* et *-kônôja*. La traduction directe de ces deux derniers termes — « dos sec » et « ventre sec » —, qui sont apparentés, ne peut que donner une idée du modèle d'explication des Bambara pour cette affection de style « triade ». Elle implique, outre les « maux de tête », des notions comme « constipation », « maux de ventre » et « maux de dos », qui sont dans la pensée des Bambara d'une indissociabilité étrangère au système de pensée biomédical. Aussi la fréquence avec laquelle une « constipation » se déclare est-elle frappante. Pourrait-on s'expliquer ce phénomène par

(30) *a bè mîri kojugu* : il/elle pense trop.

(31) Citons un des informateurs, un vieux guérisseur-devin-féticheur, malade de *mara* : *Mara — aa, bana don. a bè jutigè kunkolo la, ko wulèkunkolodimi wala kunmabin. a bè jigîn i nyè na. n'a jigînna i nyè na, a bè kè sababu ye ka nyèw tinyè.* « *Mara* — ah, c'est une /maladie/affection. Elle commence dans la tête, on dirait du *wulèkunkolodimi* ou du *kunmabin*. Elle descend dans ton oeil ; c'est la raison pour laquelle les yeux finissent par s'abîmer. »

ce que Heller (1989) appelle « l'anatomie affective » (32) relative au contexte socio-culturel, qui attribuerait dans ce cas précis une plus grande importance à la digestion ?

*Pourquoi le malade de mara n'arrive-t-il pas à dormir ?*

Selon plusieurs informateurs, les « maux de tête » empêchent le malade de dormir, parfois même de travailler, ce qui pour les paysans bambara indique le degré de gravité de la maladie. Mme C. nous raconte ainsi qu'elle n'arrive pas à dormir ; mais elle relie ce phénomène à d'autres troubles : *Ne kunkolo tun bè nyini ka yèlèma. Fèn juguw de tun bè na ne nyè kòrò : wòkulòw. A ma ban kosèbè. Ni ne ye n da, ne ja bè tigè.* « Ma tête était sur le point de se transformer. Des choses méchantes venaient sous mes yeux : des *wòkulòw* [sorte d'esprits de la brousse]. Ça n'a pas arrêté. Quand je vais me coucher, j'ai peur. »

Sa tête commence à se transformer, elle a de multiples visions « méchantes » : d'abord les *wòkulòw*, plus tard elle nous parle d'apparitions de morts et de personnes l'agressant, et elle a des cauchemars. Avec de telles visions, il est facilement compréhensible qu'elle ne puisse pas dormir. Sont-elles aussi la (ou une) raison pour laquelle « sa tête se transforme » ? Il faut savoir que les expressions « la tête change » et « l'esprit se brouille » (33) ont aussi dans le système de pensée bambara la connotation d'un début de *fa*, « folie ».

Un tel signe avant-coureur se retrouve aussi dans le concept de « se lever et partir » (34) qui a toujours une connotation de précipitation. Traditionnellement, on estime que le fou se précipite pour fuir en brousse (en fait, souvent, parce qu'il est chassé du village). Pour revenir à Mme C., elle nous dit un peu plus tard : « ... j'ai eu peur et je me suis levée précipitamment » (35).

Mme C. utilise le mot même de *fa* juste avant cette phrase, mais seulement en le citant comme parole des guérisseurs. La « folie » étant assez communément reconnue comme possible suite d'une aggravation du *mara*, la crainte de Mme C. est évidente, quoique exprimée de manière indirecte.

Lors de mes entretiens dans le Bélédougou, on ne se référerait jamais qu'indirectement à la « folie » (*fa*) : jamais un « fou » en chair et en os ne m'a été indiqué. La « folie », *fa*, catégorie très complexe dans le

(32) Heller (1989) décrit comment les Tamang au Népal donnent bien plus d'importance que le médecin occidental à certains symptômes tels que les œdèmes qui sont par conséquent souvent mentionnés, tandis qu'ils ne semblent souvent même pas percevoir d'autres symptômes comme la toux qui paraissent tout à fait inquiétants au médecin.

(33) *bakili bè fereke* ou *ka bakili nyagami*.

(34) *ka wuli ka tèmèn*.

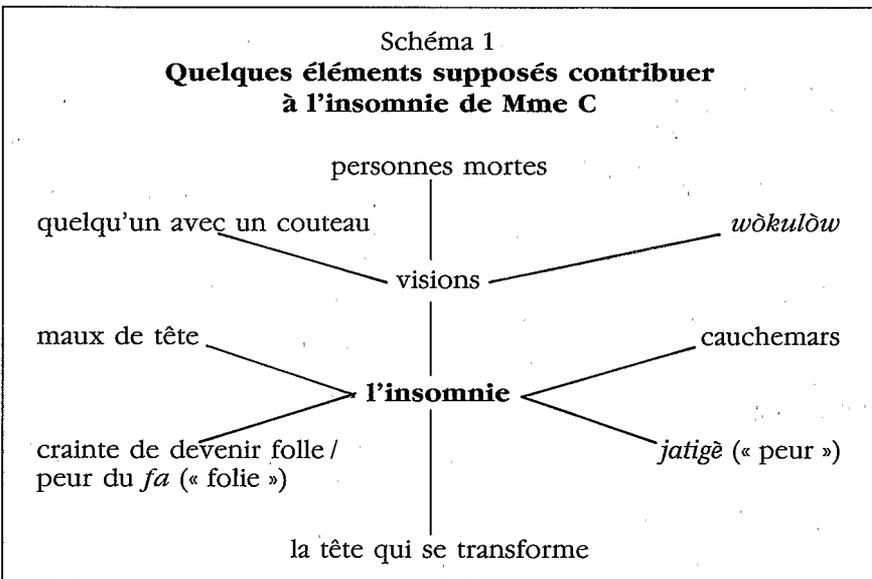
(35) *ne ja tigèra, ne girinna ka wuli*.

monde bambara, est une maladie/illness ou affection liée à un important préjudice social. La crainte de « devenir fou » contribue ainsi à classer *mara* parmi les maladies graves.

En somme, plusieurs éléments peuvent être supposés contribuer à l'insomnie de Mme C., et on les résume sous la forme du schéma 1.

### La « peur » du *mara*

Mme C. nous dit à plusieurs reprises qu'elle a peur : *ne ja bè tigè*. Et plus tard : *ne ja bè tigètigè, ne fari bè yèrèyèrè*, j'ai peur/ je suis coupée de mon *ja*, mon corps tremble. On soupçonne vite que la signification d'une telle « peur » va bien au-delà de notre catégorie « peur » : peur de tomber en vélo, peur d'une mauvaise récolte,... Ce sens du mot « peur » s'exprimerait d'ailleurs en bambara plutôt par *ka siran*.



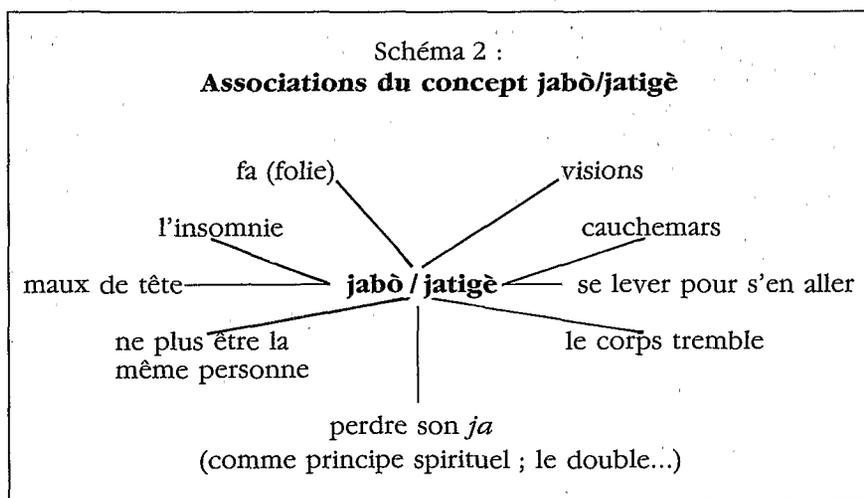
En étudiant les entretiens sous l'aspect de la « peur » de type *jabò* ou *jatigè*, j'ai constaté, d'une part, que la plupart des informateurs l'indiquent comme appartenant à *mara*, d'autre part qu'on y trouve avec une fréquence significative les associations suivantes :

- *fari bè yèrèyèrè/kurukuru* le corps tremble ; frissonner
- *fa* folie
- *a bè wuli ka tèmèn* se lever pour s'en aller

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| — <i>a tè se ka sunògò</i> | on ne peut pas dormir |
| — <i>sogo jugu</i>         | cauchemar             |
| — <i>kunkolodimi</i>       | maux de tête          |

On peut se demander à quel degré ces associations sont liées : constituent-elles un ensemble, une conception bien plus globale, impliquée dans la compréhension de *jabò/jatigè* ?

Si l'on traduit *ja bè bò* littéralement par « le *ja* sort/ quitte » [la personne], on se voit devant l'obligation de chercher une meilleure compréhension du *ja*, qui a dans le langage courant le sens d'« ombre », d'« image », mais qui a aussi une portée symbolique. Sans vouloir plonger dans la mythologie complexe des Bambara, il semble toutefois utile d'explicitier quelques idées : une notion importante est celle de la dualité de l'univers, qu'on trouve reflétée dans les principes spirituels de la personne humaine, conçue à l'image de la création (voir Dieterlen 1988). Comme les éléments complémentaires de *tere* (force, caractère, destin) et *nyama* (transformation du *tere*, lors du décès, en force néfaste), le principe spirituel *ja* serait le complément du *ni* (souffle de vie, « âme »). Selon G. Dieterlen, chaque nouveau-né reçoit les deux principes *ni* et *ja* d'un ancêtre, mais de manière inversée : le *ni* du défunt devient le *ja* de l'enfant, le *ja* étant toujours de sexe opposé à la personne. Ceci fait qu'à la naissance, chaque être humain est à la fois mâle et femelle par son *ni* et son *ja*. Selon D. Zahan (1963), le *ni* représente l'aspect inconscient de la personne, le *ja*, par opposition, les facultés conscientes de l'intellect et de la volonté.



Avec ces informations, on pourrait tenter une nouvelle interprétation de la peur de type *jabò* : quand une personne nous dit *ja bè bò* ou *ja bè tigè*, c'est qu'elle perd son *ja*, c'est-à-dire un des éléments essentiels de sa personnalité, son ombre, son double, une partie d'elle-même. Dans cette acception, cela signifierait que l'essence de sa personne n'est plus « intacte », que son « être » en tant qu'humain est mis en question. La « peur » que cette interprétation de *jabò* impliquerait doit représenter une menace existentielle pour l'individu concerné, qui perd alors toute l'assurance de sa personnalité. Ainsi, un informateur va dans ce sens : « En ayant cette peur, je n'ai plus le calme, la maîtrise de moi-même me quitte. Je ne suis alors plus la même personne ».

Arrivé à ce point de nos réflexions, il faut néanmoins remarquer que chez les Bambara, même dans les villages réputés « traditionalistes », les connaissances mythologiques ne correspondent que rarement aux différents récits des ethnologues. Par conséquent, il est difficile de juger à quel degré ces concepts jouent un rôle aujourd'hui comme base culturelle commune. Mais, même si le corpus de mythes ne semble pas influencer de manière consciente l'interprétation des « symptômes » ou des « signes » de maladie, il peut toutefois nous aider dans notre objectif d'une meilleure compréhension de ces « signes ».

### Le *marakisè*

Le *marakisè* est une concrétisation de *mara*, répandue en tant que modèle explicatif surtout chez les guérisseurs « spécialistes de *mara* ». Citons un vieux guérisseur-devin musulman :

*Fari kòndò marakisè bè taamataama k'i dimi kosèbè. Waati bè se, kisè b'i da. N'o kèra, o waati la banabagatò bè lafinyè dòdnin. Nka, n'a wulila, i fari bèè b'i dimi. A bè kògò ka taa ka seriseri mògò fan bèè fè. [...] A bè taama jolisira fè ani fasasira fè. A bè taama ka na kunkolo rò. A bè jigin mògò nyèw fè ani tòn fè. I bè dèssè tuma dòw la ka i kunkolo munumunu. O bèè mara.*

« Dans le corps, le *marakisè* se promène et te fait très mal. Parfois, le *kisè* se couche. Le malade peut à ce moment-là se reposer un peu. Mais quand ça [le *marakisè*] se lève, tout le corps te fait mal. Ça se développe et s'éparpille dans tout le corps. [...] Ça se promène par la voie du sang et par la voie des *fasaw* (muscles, nerfs, tendons). Ça arrive dans la tête. Ça descend dans les yeux et dans la nuque. Parfois, tu n'arrives pas à tourner la tête. Tout ça, c'est *mara*. »

Mme C. aussi nous raconte qu'une « chose vivante » se promène dans son corps jusqu'à « brouiller » son esprit. Sans qu'elle utilise le

mot *marakisè*, on peut supposer qu'elle veut dire la même chose. En ce qui concerne l'apparence du *marakisè*, la plupart des informateurs ne peuvent donner d'indications, car, disent-ils : « Comment peut-on voir ce qui se trouve dans le corps même ? ». Un malade de *mara* a cependant pu me le décrire car un guérisseur le lui aurait extrait lors d'un traitement : c'est d'après lui une chose blanche, aplatie, « comme des ongles ou comme un cancrelat » (36). L'extraction du *marakisè* s'explique par la croyance que ces éléments peuvent être localisés aux endroits les plus douloureux, conception qui m'a été rapportée par plusieurs guérisseurs.

Mais la caractéristique principale reste le mouvement du *marakisè*, qui semble se répandre dans le corps par les *fasaw* ou par l'intermédiaire du sang, de la même manière que d'autres douleurs ou affections. C'est dans la tête que son action fait le plus de dégâts, et selon quelques informateurs, elle joue un rôle essentiel dans la « transformation de la tête », voire dans la folie.

Nous n'avons pu ici que nous limiter à l'interprétation de quelques-uns des « signes » de *mara* en nous efforçant d'expliquer leur conception « populaire ». La liste des « signes » est pourtant bien plus longue et on aurait pu appliquer la même approche à des « signes » comme la sensation « d'impuissance sexuelle », qui a psychologiquement et socialement des conséquences graves pour le malade, ou le rôle et l'interprétation des « cauchemars », ou les significations et connotations complexes des concepts *gwalabu* (condition physique, dynamisme) et *dusumangoya* (irritabilité, mauvais caractère, susceptibilité)... La présentation des quelques « signes » choisis ne se veut pas exhaustive, mais doit plutôt être comprise comme un début dans l'assemblage d'un « puzzle » qui seul permettrait de comprendre cette maladie/illness : *mara*.

## 2.2 *Mara sifaya ka ca*, nombreuses sont les sortes de *mara*

Nous venons de considérer la diversité des associations et des connotations attachées à chaque « signe » ; mais la diversité des « signes » impliqués dans le concept de *mara* est elle aussi frappante, et inhabituelle pour un occidental. Elle l'est d'autant plus que, dans le tableau 2 (ci-après), plusieurs « signes » semblent se contredire, par exemple :

*fari bè goniya*  
(le corps chauffe)

*mògò bè funun/ bonya*  
(la personne grossit, gonfle)

*nènè bè don banabagatò la*  
(le froid entre dans le malade)

*mògò bè fasa*  
(la personne maigrît)

(36) *I ko sònin fara ka pènpèrè, i ko nyèbèrè*. Dans d'autres contextes, le mot *kisè* en bambara signifie « graine » ou « amande » ou un élément solide de cette forme.

Tableau 2  
 « Signes » de *mara* selon nos entretiens  
 dans le Bèlèdougou (dans l'ordre de la fréquence de citation) (37)

## EN BAMBARA

- *kunkolodimi, kunmabin*
- *nyè yèlèma cogow, nyèdimi*
- *bugun da mōgō nyè na*
- *mōgō fiyen*
- *fa*
- *faringyènyè*
- *kōndja*
  
- *jatigè* (aussi : *jabō*)
  
- *fèn dō (marakisè) bè mara-*  
*kisè) bè taamataama (fari*  
*kōnd)*
- *fari bè kurukuru yèrèyèrè*
- *kuru*
- *kōja, kōdimi*
  
- *mōgō bè funun/bonya*
- *nyènamini*
- *fari bè goniya*
- *cèya faga ;*
- *tigè muso la*
- *gwalabu bè sa*
- *mōgō muluku*
- *wolo bè girinya*
  
- *banabagatō bè sunōgō*  
*kojugu*
- *dusumangoya bila mōgō la*
  
- *sogo jugu*
- *mōgō bè fasa*
- *fari fan bèè bè dimi*
- *sendimi*
- *nènè bè don banabagatō la*
- *wolo nyè bè yèlèma*

## EN FRANÇAIS

- mal de tête
- les yeux changent ; mal à l'œil
- l'œil devient brumeux
- rendre aveugle
- folie
- démangeaisons
- trad. littérale : ventre sec ;  
constipation
- peur ; trad. litt. : être coupé de  
son *ja* (double, ombre...)
- quelque chose se promène  
(dans le corps)
  
- Le corps tremble
- bouton, kyste, nœud, etc.
- trad. litt. : dos sec ; maux de  
dos ; constipation (voir  
*kōndja*)
- la personne grossit, gonfle
- vertiges, « ça tourne »
- le corps se chauffe
- impuissance sexuelle ;
- absence de menstruation
- le dynamisme meurt
- courbatures, paralysie
- épaississement, « alourdisse-  
ment » de la peau
- le malade dort trop
  
- rendre qqn de mauvaise  
humeur, (trop) irritable
- cauchemar
- la personne maigrit
- tout le corps fait mal
- mal de pied
- le froid entre dans le malade
- l'aspect / la couleur de la peau  
change

(37) Voir page suivante.

Ou encore, les uns disent que le mal « descend » de la tête aux yeux ou vers le dos, alors que d'autres soutiennent que « ça monte » jusqu'à atteindre la tête et rendre la personne « folle ». Les uns proclament que la peau noircit, d'autres qu'elle prend un aspect blanc. Si ce manque de cohérence dans les réponses des informateurs ne peut que déconcerter le chercheur de formation académique (à la recherche de cohérence ?), chez les Bambara interrogés il ne suscite souvent que la réponse : *Aa, mara sifaya ka ca !* Ah, il y a beaucoup de sortes de *mara* !

Un certain nombre de contradictions apparentes s'éclairent, de fait, si l'on considère que de nombreuses personnes, notamment les guérisseurs-spécialistes, distinguent plusieurs sortes de *mara*.

*Les sortes de mara : un système classificatoire.*

Les expressions que nous avons rencontrées sont, en effet, au nombre de six (sans compter les synonymes) :

<i>mara bilen</i>	— le <i>mara</i> rouge
<i>mara jalan</i>	— le <i>mara</i> sec, maigre
<i>mara jèman</i>	— le <i>mara</i> blanc
<i>mara bubulu</i>	— le grand <i>mara</i>
<i>mara finman</i>	— le <i>mara</i> noir
<i>mara kalanman</i>	— le <i>mara</i> chaud

La distinction en trois sortes de couleurs est la plus fréquente chez les « connaisseurs » de *mara* dans le Bèlèdougou. Selon l'informateur, chaque variante se distingue par ses « signes », comme l'illustre ici la classification, en quatre sortes, d'un guérisseur devin musulman :

<i>mara finmam</i>	<i>a b'i</i>	
(noir)	<i>kunkolosèmè fin</i>	ça noircit ton cerveau
	<i>kunkolo b'i dimi</i>	la tête fait mal
	<i>ka jigìn nyèkurun fè</i>	et ça descend vers la racine de l'œil (au-dessus de l'œil)
	<i>ka nyè goya</i>	et abîme l'œil

(37) Ne sont indiqués ici que les « signes » mentionnés par au moins 3 des 34 informateurs. Dans la liste, ils sont classés suivant la fréquence de citation, par exemple *kunkolo-dimi* : 28 informateurs ; *sendimi* : 3 informateurs. Les « signes » synonymes ou de signification voisine sont regroupés sous un seul terme : par exemple *jabò* figure sur la même ligne que *jatigè*.

<i>mara jèman</i> (blanc)	<i>fari bè bonya</i> <i>k'i lasundò</i> <i>i tè se ka baara kè</i> <i>i kan bè yèrèyèrè</i> <i>fari bè se ka jèya</i>	le corps grossit et ça t'endort, tu ne peux pas travailler, ton cou tremble, le corps peut devenir blanc
<i>mara bilen</i> (rouge)	<i>o bè mògò fasa</i> <i>k'i joli min</i> <i>a bè kòndò ja</i>	ça fait maigrir la personne et boit ton sang ça sèche le ventre
<i>mara kalanman</i> (chaud)	<i>a b'i mago sa</i> <i>k'i fari goniya</i> <i>k'i joli nyagami</i>	ça te nuit et chauffe ton corps et mélange ton sang

Mais ce système de classification n'est pas absolu : d'autres « connaisseurs » ne distinguent que deux ou trois sortes, ou remplacent une ou plusieurs de ces désignations par celle de *mara jalan* (le *mara* sec) (38) ou *maraba* (le grand *mara* ; synonyme : *mara bubulu*) (39), la distinction des sortes de *mara* par les couleurs étant toutefois la classification la plus répandue.

Les attributs d'une sorte donnée de *mara* varient selon le « connaisseur » interrogé. Les « maux de tête », par exemple, ont été cités aussi souvent comme « signe » du *mara fin* que du *mara bilen*. Le « tremblement du corps » apparaît même comme « signe » de trois sortes de *mara* : *mara fin*, *mara jè* et *mara bubulu*. Souvent *fa* (« folie ») et « abîmer les yeux » sont associés, mais pas toujours, de même « abîmer les yeux » et « démangeaisons ». La « folie », à cause d'une « coloration rouge des yeux » presque toujours attribuée au type « rouge », est au contraire pour deux guérisseurs caractéristique du type « noir ». Toutes les apparentes contradictions ne s'expliquent donc pas par les classifications des spécialistes.

Mais il est un autre modèle d'explication, qui donne encore un autre sens à la constatation bambara qu'il y a beaucoup de sortes de *mara*, et je vais maintenant tenter de l'appliquer.

(38) Pour deux des trois informateurs indiquant cette sorte de *mara*, le *mara jalan* serait associé à un amaigrissement ; d'autres explications parlent de « l'assèchement » de la personne, soit du type *a bè mògò joli min* (boire le sang), soit du type *kòndòja* (impliquant une constipation), ce qui entraînerait une impuissance sexuelle.

(39) Selon deux des trois informateurs, le malade atteint par cette sorte de *mara* grossit ; d'autres « signes » : démangeaisons, n'attaque pas l'œil, tremblement du corps.

*Différents types de réalité (40)*

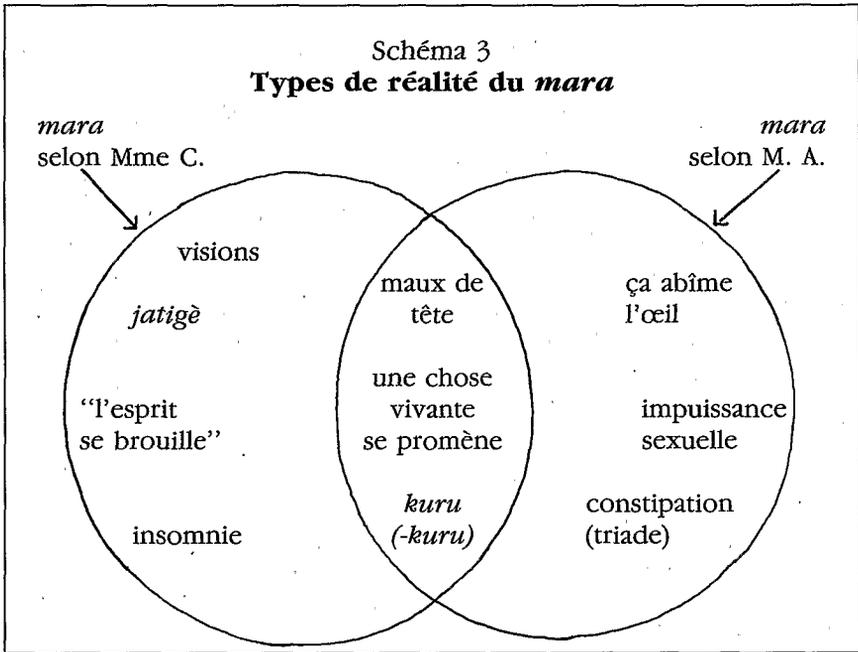
On a déjà remarqué que les « signes » avancés par les personnes interrogées ne correspondent pas à une symptomatologie biomédicale, mais à une perception subjective des troubles ou des souffrances causés par une maladie/illness. Dans ce sens, chacun des « signes » se comprend comme un concept explicatif en soi, de même que chacun des concepts de *mara* est « unique » en tant qu'expérience de la maladie. Aussi, dans une compréhension plus globale ou « holiste » (41) de *mara*, la divergence des informations s'explique par l'unicité impliquée dans toute vie humaine et par conséquent dans tout « événement maladie », chacun sans égal en son genre, chacun constituant un univers en lui-même. Chaque être humain compris dans son intégralité perçoit alors le monde qui l'entoure à sa manière.

Pour tenter de mieux comprendre, prenons une image : la contemplation d'un village diffère selon la position prise par l'observateur. Celui qui se trouve sur une colline au sud verra le village ensoleillé, avec des enclos particuliers et peut-être une petite mosquée en avant-plan. Un autre qui se trouve dans un champ au nord ne pourra pas percevoir le village de la même manière, il le verra à l'ombre et sans la mosquée, qui se trouve à l'autre extrémité du village. S'il n'est pas originaire du village il pourrait alors croire qu'il n'y a pas de mosquée. Ou bien, même s'il sait qu'elle existe, la mosquée ne figurera pas dans sa description. Il a son propre point de vue, tout à fait justifié en tant que tel. En transférant cette image aux conceptions de *mara*, chaque informateur, chaque malade a ainsi son propre point de vue, sa propre réalité. D'où le modèle des « types de réalité » du *mara*, que je vais essayer d'illustrer plus concrètement par le schéma 3 (page suivante), en comparant le cas de *mara* de Mme C. avec celui de A., un autre de mes informateurs-malades.

On devrait enfin ajouter ici qu'il y a encore un autre « type de réalité », qui est celui de l'observateur ou du chercheur. Sa conception de la réalité doit forcément se distinguer de celle de ses informateurs, être en même temps influencée par celle-ci et avoir une certaine influence sur elle. Dans ce contexte, il faut aussi rester conscient d'une autre limite de notre compréhension : en tant qu'étrangère au système de référence psycho-social et culturel, je ne peux qu'essayer de « m'approcher » des significations et connotations impliquées dans les concepts populaires ; je ne saurai toutefois jamais comprendre entièrement ce cadre de référence étranger. Ici s'impose de nouveau l'image du « puzzle ».

(40) Pour l'élaboration du concept des « types de réalité » (types of reality) et son application à un système de soins voir Kleinman (1980).

(41) Le holisme (du grec *holos*, entier) est un concept de la philosophie, selon lequel le tout représente plus que la somme des parties.



Pour mieux comprendre la réalité qui se cache derrière les « signes » énumérés par Mme C. et Mr A., il est utile de se rappeler les nombreux sous-entendus socio-culturels (voir ci-dessus 2.1). Les « maux de tête » de Mr A., liés aux yeux par la voie des *fasaw* (nerfs, tendons, muscles), peuvent aussi bien « descendre » dans le dos et le ventre pour y produire constipation et impuissance sexuelle. Dans le cas de Mme C., les effets nocifs du mal se localisent plutôt à l'intérieur de la tête qu'ils commencent à « transformer » (insomnie, visions, « l'esprit se brouille », etc.). « La chose vivante » à laquelle les deux patients se réfèrent et qu'on peut supposer être le *marakisè* des informateurs spécialistes semble être à la base de ce mouvement du mal dans le corps. Extérieurement, elle se manifeste sur la peau sous forme de *kurukuru* (petits boutons et enflure) chez Mme C., et de *kuru* (boutons, kystes, nœuds) chez Mr A.

Ce consensus sur la « pathophysiologie » de *mara* que l'on retrouve de manière plus ou moins consciente et explicite dans les récits des malades et des spécialistes de *mara*, ainsi que la définition de *mara* dans la population comme « maladie grave » font que *mara* représente une catégorie valable pour la communication malgré (ou plutôt avec) toute sa complexité. Finalement, chaque cas de *mara* se vit et se comprend à l'intérieur de ce cadre de référence, chacun dans sa propre

réalité subjective. On ne peut que s'en approcher, en écoutant davantage le discours du malade et en interprétant ses mots dans son propre système de référence, — ce qui relève de la psychosomatique.

A la question initiale : « Qu'est-ce que *mara* ? », on ne peut donc apporter de réponse unique et valable universellement. *Mara* n'est pas une maladie uniforme et objective, mais une représentation complexe dans le système de pensée traditionnelle, où le terme de maladie désigne à la fois « disease » et « illness », c'est-à-dire les « signes » pathologiques ou objectifs et la perception subjective ou psycho-sociale, et où le système de médecine fait partie intégrante et indissociable des autres domaines de la société (cf. schéma 4 et tableau 3).

### **3. *Mara* et onchocercose : un problème de langue et d'interculturalité**

Depuis des décennies, mais sans qu'on sache exactement comment cela s'est fait à l'origine, les agents de la santé, en particulier ceux du « Programme de lutte contre l'onchocercose » (ÔCP), mis en place en Afrique occidentale par un consortium d'institutions du système des Nations Unies (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale, Programme des Nations Unies pour le Développement, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) et d'agences nationales de développement, utilisent le mot *mara* pour désigner l'onchocercose. La traduction d'onchocercose par *mara* figure également dans les dictionnaires de référence : celui de la DNAFLA (1980), celui du Père Bailleul (1981), et même le plus élaboré, en cours de rédaction, celui de G. Dumestre (version de 1989).

#### **3.1 L'onchocercose**

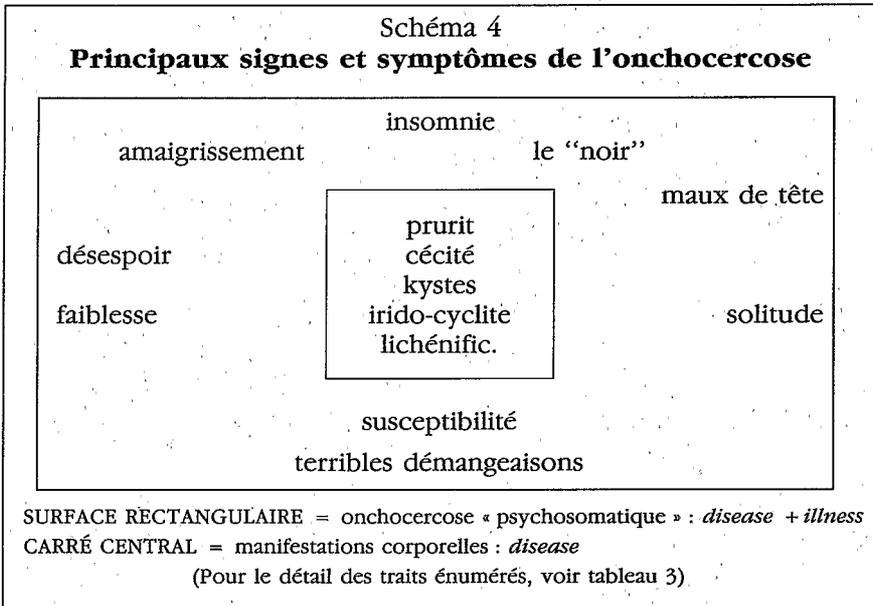
Au Mali, on estime le nombre de personnes infestées par le ver *Onchocerca volvulus*, une filaire, à 360.000 (en 1985), le nombre d'aveugles du fait de l'onchocercose à 15.000 (OMS, 1987), ce qui laisse soupçonner l'étendue des problèmes socio-économiques et de santé publique imputables à cette parasitose.

Cliniquement, l'onchocercose — vue du côté « disease » — se caractérise par deux tableaux principaux : le premier comporte les différentes manifestations cutanées, qui sont dues aux vers adultes et aux microfilaires du parasite ; ils provoquent des nodules sous-cutanés (onchocercomes), un prurit intense avec ses conséquences de grattage, et une gale filarienne aboutissant à une lichénification de la peau, (« peau de lézard »). Le second tableau clinique comporte l'aggravation oculaire,

liée aux microfilières parvenues dans les milieux aqueux de l'œil : l'expression « cécité des rivières », tirée de la complication la plus grave de cette parasitose, est devenue synonyme d'onchocercose (Gentilini & Duflo 1977). Outre ces deux tableaux cliniques, il faudrait prendre en considération le fait que des microfilières onchocerquiennes ont aussi été dépistées dans le sang, les urines, les expectorations, les larmes et le liquide céphalorachidien (Brinkmann 1982), ce qui indique le caractère d'une maladie systémique.

*L'onchocercose n'est pas seulement maladie / disease*

Une autre approche de l'onchocercose est possible, celle de la psychosomatique (42), où la maladie est perçue comme l'ensemble de ses manifestations corporelles et composantes psychiques, y incluse l'expérience subjective du malade. Dans cette acception, l'onchocercose englobe aussi des « signes » réactifs et très variables selon la personne atteinte : une plus grande susceptibilité ou irritabilité, le « noir » de la cécité, la dépendance vis-à-vis des autres, la réalisation douloureuse d'une déchéance physique, le besoin de se gratter en permanence, peut-être aussi un amaigrissement, des maux de tête et une insomnie. Cette perception est évidemment très influencée et structurée par des facteurs culturels.



(42) Pour la psychosomatique, intégrée comme matière d'enseignement dans les facultés de médecine allemandes, voir Uexküll (1990).

Tableau 3  
Les principaux "signes" et symptômes de l'onchocercose

bien définis, "signes" de maladie/disease	plus variables, "signes" de maladie/illness
<i>Lésions cutanées :</i>	
kystes ou nodules	susceptibilité
prurit	monde "noir" de la cécité
lésion de grattage	besoin "fou" de se gratter
<i>gale filarienne :</i>	insomnie
épaississement de la peau	déchéance physique
et lichénification	faiblesse
zones de dépigmentation	maux de tête
éléphantiasis du scrotum	désespoir
(complication rare)	dépendance d'autrui
<i>Lésion oculaires :</i>	ne plus pouvoir travailler
(après 10-15 ans d'évolution)	solitude
kératite (ponctué, semi-lunaire)	amaigrissement
formation d'un pannus	
irido-cyclite et chorio-rétinite	
héméralopie (baisse de la vision	
crépusculaire)	
rétrécissement du champ visuel	
baisse de l'acuité visuelle diurne	
cécité complète	
(ultime complication)	

### 3.2 La traduction de « onchocercose » par « mara »

Il est facile de constater que, pour de multiples raisons, cette traduction est inappropriée, voire fautive (43). J'essaierai de le démontrer brièvement sur deux plans différents : d'abord, sur le plan géographique, la distribution de l'onchocercose et celle de *mara* ne correspondent pas ; ensuite, sur le plan clinique, la symptomatologie de l'onchocercose ne correspond pas aux « signes » de *mara*.

(43) Plusieurs médecins ont déjà mentionné l'insuffisance de cette traduction : Imperato (1971), Koumaré et Coudray (1986), Diakité (1989) ; mais ceci est resté sans suite sur le plan linguistique (voir les dictionnaires). En ce qui concerne quelques travaux ethnologiques (Hielscher 1984 ; Bastien 1988), on peut remarquer que, bien que *mara* y soit indiqué dans sa conception populaire, sa traduction par onchocercose n'est pas remise en question.

### *La distribution géographique*

La distribution de l'onchocercose (44) dans le périmètre de cette étude, le Bèlèdougou, conduit à distinguer deux principales régions géographiques : l'onchocercose est endémique à l'ouest du chef-lieu de cercle, Kolokani, bien que sa prévalence soit très variable suivant la distance au fleuve Baoulé qui constitue la limite occidentale de la région ; par contre, du fait que le vecteur, une petite mouche piquante, la simulie, est absent de la zone située à l'est de Kolokani, il n'y a pas d'onchocercose autochtone de ce côté-là du chef-lieu (cf. carte page ci-contre).

Quant à la distribution de *mara* sur ce même terrain, on peut facilement constater que le terme est utilisé dans toute la région, à l'est comme à l'ouest de Kolokani (45), pour désigner les problèmes de santé décrits plus haut.

### *Clinique et linguistique*

La traduction est surtout trompeuse lorsqu'on vise à s'en servir comme aide au diagnostic en biomédecine : le diagnostic traditionnel de *mara* se trouve attribué à des malades biomédicalement atteints de plusieurs pathologies différant de l'onchocercose, par exemple le diabète, la maladie du sommeil, différentes affections dermatologiques, la lèpre ou la syphilis (46), comme le montre le schéma 5. A l'inverse, la symptomatologie de l'onchocercose ne correspond à aucun concept traditionnel spécifique, aucun lien n'étant traditionnellement établi entre ces symptômes. Chaque symptôme de l'onchocercose peut prendre une signification particulière et s'insérer dans un autre concept de maladie suivant son contexte.

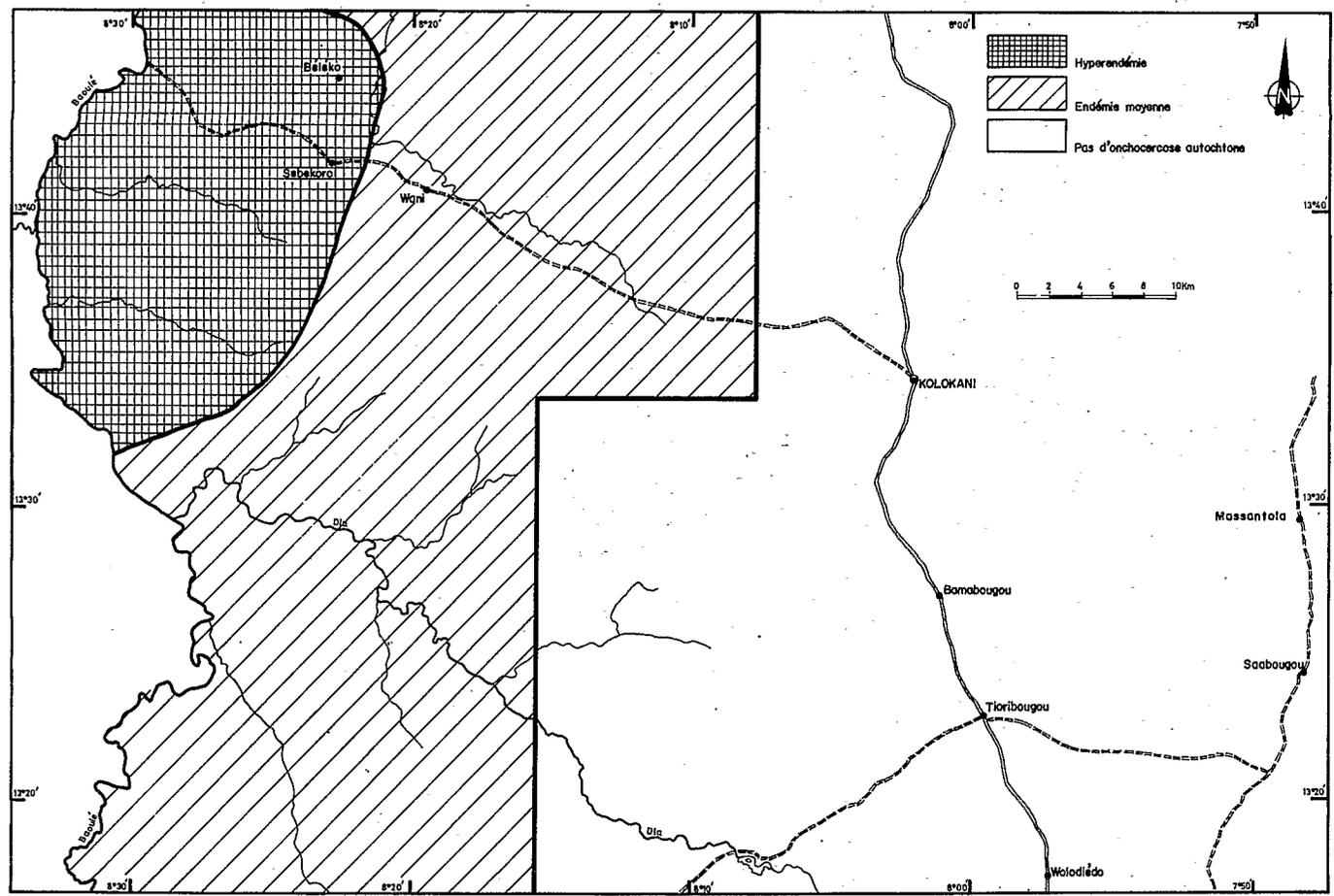
(44) La distribution géographique de l'onchocercose est étroitement liée à l'hydrographie du pays : les simulies, vecteurs de l'onchocercose, ne s'écartent en moyenne que de 10 km de leurs gîtes larvaires au bord des eaux courantes. Rares sont les simulies dont le vol dépasse 80 km, si bien qu'au-delà de cette distance, leur densité devient trop faible pour provoquer une manifestation clinique de l'onchocercose.

(45) C'est là un fait que m'a rapporté pour la première fois D. Diakité, dont la thèse (1989) comporté un recensement quasi exhaustif des termes médicaux en langue bambara au Bèlèdougou.

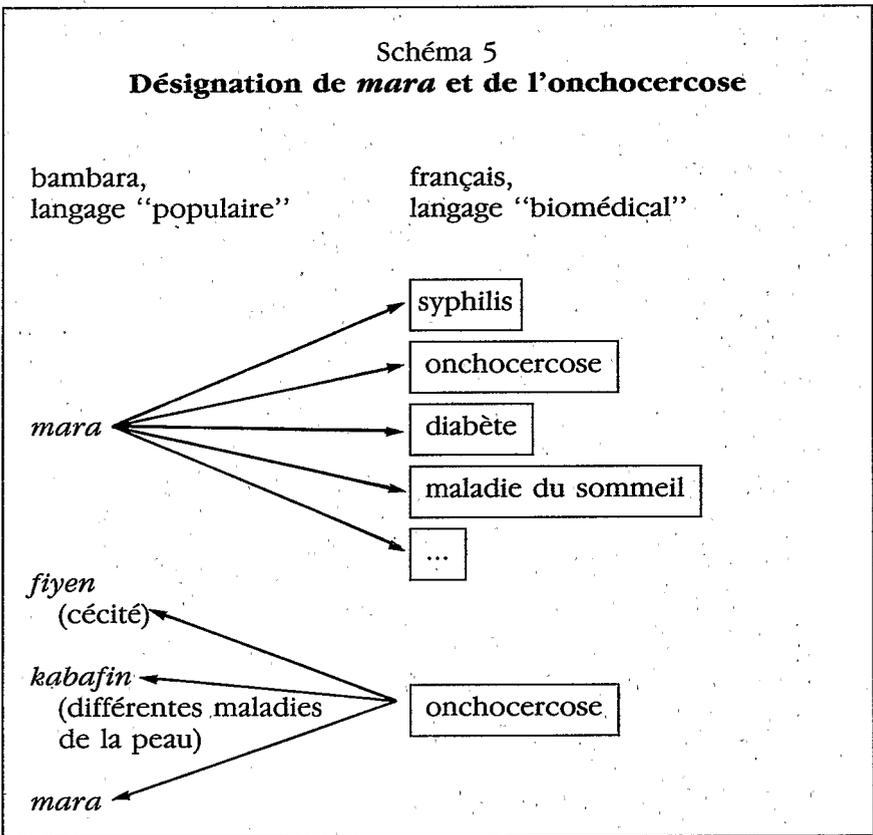
(46) Il me semble intéressant de remarquer que la traduction de *mara* par « syphilis » paraît antérieure à celle d'"onchocercose" : dans l'ouvrage « Médecine et magie africaine » de D. Traoré (1983 ; 1<sup>re</sup> édition : 1965 ; mais les recherches ont été menées bien avant l'indépendance), on trouve *mara* indiqué comme « syphilis tertiaire » (pp. 92-97). Un grand nombre des caractéristiques recensées par D. Traoré sont dotées d'une ressemblance frappante avec les informations recueillies lors de mes recherches dans le Bèlèdougou en 1989-91. On trouve d'ailleurs le « signe » de prurit chez Traoré comme caractéristique de la « gale filarienne », traduit par *kabafing* (p. 59). Les « signes » indiqués par Traoré se trouvent regroupés dans le tableau de l'annexe au présent article.

# PRÉVALENCE DE L'ONCHOCERCOSE DANS LE BIÉDOUGOU

QU'EST-CE QUE « MARA » ?



Il faut alors se demander pourquoi *mara* a été traduit par un seul mot et non, comme dans le cas de *kaliya* (47) par exemple, par une « note explicative » faisant référence à la complexité de ses significations. Car, linguistiquement, *mara* et onchocercose non seulement relèvent de deux langues différentes, le bambara et le français, mais aussi de deux langages différents, en l'occurrence le langage du « savoir populaire » et le langage professionnel de la « médecine moderne » ou « académique ».



(47) Bailleul (1981) : « se dit de nombreuses maladies, spécialement celles des organes génitaux : hydrocèle, hernies ... ». Chez Huizinga & Keita (1987) on trouve même des citations telles que « ça se promène... », après un essai de définition médicale : « toute maladie/douleur interne aiguë/chronique autour d'une articulation, d'un viscère ou d'un muscle ».

*Changement sémantique de mara ?*

Les médecins travaillant à Kolokani sont par leur pratique quotidienne parfaitement conscients de ce manque de recouvrement entre les deux concepts, et des possibles malentendus. En revanche, les chercheurs et « équipes de sensibilisation » venant de la capitale ne le sont pas. Ils propagent sur une large échelle le modèle explicatif de l'onchocercose sous le terme de *mara*. Dès lors se pose la question d'un possible changement sémantique.

Pour avoir une idée de l'impact de cet « enseignement » au niveau des villages une étude comparative a été faite : comme la région A (à l'ouest de Kolokani), infestée par l'onchocercose, était régulièrement parcourue par les « équipes de sensibilisation », on pouvait là s'attendre à plus d'interférence entre les conceptions de *mara* et d'onchocercose que dans la région B (à l'est de Kolokani), épargnée par l'onchocercose et donc non « sensibilisée ». Or, pour les « signes » de *mara*, cela n'a pas pu être démontré : par exemple la folie, associée au concept traditionnel de *mara* et non à la notion biomédicale d'onchocercose, a été citée 11 fois dans la région A contre 9 fois dans la région B (17 entretiens dans chaque région) ; des « signes » dermatologiques (boutons, kystes, épaissement de la peau, etc.), qui correspondent aussi à des symptômes de l'onchocercose, ont été nommés aussi souvent comme « signe » de *mara* dans la région non-onchocerquienne B (10 contre 11). Les « signes » oculaires prévalent légèrement dans les entretiens de la région A (15 contre 13), ce qui ne surprend guère si l'on prend en considération que la cécité y représente un problème majeur.

L'impact de la « sensibilisation » semble plus important lorsqu'on considère les causes. Dans la région « sensibilisée », 7 informateurs sur 12 (dont les trois informateurs alphabétisés) citent des insectes piquants (*cinnifèn*) comme une des possibles causes de *mara*, alors que dans la région B, ils n'étaient que 4 sur 12 (dont deux des trois alphabétisés). Mais ce résultat se relativise en même temps : « c'est les *dògòtò-ròw* qui le disent », ajoutaient-ils presque tous. Et deux des francophones voulaient faire bon effet en nommant (en français) « le ver de Guinée » et « la mouche tsé-tsé ». On éprouve donc un certain scepticisme devant ces récits. Et, en effet, lorsqu'il s'agissait de cas précis de *mara*, les insectes n'étaient plus qu'une cause très mineure d'apparition de *mara*.

Avec ces données, l'utilisation de *mara* dans les campagnes de sensibilisation pour désigner l'onchocercose me paraît fortement mise en question. Finalement, pourquoi n'utilise-t-on pas le terme biomédical « onchocercose » (facilement abrégé en « oncho ») pour un enseignement situé dans le système de pensée biomédical ? Même au risque que cette nouvelle catégorie se remplisse en partie avec des significations

du système de pensée traditionnel, la chance d'atteindre le but d'un apprentissage me paraît plus grande. On verra ci-dessous qu'un changement sémantique vers les modèles scientifiques est bien plus probable à l'intérieur d'un processus d'acculturation dans le système de pensée « moderne ».

### *Le problème d'interculturalité*

En ethnomédecine, on commence de plus en plus à percevoir la médecine comme un système culturel, c'est-à-dire un système dynamique de symboles qui conditionne la compréhension et la conduite des malades (Kleinman 1980). Dans cette ligne de pensée, on pourrait distinguer au Mali deux systèmes : celui de la « médecine traditionnelle » (48) utilisant le bambara comme « véhicule » de communication, celui de la « médecine moderne » (49) enracinée dans le français.

La médecine moderne a été importée au Mali à l'époque coloniale avec son raisonnement bioscientifique et ses valeurs, surtout l'objectivité. Au cours des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, cette médecine a remporté des succès spectaculaires, notamment dans la lutte contre les maladies infectieuses, avant même l'avènement des antibiotiques. Ces succès ont souvent entraîné une application du paradigme bioscientifique sans beaucoup d'esprit critique, et sans considération des approches psychosomatiques. De là résulte, par exemple, l'attitude actuelle de nombreux agents de santé « modernes » qui estiment, à la suite d'une formation bioscientifique, que « les paysans ne savent pas de quoi ils parlent » lorsqu'ils parlent de *mara*. En réalité, ils ne peuvent plus (ou ne le veulent-ils plus ?) comprendre cette catégorie dans le raisonnement de leur propre culture, dont le système de pensée n'a jamais été valorisé.

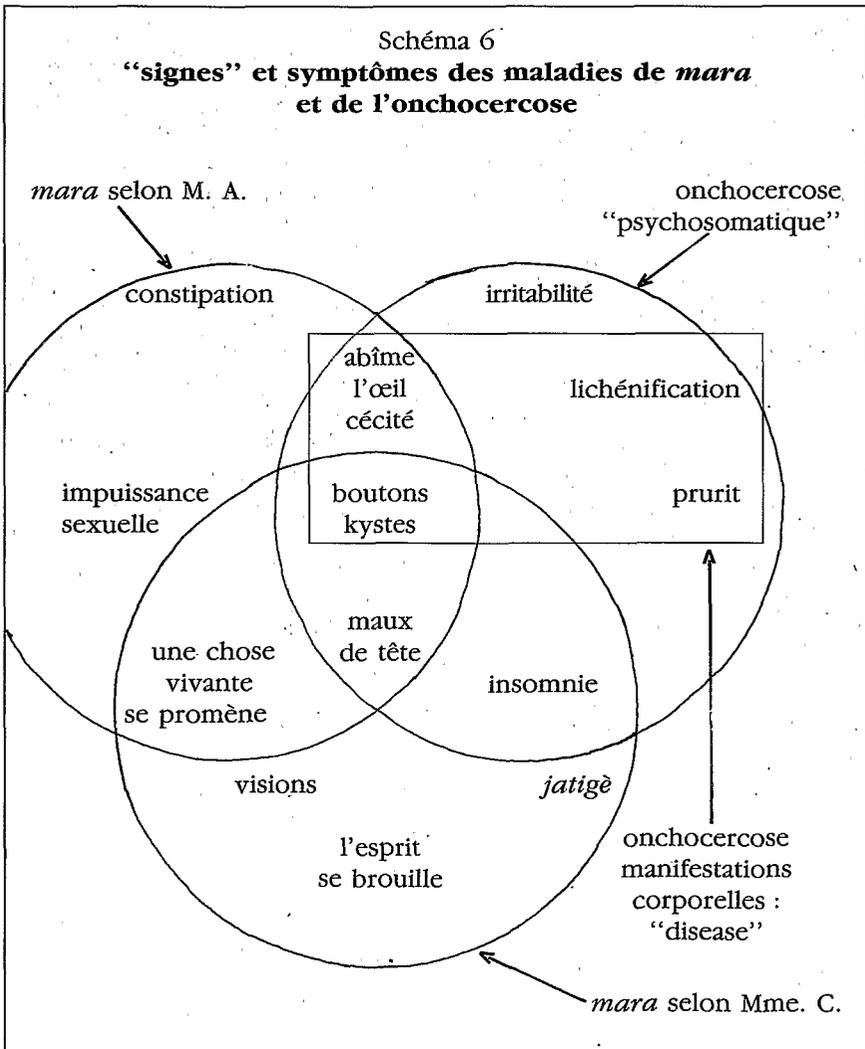
Il n'est guère surprenant que, plus une personne reçoit de formation « moderne », plus ses conceptions évoluent vers les modèles bioscientifiques. Cela se fait en général de manière inconsciente et graduelle, ce qu'illustre parfaitement l'usage différent des termes *mara* et onchocercose.

L'usage des termes aux deux bouts de cette acculturation est encore sans ambiguïté : pendant qu'un médecin à Bamako connaît fort bien la symptomatologie de l'onchocercose, de son côté le villageois bambara non alphabétisé utilise le terme de *mara* adéquatement dans sa

(48) A noter qu'il n'y a pas de terme spécifique en bambara pour « médecine ». Le savoir des maladies et traitements fait partie intégrante des connaissances des *dōnnikèlaw*, c'est-à-dire des « savants », ce que sont le plus souvent les vieux de la communauté.

(49) On parle aussi de « médecine académique » pour désigner la médecine scientifique telle qu'enseignée dans les écoles de médecine et universités presque partout dans le monde actuellement. D'autres termes expriment la même idée : « médecine occidentale », « médecine cosmopolite », « médecine moderne », « médecine conventionnelle », « bio-médecine ».

conception traditionnelle. A la suite de quelques années de scolarisation en français, sa conception n'aura pas encore changé, mais, pour désigner la même chose, il utilisera maintenant en milieu « moderne » le terme « oncho(cercose) ». Aussi l'aide-soignant en brousse utilise-t-il en fonction de ses interlocuteurs, soit le terme de *mara*, soit celui d'oncho(cercose) pour désigner ce qu'il pense être la même maladie. La représentation, par contre, correspond ici à un niveau d'acculturation intermédiaire : connaissant d'un côté l'effet des piqûres du vecteur, on continue toutefois d'associer la constipation à la maladie, et l'on craint aussi bien la folie que l'impuissance sexuelle comme suites d'une aggravation. Ici on est en plein changement culturel.



De ce problème d'interculturalité résulte finalement la désorientation de Mme C. à laquelle on fait savoir que sa maladie ne peut être *mara*. Or, donner un nom à une maladie ou à une affection, c'est aussi lui donner une « existence », un « sens » et permettre ainsi au malade de se situer dans son système de référence socio-culturel. La psychosomatique postule que cette « structuration » de la sensation d'être malade possède une valeur thérapeutique : espoir, suggestion, assurance...

## Conclusion

1. *Mara* est une catégorie complexe de maladie, caractérisée par une multiplicité de symptômes ou « signes » intégrés dans un système de pensée traditionnel. Dans cette représentation, les troubles de la tête jouent un rôle central ; ils peuvent se répandre vers les yeux et vers le ventre et le dos, où ils sont associés à une notion de constipation et de maux de ventre ou de dos. Une concrétisation de ce mouvement dans le corps est le *marakisè*, qui peut se manifester visuellement sur la peau sous forme de boutons, kystes, etc. Communément, *mara* est considéré comme une maladie grave, par laquelle même les éléments essentiels de la personnalité, tel le *ja*, peuvent être atteints (voir *jabò*, *jatigè*). En résumé, *mara* ne peut pas être compris sans son contexte socio-culturel, qui constitue son cadre de référence, et dans lequel chaque cas se vit et s'interprète en tant qu'événement.

2. Un concept traditionnel, appartenant au système de pensée qui l'a créé, ne peut pas être traduit de manière juste par un seul terme du langage biomédical, car ce dernier terme désigne un concept relevant du système de pensée qui l'a créé, et les deux systèmes de pensée n'ont aucune raison de se recouvrir. La seule « traduction » approximative possible peut consister en une « note explicative ».

3. Dans ce sens, les représentations de *mara* et d'onchocercose méritent qu'on les distingue. Une meilleure compréhension de *mara* est atteinte lorsqu'on adopte une vision plus « holiste » ou « psychosomatique » de la maladie en tant qu'événement.

Je voudrais finir ce texte en citant un des plus grands connaisseurs de la culture africaine, Amadou Hampâté Bâ : « Si je parle à un homme et qu'il ne me comprend pas, je me tais, et je l'écoute. Je m'efforce de le comprendre, lui. Car si je parviens à le comprendre, je saurai pourquoi il ne me comprend pas. »

J'adresse mes vifs remerciements à mes informateurs du Bèlèdougou, surtout aux villageois de Wani, et à mes collaborateurs et amis Jean-Baptiste, François, Jean-Pierre et Djigui : leurs connaissances de leur propre culture sont à la base de ce travail. Merci surtout au docteur Balique sans lequel mes recherches au Mali n'auraient pas été possible, et au professeur Pairault pour tout son soutien. Pour la révision de ce texte, les remarques et conseils des professeurs Dumestre et Brunet-Jailly, ainsi que celle de D. Fassin, m'ont été précieuses. Merci enfin à tous mes amis maliens qui m'ont fait aimer ce pays de tout mon cœur.

## ANNEXE

« Signes » de *mara* selon D. Traoré (1983, p. 92)

Les « signes » qui correspondent à mes propres observations sont marqués par un astérisque « \* »

- constipation chronique \*
- être ballonné en permanence \*
- entendre un son prolongé de sirène
- sentir une vive brûlure localisée
- ... en un point du corps,
- ... où séjourne momentanément...
- ... un genre d'araignée, qui...
- ... semble circuler dans les tissus
- aspect boursoufflé ou décharné \*
- yeux larmoyants \*
- sommeil profond et permanent \*
- ganglions possibles \*

(\*) [le *marakisè* ?]

et, en phase terminale :

- impuissance entraînant la stérilité \*
- paralysie \*
- cécité \*
- aliénation \*

## RÉFÉRENCES

- ANONYME (1980) : *Lexique bambara-français*, DNAFLA (Direction nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée, Ministère de l'Education Nationale), éd., 1980, 3e éd. Bamako
- ANONYME (1989) : *Enfants et femmes au Mali*, UNICEF, Ed., 1989, Paris : L'Harmattan.
- BAILLEUL, Charles (1981) : *Petit dictionnaire bambara-français, français-bambara*, England : Avebury.
- BASTIEN, Christine (1988) : *Folies, mythes et magie d'Afrique noire : Propos des guérisseurs du Mali*, Paris : L'Harmattan.
- BRINKMANN, UWE K. (1982) : *Onchozerkose in Westafrika*, Ed. H.J.
- DIAKITÉ, Djigui (1989) : *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales bambara du Beledougou*, thèse de médecine., Bamako.
- DIESFELD, *Medizin in Entwicklungsländern 14*. Frankfurt/ Main : Peter Lang.
- DIESFELD, Hans-Jochen, et Sigrid WOLTER, ED. (1989) : *Medizin in Entwicklungsländern : Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*, 5° éd. Medizin in Entwicklungsländern 19. Frankfurt/ Main : Peter Lang.
- DIETERLEN, Germaine (1988) : *Essai sur la religion bambara*, 2e éd. (1re éd. 1951), Bruxelles : Univ. de Bruxelles.
- DUMESTRE, Gérard (1981-1989) : *Dictionnaire bambara-français*, Vol.1 (1981) : ab ; Vol.2 (1983) : d ; Vol.3 (1984) : j-fè ; Vol.4 (1985) : fi-i ; Vol.5 (1987) : k-ko ; Vol.6 (1988) : k-ku ; Vol.7 (1989) : l-ma. Paris.
- FABREGA, Horacio Jr. (1971) : « *Medical Anthropology* », Biennial Review of Anthropology, 167-229.
- GENEST, S. (1978) : « Introduction à l'ethnomédecine. Essais de synthèse », *Anthropologie et sociétés*, 2,3, 5-28.
- GENTILINI, Marc, et Bernard DUFLO (1977) : *Médecine tropicale*, 2e éd. Paris : Flammarion.
- HELLER, Gerhard (1989) : « Die kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen bei den Tamang von Cautara/Nepal : Eine empirische Untersuchung über die Hintergründe kulturbedingter Barrieren zwischen Patient und Arzt », *Medizin in Entwicklungsländern : Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer*, 5° éd. Medizin in Entwicklungsländern 19. Ed. Diesfeld et Wolter. Frankfurt/Main : Peter Lang.
- HIELSCHER, Sibylle (1984) : *Teufelsbitze und Eselsurin : Krankheitsvorstellungen und Wahl von Heilinstanzen in einem malischen Dorf*, thèse d'ethnologie, Hamburg.
- HUIZINGA, Marijke, et Mamadou KEITA (1987) : *Lexique médical bambara-français, français-bambara*, Amsterdam : Free Univ. Press.
- IMPERATO, Pascal James, et Ousmane SOW (1971) : « Incidence of, and Beliefs about, Onchocerciasis in the Senegal River Basin », *Trop. geogr. Med.* 23, 385-389.

- KLEINMAN, Arthur M. (1980) : « Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry », in C. Leslie (ed.) : *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care* 3, London : Univ. of California Pr.
- KOUMARÉ, Baba, et Jean-Pierre COUDRAY (1986) : « *Jinè bana* : un concept opératoire ? » *Psychologie Médicale* 18,12, 1811-1813.
- O.M.S. (1987) : *L'onchocercose : Troisième rapport du Comité OMS d'experts de l'onchocercose*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- PFLEIDERER, Beatrix, et Wolfgang BICHMANN (1985) : *Krankheit und Kultur : Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Berlin : Dietrich Reimer.
- SICH, Dorothea, et Hans-Jochen DIESFELD (1988) : « Unterricht in Transkultureller Medizinischer Anthropologie (Ethnomedizin) am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen am Südasiens-Institut der Universität Heidelberg », *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 13 : 58-65.
- TRAORÉ, Dominique (1983) : *Médecine et magie africaines ou comment le Noir se soigne-t-il ?* 1<sup>re</sup> éd. 1965. Paris : Présence Africaine.
- UEXKÜLL, Thure von (1990) : *Psychosomatische Medizin*, 4e éd. Munich : Urban et Schwarzenberg.
- ZAHAN, Dominique (1963) : « Aspects de la réincarnation et de la vie mystique chez les Bambara ». *Colloque de Strasbourg*. Paris : PUF.



## **Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution**

par Myriam ROGER

Au Mali, le développement des activités sanitaires participe à un bouleversement du paysage culturel. Si les populations se sont toujours organisées pour maintenir ou restaurer leur santé, à leurs représentations du malheur et de la maladie se juxtaposent désormais le discours et les pratiques de la médecine moderne. Mais les objectifs de cette dernière ne peuvent être atteints si elle méconnaît d'une part les croyances conservées par la population en matière de maladie, d'autre part les conduites en jeu lorsque ces croyances sont confrontées à des informations susceptibles de les invalider.

L'hypothèse de départ sur laquelle a été bâtie cette étude est que l'accès aux infrastructures sanitaires modernes modifie les représentations des mères vis-à-vis des maladies de leurs enfants. Cependant, notre enquête a révélé que cette modification concerne chaque mère, quelle que soit son attitude personnelle quant aux activités proposées par les services de santé. Deux idées essentielles de l'anthropologie médicale et de la psychologie sociale méritent d'être rappelées ici :

— la maladie est un événement dont la dimension dépasse la sphère du biologique ; l'environnement, social et spirituel, détermine les schémas étiologiques et thérapeutiques en œuvre dans une société. (Augé : 1986) ; la représentation est un phénomène collectif ;  
— dans la sphère des représentations, les nouvelles informations ne sont souvent intégrées que lorsqu'elles confirment les conceptions

existantes (Moscovici : 1986) qui, par des phénomènes de réappropriation notamment, évoluent néanmoins avec l'apparition d'objets nouveaux (Herzlich : 1972).

Les mères, au contact des services de santé, obtiennent des informations (objets nouveaux) qu'elles sélectionnent et transforment pour les charger de sens (réappropriation) et qu'elles diffusent par des canaux informels. Cette diffusion met en œuvre d'autres mécanismes de réappropriation et le contact avec les services de santé engendre ainsi des représentations inédites.

Le concept de représentation recouvre ici trois moments distincts, mais pas obligatoirement chronologiques : la reconnaissance du symptôme, la formulation d'hypothèses étiologiques, la lutte contre la maladie. Face à un trouble biologique, l'individu (ou son représentant ou le groupe) opère un transfert d'attribution dans deux directions : — la recherche d'une solution à travers un parcours thérapeutique, c'est-à-dire par l'attribution à un ou plusieurs produits, à un acte, à une personne (ou institution) ou à une combinaison de deux ou plusieurs de ces éléments, de la capacité de résoudre le désordre biologique ; — la recherche de sens ou la désignation d'une cause (au sens large : quoi ou qui, comment, pourquoi) à ce désordre.

Le travail de terrain a été effectué entre novembre 1990 et avril 1991 dans la région de Sikasso, au sud du Mali. La ville de Sikasso, capitale régionale, comptait alors environ 80 000 habitants, et était équipée d'un hôpital régional et de quelques infrastructures sanitaires de moindre importance. Avec des ratios de 1 médecin pour 25 702 habitants (soit 51 médecins dont 21 résidaient à Sikasso) et de 1 infirmier pour 6 212 habitants, l'ensemble de la région (76 480 km<sup>2</sup> ; 1 310 810 habitants) restait indubitablement sous-équipé sur le plan des ressources humaines, mais aussi matérielles (Plan quinquennal, 1990).

Dans une perspective comparative, nous avons entrepris d'observer et décrire les conceptions, quant aux maladies de leurs enfants, de femmes urbaines appartenant à deux sous-groupes : des femmes entretenant une relation suivie avec les activités de santé maternelle et infantile (SMI), et des femmes n'ayant que des contacts sporadiques avec les services proposant ces activités. Un groupe de femmes rurales, n'ayant pas accès à des services sanitaires, a servi de témoin, pour permettre de distinguer, dans l'ensemble des conceptions exprimées, entre ce qui procéderait directement de la tradition et ce qui serait le fruit de la confrontation de cette dernière avec le discours biomédical.

Ainsi, nous avons rencontré 118 femmes, 77 dans la ville de Sikasso et 41 dans deux villages (Tonokala et Djégui) situés à une centaine de kilomètres de Sikasso et choisis, essentiellement, en raison de leur isolement par rapport aux infrastructures de santé. 50 des Sikassoises rencontrées ont été sélectionnées parmi les sujets d'une enquête en

cours (1) portant sur un échantillon aléatoire de 1 000 familles. Leur sélection a été déterminée par l'appartenance ethnique déclarée (Bambara) des femmes, leur âge (25 à 40 ans) et le nombre de leurs enfants nés vivants (au moins 3). Les mêmes critères ont permis de sélectionner 27 femmes parmi les consultantes du service de pédiatrie de l'hôpital. La grande majorité des femmes rencontrées à domicile affirmaient se rendre, lorsque l'un de leurs enfants est malade, « chez Cissé » (un pédiatre malien) ou « chez la Chinoise » (un médecin chinois), qui tous deux assuraient la consultation au service de pédiatrie de l'hôpital, service qui ne mène aucune activité préventive, et qui, jouxtant le marché, est d'un accès facile pour les mères. Dans les villages, toutes les femmes répondant aux mêmes critères de sélection mentionnés, et acceptant l'entretien, ont été rencontrées.

Les entretiens, d'une durée moyenne de 60 minutes, très peu directifs, se limitaient généralement aux maladies d'enfants. Ils ont été enregistrés, intégralement transcrits et traduits, avant d'être analysés statistiquement : calcul de la fréquence d'apparition de chaque item (les différentes catégories relatives à la symptomatologie, aux recours, et aux étiologies supposées de chaque entité), et test (par le Khi<sup>2</sup>) de la signification statistique des différences de fréquences observées entre les groupes de mères (les deux sous-groupes de mères sikassoises, l'ensemble des Sikassoises et les villageoises).

Parmi les maladies d'enfants étudiées, la maladie *sumaya* arrive en tête de celles sur lesquelles les femmes s'expriment spontanément. 73 des 77 Sikassoises et 39 des 41 villageoises rencontrées (soient 112 femmes au total) se sont exprimées sur *sumaya*, fournissant les informations présentées ci-après.

C. Bailleul (1981) traduit *sumaya* par fièvre paludéenne, mais aussi par fraîcheur, humidité, moiteur, d'une part, lenteur et calme de l'autre. Dans le Bèlèdougou, D. Diakitè (1988 : 100) envisage comme correspondance bio-médicale au terme *sumaya* les syndromes fébriles (paludisme, grippe...). Il est impossible de conclure qu'un enfant dont la mère dit qu'il souffre de *sumaya* ou de « palu » fait effectivement un accès de paludisme : qui d'autre que le professionnel, muni d'instruments spécifiques, pourrait l'affirmer avec certitude ? D. Bonnet (1986 : 26) rappelle que l'assimilation de tout symptôme fébrile à une crise de paludisme, extrêmement fréquente en Afrique Noire, conduit à un « abus de diagnostics d'accès palustre ». Effectivement, à Sikasso, les

---

(1) Enquête longitudinale à passages répétés (5 en 5 ans) par questionnaires (questions fermées) sur la santé de la population sikassoise, femmes et enfants principalement. Débutée en 1988, cette enquête est financée par la fondation Ciba-Geigy, et s'intègre dans un projet de développement des activités de SMI mené dans la ville de Sikasso depuis 1984 par les associations ASAME (Mali) et IAMANEH (Suisse).

agents de santé parlent de *sumaya* dès qu'ils soupçonnent un cas de paludisme : on comprend dès lors que, si les femmes ayant décrit *sumaya* s'exprimaient toutes en français, elles auraient, à tort ou à raison, parlé de paludisme. Synonymes, les termes *sumaya* et paludisme apparaissent dans certains cas comme une « catégorie de réserve », pour la population comme pour le personnel de santé, catégorie utilisée chaque fois que rien ne laisse supposer une pathologie différente.

Nous décrivons les opinions exprimées dans la ville de Sikasso, avant de poser quelques hypothèses quant à l'évolution de l'entité *sumaya* en milieu urbain, en regard des résultats des comparaisons effectuées entre les deux sous-groupes de femmes urbaines ainsi qu'entre villageoises et Sikassoises.

## 1. Description de *sumaya* en milieu urbain (ville de Sikasso)

Sur 77 femmes rencontrées dans la ville de Sikasso, 73 se sont exprimées sur *sumaya*.

### 1.1. Les symptômes

68 des 73 femmes de Sikasso qui se sont exprimées sur *sumaya* ont mentionné un ou plusieurs symptômes de la maladie : 37 femmes (54 %) ont mentionné des vomissements, 36 (53 %) de la fièvre, 19 (28 %) un « corps mou » (2) (*fari ka faga* : corps/verbe/tuer, éteindre ; ou *farifaga* : fatigue générale), 13 (19 %) des troubles digestifs autres que les vomissements (diarrhée, constipation, inappétence...), 10 des maux de tête et 7 des frissons (*yèrèyèrè* : grelotter). Souvent la conjonction de la fièvre et de vomissements est considérée comme caractéristique de la maladie.

Deux expressions sont employées par les femmes pour évoquer la fièvre : *farigan bè* (fièvre/verbe ; de *fari* : corps ; *gan* : chaud, difficile, urgent) et *fari ka kalan* (corps/verbe/chaud, rapide, irréfléchi). Comme pour les Moose du Burkina (D. Bonnet, 1986 : 27), la formule « avoir le corps chaud » exprimée par *fari ka kalan* dans ma zone d'enquête (Kènèdougou), n'est pas toujours associée à un événement pathologique. Durant une grossesse comme juste après des rapports

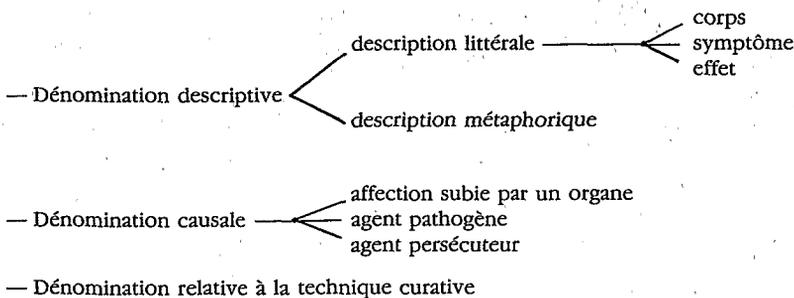
(2) La graphie des termes bambara ainsi que leur traduction sont généralement celles proposées dans le dictionnaire du Père Bailleul. Cependant, lorsque mes deux interprètes font la même traduction d'une expression bambara, c'est cette dernière que je retiens dès lors que son esprit est concordant avec la traduction donnée dans le dictionnaire.

sexuels, la femme est considérée comme ayant « le corps chaud ». F. Héritier (*in* Augé & Herzlich 1986 : 142) montre qu'il existe chez les Bobo un schéma général d'opposition homme-chaud / femme-froide entraînant une réglementation des relations sexuelles pendant la grossesse, l'allaitement et la ménopause, moments de sa vie où la femme est « chaude ». Là encore, comme dans le Kènèdougou, « avoir le corps chaud » est une formule symbolisant un état spécifique mais non obligatoirement morbide.

Compte tenu du contexte d'élocution (les femmes parlent d'une maladie et plus spécifiquement de ses manifestations chez l'enfant), on peut considérer que *fari ka kalan* est, ici, synonyme de *farigwan*, expression d'une hyperthermie traduisant un état morbide. Si le terme *farigwan* se traduit exclusivement par fièvre, *kalan* signifie, selon le contexte, à la fois chaud, rapide et irréfléchi. Ses différentes significations permettent de l'opposer à *sumaya*, terme utilisé pour qualifier la fraîcheur de l'hivernage (juin-septembre), alors qu'en saison froide (novembre-janvier) on dit *nènè*. La majorité des femmes considèrent, par ailleurs, que *sumaya* est une maladie de l'hivernage.

Faut-il pour autant considérer que l'emploi du terme *sumaya* signale une référence aux symptômes de la maladie, à ses effets ou à son origine, selon la classification proposée par S. Fainzang (3) ? On pourrait penser qu'il s'agit d'une dénomination descriptive littérale relative au symptôme, mais inversée (*kalan* s'opposant à *sumaya*) ; ou d'une dénomination causale, l'agent pathogène trouvant son origine dans la fraîcheur humide de l'hivernage. Aucune de ces hypothèses n'est, hélas, pleinement satisfaisante. D'une part l'utilisation du terme *sumaya* pour nommer un événement clairement identifié comme morbide ne peut s'expliquer par son opposition à *kalan*, terme — on l'a noté — très chargé symboliquement. D'autre part, si beaucoup de femmes considèrent que l'hivernage, et donc l'humidité (*sumaya*), est

(3) S. Fainzang (1986) a proposé un classement des maladies en fonction du registre auquel renvoient les critères selon lesquels chaque maladie est nommée. Ainsi l'auteur met en évidence, chez les Bisa du Burkina Faso, trois types de registres (phénoménal, causal, instrumental) que l'on peut schématiser de la manière suivante :



particulièrement propice à la maladie, on observe néanmoins l'existence de catégories étiologiques importantes (aliments souillés et aliments gras notamment) qui ne peuvent être mises en relation avec cette période de l'année.

20 femmes (29 %) mentionnent un changement de couleur de l'urine, du blanc de l'œil ou des excréments. C'est toujours en rouge (*bilen*) ou en jaune (*nèrèmu* : pulpe des fruits de *nèrè*) que se produit cette coloration qui affecte aussi les vomissements. La distinction entre rouge et jaune n'est pas évidente, certaines femmes disant « rouge comme la poudre du *néré* ».

Si la conjonction fièvre/vomissements est assez caractéristique de l'accès palustre, ces symptômes se retrouvent cependant dans de nombreuses autres pathologies. Les troubles digestifs autres que les vomissements, la coloration excessive de l'urine, le jaunissement du blanc de l'œil, la sensation de « corps mou », sont autant de symptômes évoquant des dysfonctionnements hépatiques dont l'étiologie peut n'avoir aucun rapport avec le paludisme.

Cependant, une espèce de paludisme chronique peut s'installer chez le petit enfant justifiant la présence des symptômes décrits, conséquence possible du sous-dosage par les mères des médicaments modernes, et ce malgré la bonne connaissance théorique qu'elles en ont (cf. plus loin 1.4.1).

## 1.2. L'évolution clinique

Selon quelques femmes « *sumaya* entraîne beaucoup d'autres maladies chez l'enfant » ; nombreuses, mais pas identifiées a priori, ces maladies succédant à *sumaya* n'en sont pas une conséquence directe, mais l'enfant, affaibli par *sumaya*, se trouve exposé à toutes sortes de pathologies. Ce phénomène n'est décrit que pour les enfants, considérés comme moins résistants que les adultes.

Généralement pourtant, l'évolution de *sumaya* est susceptible d'entraîner deux états morbides clairement identifiés, *sayi* et *kòndò*. On se retrouve ainsi avec trois entités nosologiques (*sumaya*, *sayi* et *kòndò*), dont chacune peut être indépendante des deux autres : d'une part, les pathologies *sayi* et *kòndò* ne sont jamais une conséquence l'une de l'autre ; d'autre part, les conceptions des femmes quant à leurs étiologies respectives renvoient aussi à d'autres origines que *sumaya*.

### 1.2.1. *sayi*

*sayi* peut constituer une conséquence du « *sumaya* qui dure » que certaines femmes, francophones ou non, appellent « palu chronique ».

Les femmes en distinguent deux formes, *sayi* blanc, *sayijè*, et *sayi* jaune, nommé indifféremment *sayi*, *sayibilen* (*bilen* : rouge) ou *sayinèrèman* (*man* : suffixe désignant l'adjectif ; *sayi* couleur de néré). On remarque ici encore l'utilisation indifférenciée des adjectifs jaune (*nèrè*) et rouge (*bilen*). Comme au Bèlèdougou (D. Diakitè, 1988 : 93), les symptômes décrits évoquent dans le premier cas (*sayijè*) une anémie sévère, dans les seconds un ictère. Dans notre zone d'enquête cependant, *sayijè* est considérée comme plus grave que *sayibilen* et peut en constituer une complication.

Ainsi un *sumaya* qui dure entraîne *sayibilen* qui, lui-même, peut se transformer à terme en *sayijè*, mettant alors en danger la vie de l'individu atteint. Pour 33 femmes (46 %), les deux formes de *sayi* constituent une conséquence possible de *sumaya*, bien que *sayijè* soit rarement cité pour les enfants.

Lorsque les femmes ne mentionnent pas *sayi* comme conséquence d'un *sumaya* qui dure, mais en évoquent les symptômes principaux (tels que coloration des téguments, inappétence et fatigue générale...), l'origine de la maladie est le plus souvent indéterminée.

M. Dacher, qui, chez les Goin du Burkina Faso, inscrit *sumaya* dans un « continuum situé sur un axe de gravité croissante : *sumaya*, *sumaya ba*, *sumaya gwe*, *jokuojo* » (1990 : 100), conclut à l'équivalence des termes (baule) *jokuojo* et (dioula) *sei*. Dans notre zone, quelques femmes emploient le terme *jokajo*, qu'elles considèrent généralement comme synonyme de *sayi*, mais quelquefois aussi de *kòndò*. Nos interprètes pensent que *jokajo* est l'équivalent ivoirien de *sayi*. Les similitudes avec les représentations goin ne s'arrêtent pas là. Chez les Goin, *sumaya gwe* (en dioula, *gwe* signifie blanc) est, généralement, plus grave que *sumaya*. Dans le Kènèdougou, *sayijè* (*sayi* blanc) est plus grave que *sayi*, ce dernier souvent consécutif à *sumaya*. Dans les deux cas, l'adjectif « blanc » marque la gravité de la pathologie.

### 1.2.2. *kòndò*

46 femmes (64 %) estiment que l'enfant peut « durcir », *ka ja* (verbe/paralyser), lorsque *sumaya* est très grave. Une fièvre très élevée est généralement considérée comme le signe de cette gravité. Ce syndrome convulsif, nommé généralement *kòndò*, mais quelquefois aussi *jalibana* est considéré comme souvent mortel surtout lorsque l'enfant est très jeune. *Jalibana* (*ja* : durcir ; *li* marque du substantif ; *bana* : maladie), parfois *jabana*, *jali*, *jajabana*, est employé par 17 femmes. Le lexème *ja* est la racine du terme ; dans le contexte de la maladie, *ja* est toujours traduit en « durcir » par les locuteurs francophones.

D'utilisation plus large que *kòndò*, *jalibana* ne laisse rien supposer de l'origine de l'épisode : « Toutes les maladies qui font durcir, on dit *jabana* ou *jalibana*. » (F40) ; « On dit *jalibana* parce que l'enfant durcit... Ces trois maladies (qui font durcir : *kòndò*, *tetanòsi*, *kanjabana*) commencent par la peur. » (F59).

A Sikasso, 58 femmes ont parlé de la maladie *kòndò*, épisode qui peut être consécutif à *sumaya* ou imputé à un oiseau, *kòndò*. Le plus souvent inconnu, cet oiseau du crépuscule est parfois identifié par les femmes comme le *dèbi*, engoulevé étandard ou engoulevé à balancier ; il est habituellement impliqué dans les convulsions du petit enfant en Afrique de l'Ouest (4), et on suppose qu'il a survolé l'enfant ou sa mère pendant la grossesse. Quelquefois, l'oiseau est l'instrument ou même l'incarnation d'un agent persécuteur : « Même si l'enfant n'a pas *sumaya*, il peut attraper *kòndò*... Ce sont les *mògò juguw* (personnes méchantes) qui prennent l'enfant. Les *mògò juguw*, c'est comme les *subagaw* (sorciers, sorcières) (5), ils se transforment en oiseau pour venir prendre l'enfant... » (F58) ; « Quand l'enfant "durcit", on dit *kòndò*. Le *kòndò* "fabrication" [en français], ce sont les sorciers qui prennent les enfants... Le sorcier se transforme en oiseau... On demande pourquoi les *subagaw* font ça. Peut-être c'est Dieu qui les a faits sorciers. » (F70).

Pour 34 des 58 femmes (59 %) s'étant exprimées sur *kòndò*, l'épisode n'est que la conséquence d'un *sumaya* grave, généralement pas ou mal traité. 9 d'entre elles considèrent que la croyance en l'action de l'oiseau est désormais dépassée, et que seules y adhèrent encore les personnes âgées : « Si *sumaya* est très grave, l'enfant peut "durcir"...

(4) Partout la « maladie de l'oiseau » se caractérise essentiellement par des convulsions. Au Burkina Faso, chez les Bisa (Fainzang, 1986 : 58-61), la maladie *benò* (oiseau) « est supposée atteindre l'enfant dont la mère, alors enceinte de lui, se trouvait dans une maison sur le toit de laquelle s'est posé un oiseau ». Chez les Moose (D. Bonnet, 1986 : 49), le double *siiga* de l'oiseau *liula* atteint le *siiga* de l'enfant. « Le contact se réalise « de *siiga* à *siiga* » au moment où l'oiseau et la personne sont dans une relation en miroir, c'est-à-dire exactement l'une en dessus de l'autre. » La projection de l'oiseau peut atteindre directement l'enfant ou le ventre de la mère avant sa naissance. Dans ce cas la femme contaminée transmettra la maladie à l'enfant par l'intermédiaire du placenta ou, après la naissance, par le lait maternel. Chez les Winyè (Jacob, 1987 : 66), la maladie *jimi yie* s'explique ainsi : « c'est l'ombre de l'oiseau volant au soleil couchant et se portant sur la mère enceinte qui rendrait malade l'enfant à venir ». Comme chez les Moose, « on conseille à la femme enceinte de placer une calebasse d'eau en permanence à ses côtés ». Chez les Goin enfin (Dacher, 1988 : 27), l'oiseau *tigaangu* « attrape le bébé en volant au-dessus de lui ». Le vent déplacé par l'oiseau est l'agent mécanique de la contamination. Au Mali, chez les Bambara du Belédougou (Diakitè, 1988 : 183), la cause de *kòndònyaman* est essentiellement « imputée à la conduite de la femme enceinte, en particulier marcher sur la trace du gîte, les œufs ou le petit oiseau *debi* (engoulevé à balancier) ».

(5) Parmi les entités anthropomorphes éventuellement responsables de certaines maladies, on trouve les *subagaw*, sorciers, les *mògò juguw*, personnes mauvaises, et les *jinèw*, génies. Les *subagaw* (*subaga* : sorcier, sorcière) appartiennent obligatoirement à des *tòm*, groupements de plusieurs personnes. La plupart des femmes disent que, n'appartenant pas à un

Les vieilles disent que si tu sors avec l'enfant la nuit et que l'oiseau survole l'enfant et que son vent lui tombe dessus, l'enfant a la maladie... Il faut l'amener au dispensaire, les docteurs ont montré maintenant que c'est *sumaya*. Avant, quand les enfants avaient *kòndò*, ils mouraient. L'enfant ne passait même pas la nuit » (F78).

Pour 8 femmes (14 %), seul l'oiseau est mis en cause lors de convulsions du petit enfant, et pour une femme, qui ne mentionne pas *sumaya*, toute fièvre élevée peut faire durcir l'enfant.

Pour 15 autres femmes (26 %), il y a clairement juxtaposition des deux origines (*sumaya* d'un côté, « oiseau » de l'autre), la logique interne à chacune ne semblant pas atteinte par l'autre : « Quand *sumaya* est très grave ça donne "l'accès" [en français], ça fait durcir l'enfant. En bambara on dit *kòndò*... Mon enfant a eu *kòndò* mais il n'avait pas *sumaya*... Il y a une différence entre *sumaya* qui fait durcir l'enfant et *kòndò*. Pour *kòndò* l'enfant durcit brusquement... Je n'ai jamais vu un docteur soigner ce *kòndò*, mais ils soignent bien le *kòndò* de *sumaya*. » (F61). Face à cette dualité de conceptions, il semble que souvent les femmes décident *a posteriori* de l'étiologie de la maladie : « Le *sumaya* très grave peut faire durcir l'enfant... Il y a deux sortes de *kòndò*. Pour les deux l'enfant durcit, mais il y en a un l'enfant meurt, mais avec l'autre non. Celui qui fait mourir l'enfant, on l'appelle *sanfèfèn* (ce qui est dans le ciel). Si la maman se promène au crépuscule avec l'enfant, le cas peut arriver. » (F75).

de ces *tònw*, elles ne peuvent pas parler de sorcellerie. Connaître ces choses équivaut à les pratiquer. Les sorciers « bouffent » les gens, notamment les enfants, qui gonflent avant de mourir ou disparaissent simplement. Selon certaines femmes, un enfant ne peut être « bouffé » que si un des membres de sa famille appartient à un *tòn*. Un système d'échanges, entre sorciers d'un même *tòn*, implique que le nouveau venu dans un *tòn* « donne » un enfant de sa famille. Ce sont essentiellement les femmes qui « bouffent » les enfants. Cette responsabilité des femmes n'est jamais explicite, mais les propos recueillis la suggèrent : « on ne peut pas chasser les sorciers du village, seul un mari peut obliger sa femme à quitter ». Certaines personnes peuvent voir les sorciers. Ce sont les *nyè fila tigi* (œil/deux/possesseur). Ils les voient à l'envers, marchant sur la tête. Les sorciers sont des gens jaloux qui ne peuvent agir autrement. C'est, en effet, Dieu qui les a faits tels qu'ils sont. Ils ont la capacité de se transformer en oiseau, en bête sauvage, en chat noir ... Au contraire des *subagaw*, les *mògò juguw* (personnes/mauvais) ne disposent pas de pouvoirs surnaturels. Ils pratiquent ou commanditent des actes de magie instrumentale pour régler, avec violence, les conflits qui les opposent à leur entourage. Les *jinèw* (génies) enfin peuvent être bons ou mauvais. Ils vivent dans la brousse, souvent à proximité des grands arbres ou des cours d'eau. Généralement, les personnes souffrant de maux de tête violents et fréquents, ainsi que les individus dépressifs sont réputées être sous l'influence d'un *jinè*. Un *jinè* peut se cacher sous la forme d'un petit enfant, qui présente alors toutes sortes de particularités, notamment une très grande force et une précocité incroyable. Il est toujours de teint très clair. Il déplace les objets de la concession alors qu'il n'est pas encore en âge de marcher... Cet enfant sera amené chez un guérisseur et des manipulations compliquées permettront de conclure à sa véritable identité : si un gros serpent s'échappe de la maison en même temps que l'enfant disparaît, il s'agissait bien d'un génie. Sinon...

Le personnel de santé s'est emparé du terme *kòndò* pour nommer les convulsions d'origine supposée palustre. Les femmes leur ont vraisemblablement emboîté le pas. Cependant, selon près d'un tiers des femmes, *kòndò* est la maladie de l'oiseau pour peu que les convulsions cessent sans recours à la médecine moderne, ou que l'enfant meure malgré ce recours. Si l'intervention du personnel de santé est « efficace », l'épisode est alors considéré par les mères comme consécutif à *sumaya*.

### 1.3. L'étiologie de la maladie

Pour A. Zempléni (1985 : 21), l'origine d'une maladie est ce qui rend intelligible l'irruption de l'événement dans la vie de l'individu. En cherchant une réponse à la question « pourquoi ? », chacun essaie de comprendre la raison pour laquelle tel individu présente, à tel moment, une certaine pathologie. Outre la reconstitution de l'origine de cette pathologie, deux opérations complètent la recherche étiologique. En répondant à la question « comment ? », nous nous représentons la cause instrumentale de la maladie, et par les questions « qui ? » ou « quoi ? » nous en identifions l'agent. S. Fainzang met en doute la validité universelle de la distinction cause/agent/origine : « Les matériaux bisa se prêtent mieux, en réalité, à une analyse qui ferait apparaître chacun de ces phénomènes [ceux investis du statut de cause] comme autant de "causes", lesquelles s'inscrivent, en outre, dans une relation d'entraînement » (1985 : 196). L'auteur propose de distinguer entre causes premières, qui interviennent en premier lieu dans « l'ordre temporel de la séquence causale », et causes immédiates. Ces dernières relèveraient d'une étiologie constante (discours commun, cadre théorique permanent), et les causes premières d'une étiologie variable (discours du devin, fonction du contexte d'apparition de la maladie). Pour une maladie comme *sumaya*, à étiologie naturelle et exogène, la complexité des liens existant entre les multiples « causes » se prête bien, me semble-t-il, à une analyse en termes d'origine, d'agent et de cause.

Sur les 72 femmes de Sikasso qui se sont exprimées à propos de l'origine de *sumaya*, une seule ne reconnaît que Dieu comme origine de la maladie, déclarant qu'on ne peut savoir par quel chemin (*sira*) il amène les maladies. Cependant, pour la plupart des femmes, Dieu, responsable de toute chose, est, selon la terminologie employée par D. Bonnet (1985 : 18) et N. Sindzingre, la cause ultime de toute maladie. Si *sumaya* est, comme on le verra, une maladie à étiologie naturelle, l'image de Dieu n'est pas absente non plus des maladies à interprétation persécutive. *Jinèw* (génies), *subagaw* (sorciers), *mògò juguw...* sont des créatures de Dieu (cf. plus haut, citation de F70). En défini-

tive, rien de naturel ou de surnaturel ne se produit sans Sa volonté (ou tout au moins Son assentiment). Dieu se situe donc au-delà de l'origine de la maladie, au-delà même de ce que S. Fainzang qualifie de cause première.

J.-P. Jacob (1987 : 82), D. Bonnet et S. Fainzang (1985 : 194) décrivant les catégories causales de la maladie en œuvre dans les sociétés qu'ils étudient, assimilent en partie « maladie de Dieu » et étiologie naturelle. Ces auteurs regroupent ainsi dans une même catégorie des énoncés relatifs, me semble-t-il, à deux catégories de maladies : celles dans l'explication desquelles n'interviennent que des éléments naturels (par opposition aux maladies dont l'origine relève d'une conception persécutive), et celles dont on ignore (volontairement ou pas, momentanément ou non) l'origine.

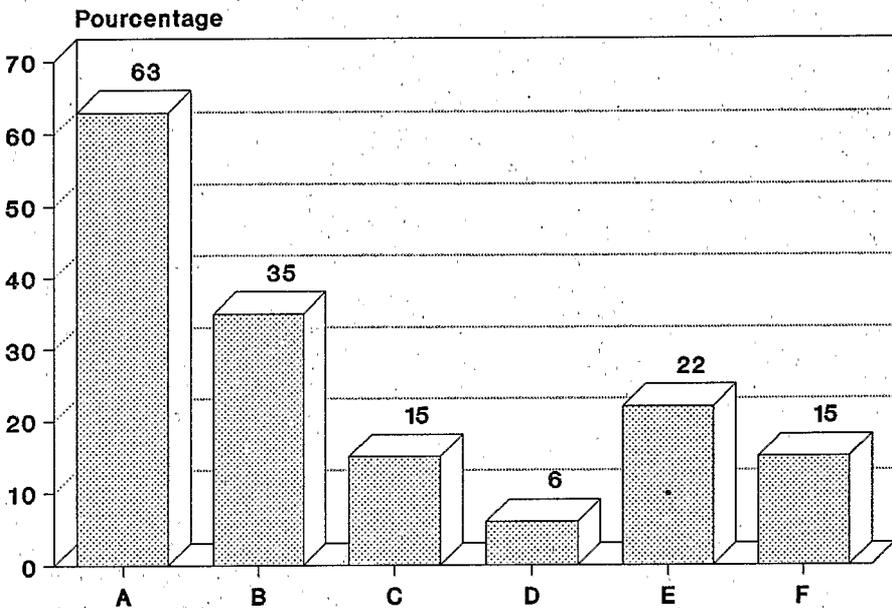
Parmi les 11 catégories étiologiques qu'elle construit, N. Sindzinge en distingue clairement une qui regroupe différents facteurs mécaniques, et une autre réservée à Dieu. Postulant que cette dernière « n'est pas homogène aux autres », cette option s'avère tout à fait pertinente dans notre zone : « Dieu/*kulotyolo* peut être dit cause de l'infortune, mais en tant que cause ultime du monde et de tout événement. » Dieu constitue dès lors « la dernière instance causale invoquée lorsqu'aucune autre ne peut plus l'être », fonctionnant ainsi comme une « hypothèse transcendantale nécessaire, enveloppant les autres entités du monde physique : ancêtres, esprits... » (1986 : 109-110). Dans la même ligne, M. Dacher assimile « maladie sans cause » et « maladie de Dieu » : « Dieu est une sorte de signifiant zéro : il peut désigner l'agent, le mobile, l'instrument ultimes lorsqu'on n'a pas trouvé les intermédiaires ou qu'on n'a pas envie de les dire ; il peut même signifier ces agents intermédiaires, puisque "Dieu a tout créé, les génies, les sorciers, les ancêtres"... » (1988 : 49).

A Sikasso, les origines et les causes de *sumaya* sont généralement perçues comme multiples. Certains éléments sont par ailleurs considérés comme déclenchants. Néanmoins, le non-respect de certains usages alimentaires et la présence de nombreux moustiques constituent les explications les plus fréquemment évoquées par les Sikassoises rencontrées. Elles sont parfois intimement liées, lorsqu'il y a, par exemple, ingestion par l'individu de nourritures préalablement souillées par un insecte.

La catégorie étiologique formée par les aliments arrive nettement en tête des origines supposées de *sumaya* (63 % ± 11 % des femmes). Elle comprend essentiellement des aliments doux, huileux, souillés, ainsi que le lait maternel. Il est rare cependant que l'alimentation soit seule mise en cause. Pour 56 % (± 11 %) des mères, le moustique est

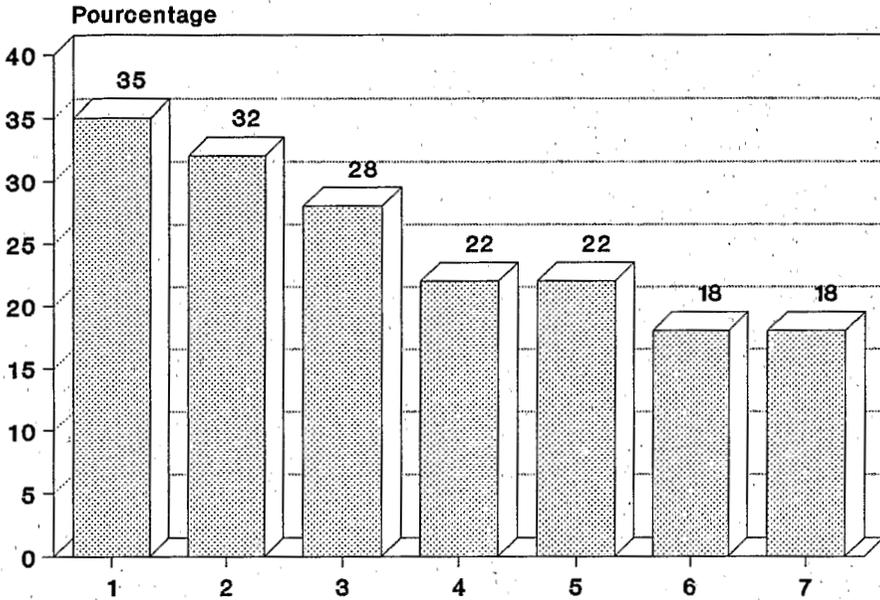
responsable ou co-responsable de *sumaya*. 4 d'entre elles ne font pas référence à sa piqûre. Le moustique dépose alors un élément pathogène dans les aliments. La mouche, responsable de *sumaya* pour 15 % ( $\pm 8$  %) des femmes, intervient le plus souvent dans la souillure des aliments, même si elle dépose parfois sur le corps un agent pathogène. Enfin, pour 22 % ( $\pm 9$  %) des femmes, des éléments assimilables à la fraîcheur humide peuvent expliquer la maladie.

Figure 1 :  
L'origine de *sumaya* (72 femmes de Sikasso)



- A. Les aliments
- B. Référence spontanée à la piqûre du moustique
- C. Référence non spontanée à la piqûre du moustique
- D. Le moustique sans référence à sa piqûre
- E. Les éléments assimilables à la fraîcheur
- F. Les mouches

Figure 2 :  
Les principaux agents de *sumaya* (72 femmes de Sikasso)



1. Certains aliments doux
2. Aliments gras
3. Sang inoculé par un moustique
4. Eau sale
5. Aliments impropres à la consommation (souillés principalement)
6. Lait maternel
7. Microbes et assimilés.

Pour de nombreuses femmes, la responsabilité des aliments ne laisse aucun doute, même si elles déclarent parfois ne pas pouvoir les identifier : « Comme on mange beaucoup de nourritures différentes, on ne peut pas savoir celle qui donne *sumaya*. » (F26). Certaines nourritures douces (35 % ± 11 % des femmes) et contenant trop de graisse (32 % ± 10 % des femmes) sont les agents de la maladie les plus fréquemment évoqués. Vient ensuite le sang inoculé lors d'une piqûre de moustique (28 % des femmes), suivi des nourritures impropres à la consommation (le plus souvent souillées, exceptionnellement avariées, 22 % ± 9 %), de l'eau sale et du lait maternel (18 % ± 8 %).

Enfin, 18 % des femmes mentionnent des éléments pathogènes invisibles que nous avons assimilés aux microbes. Ils n'interviennent pas, dans la chaîne causale, au même niveau que les autres agents, ils en sont des composants. Certains sont spécifiques à *sumaya* ; les femmes les appellent : « germes (*kisèw* ou *zèrmi*) de la maladie », « gaz (*gazi*) de la maladie », « saletés (*nògòw*) de la maladie »... qui se trouvent essentiellement dans le sang d'un premier malade piqué. D'autres, *ji nògòw* (eau, saletés), *nògòw* renvoyant à une notion de souillure, sont généralement des composants de l'eau sale, qui est soit inoculée par un moustique (*soso*), soit déposée sur le corps ou sur les aliments par une mouche (*limògò*).

Bien que les éléments potentiellement responsables de *sumaya* soient multiples pour la grande majorité des femmes, il est cependant possible de les regrouper en trois situations pathogènes distinctes (cf. schéma récapitulatif, annexe 1) : ou bien le malade a été l'objet, par le biais d'un médiateur (sauf une exception de contamination directe), d'une contamination ou d'une contagion ; ou bien l'équilibre corporel du malade a été rompu ; ou enfin la conjonction des deux séquences causales précédentes est nécessaire pour expliquer la maladie (situations pathogènes mixtes).

### 1.3.1. Contagion et contamination

Le concept de médiatisation utilisé par S. Fainzang dans sa théorie de la contamination (1986 : 67) s'avère pertinent pour notre analyse, bien que la définition de la contamination utilisée par l'auteur ne soit pas transposable à notre objet. En effet, S. Fainzang montre comment, chez les Bisa, il suffit d'entrer en contact (directement ou indirectement) avec certains objets (le plus souvent un animal vivant, mais aussi une partie d'un animal mort, un arbre...) pour en recevoir les propriétés. Cette analyse en termes de transmission de propriété, sans doute adaptée à une culture qui privilégie les étiologies dans lesquelles le symptôme observé constitue la marque de l'élément pathogène (6), n'est pas d'application générale.

Nous utiliserons le terme de *contamination* chaque fois qu'un individu aura été, directement ou par le biais d'un médiateur, en contact

(6) Le système nosologique bisa, tel que systématisé par S. Fainzang, fait une place importante aux dénominations causales qui identifient la maladie sous le nom de son agent pathogène. La théorie de la contamination, développée par l'auteur en ces termes : « la maladie résulte de l'action d'un agent pathogène sur le corps d'une personne et se traduit par la transmission d'une de ses propriétés au corps dès lors affecté » (1986 : 66) ne me semble valide que lorsqu'il n'y a pas de disjonction spatio-temporelle entre l'agent de la maladie et la personne qui en sera atteinte.

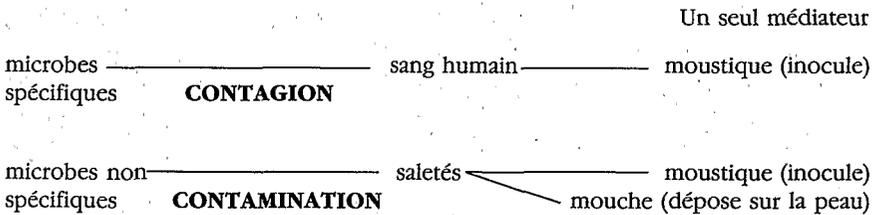
avec un agent pathogène, à l'exception des situations dans lesquelles cet agent est spécifique de *sumaya*. Nous réserverons le terme de *contagion* à ces dernières situations.

A l'exception d'une femme qui pense que le moustique inocule son propre sang, et d'une autre qui impute la maladie aux nourritures avariées (contamination directe), il n'y a pas, dans les propos que nous avons recueillis, de transmission de *sumaya* sans existence d'un intermédiaire (insecte, aliments ou les deux) entre l'agent pathogène et le futur malade.

Lorsqu'un seul médiateur est évoqué, même si la mouche (*limògò*) intervient parfois, c'est généralement le moustique (*soso*) qui assure le contact entre l'agent pathogène et l'individu. En cas de contamination, il y a parfois double médiation, la mouche, et quelquefois le moustique, étant alors impliqués dans la souillure d'aliments dont l'ingestion provoque la maladie.

#### 1.3.1.1. Une médiation unique : la transmission, à travers la peau, d'un agent pathogène par le moustique (plus rarement la mouche)

Dans le cas d'une médiation unique, c'est toujours un insecte qui joue le rôle d'intermédiaire (origine) entre un « microbe » (agent) et le futur malade.



Si D. Diakitè (1989 : 100) enregistre, comme causes déclarées de *sumaya* dans le Bèlèdougou, la « consommation de fruits comme la mangue, de mets sucrés, piqûres des moustiques », D. Bonnet (1986 : 41) et M. Dacher (1988 : 23 ; 1990 : 108) montrent que certaines populations burkinabé, Moose et Goin respectivement, n'associent jamais paludisme et moustique. C'est donc avec intérêt que, dès le début de l'enquête, nous avons observé qu'un nombre non négligeable de Sikasoises (56 %) citaient le moustique parmi les origines de *sumaya*. Nous avons alors essayé de cerner, avec le plus de précision possible, cette catégorie étiologique.

Quand une femme ne parlait pas du moustique, nous cherchions à savoir, généralement en fin d'entretien, si elle connaissait des maladies provoquées par les insectes. Lorsque les femmes n'évoquaient la responsabilité du moustique qu'à ce moment-là, nous estimions que

leur référence à l'insecte n'était pas spontanée. Dans ces conditions, la piqûre du moustique a été citée spontanément comme explication par 35 % ( $\pm 11$  %) du total des femmes ; 15 % ont évoqué la piqûre du moustique de façon non spontanée. Enfin, 6 % des femmes ont mentionné le moustique sans faire référence à sa piqûre (Fig. 1).

Parmi les 36 femmes mentionnant la piqûre du moustique, 8 (soit 11 % de l'ensemble des femmes) considèrent que cette origine est unique. Pour 18 femmes, soit 25 % de l'ensemble, l'alimentation est aussi responsable de *sumaya*. Si généralement les aliments et les moustiques peuvent provoquer la maladie indépendamment les uns des autres, pour certaines femmes la conjonction de ces deux origines est nécessaire (double médiation ou situation pathogène mixte). Pour la plupart des femmes incriminant le moustique, d'autres catégories étiologiques se juxtaposent donc à cet insecte.

On observe qu'une faible proportion de femmes explique la maladie exclusivement par la piqûre du moustique. De plus, ce sont trois éléments distincts (sang humain, sang du moustique, eau sale) qui peuvent être inoculés par l'insecte.

Pour 20 femmes (56  $\pm 16$  % des femmes incriminant la piqûre du moustique), le moustique peut inoculer le sang d'un tiers. Pour 6 d'entre elles, le moustique peut aussi inoculer de l'eau sale ou son propre sang (une femme). Pour 4 femmes, c'est le mélange des sangs de deux personnes différentes qui explique la maladie (cf. *infra*, 1.3.3). Pour les autres, le sang introduit par la piqûre du moustique est toujours celui d'une personne souffrant elle-même de *sumaya* : « Le moustique suce le sang et se promène de personne à personne et cela peut donner la "contagion" [en français] »(F9) ; « Les moustiques prennent en piquant le sang d'un malade (...) ils prennent les "microbes" [en français] chez une personne et les introduisent chez une autre. » (F19).

Que cette explication soit la seule fournie et qu'elle l'ait été spontanément ou non, ce sont au total 16 femmes (soit 22 % de l'ensemble des femmes s'étant exprimées sur l'étiologie de la maladie) qui considèrent qu'il y a transmission, lors de la piqûre d'un moustique, de la maladie préalablement « récoltée » dans le sang d'une personne malade. 22 % des femmes expriment ainsi une idée de contagion. Pour 10 d'entre elles des « microbes » spécifiques de la maladie (microbes [en français], ou *microbou*, *banakisè*, *banagazi*...) sont transmis par le moustique, médiateur entre une personne préalablement infestée et une personne saine. Les 6 femmes restantes ne mentionnent pas ce que contient le sang du malade inoculé par le moustique, mais suggèrent que l'état du premier malade piqué s'explique par ses excès alimentaires. S'il y a bien contagion, il y a aussi rupture d'équilibre avant la transmission de la maladie : c'est donc une situation pathogène mixte (cf. 1.3.3.).

Des 72 femmes s'étant exprimées sur l'étiologie de *sumaya*, 8 (11 %) retiennent comme seule origine la piqûre d'un moustique. Pour 4 d'entre elles seulement, la maladie ne s'explique que par la transmission du sang d'une personne elle-même malade en raison d'une piqûre de moustique. Ainsi, 5 % de l'ensemble des femmes considèrent comme seul responsable le moustique, médiateur entre une personne préalablement infestée et une personne saine (contagion). Cette proportion n'a pas de valeur statistique, et de ces dénombrements nous retenons surtout l'enseignement suivant : le rôle du moustique dans la transmission de la maladie reste, si on le compare à ce qu'en sait la biomédecine, très mal connu ; cela confirme que *sumaya* est un concept sur lequel se juxtaposent de multiples notions approximatives.

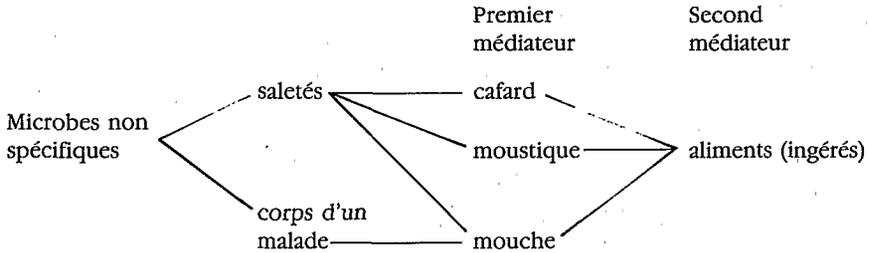
Outre le sang provenant d'une autre personne, le moustique peut introduire aussi son propre sang (contamination directe : 1 femme) et de l'eau contenant des saletés invisibles, pathogènes mais non spécifiques à la maladie : *nògòw* et *ji nògòw* (*ji* : eau). Il y a alors contamination médiatisée par le moustique qui, le plus souvent, à préalablement récolté ces agents pathogènes dans les ordures ou les eaux usées (*nyamanyama*, *pòtòpòtò*) : « Le moustique se promène dans les eaux sales, et s'il te pique et t'amène cette eau, tu seras malade. » (F40). Ces mêmes endroits sont par ailleurs souvent considérés comme le lieu de reproduction de l'insecte. Une idée de contamination avec le moustique comme médiateur est exprimée par 14 % de l'ensemble des femmes.

Si la mouche peut être à l'origine de *sumaya* pour 15 % des femmes (Fig. 1), cet insecte est généralement impliqué dans une double médiation (souillure des aliments). Trois femmes considèrent cependant que la mouche dépose sur le corps du malade des saletés (*nògòw*, *ji nògòw* ou même *banakisè*) provenant toujours des eaux usées ou des détritiques. Les agents de la maladie, déposés par la mouche sur le corps du malade, sont alors les mêmes que ceux qu'inocule le moustique. C'est généralement à travers les pores, *siidingè* ou *siikun* (*sii* : poil ; *dingè* : trou ; *kun* : bout, extrémité), que s'effectue la contamination.

### 1.3.1.2. Une double médiation :

la souillure des aliments par des insectes (notamment la mouche)

Dans les cas d'une médiation unique, la chaîne causale de la maladie comprend trois éléments : un agent (« microbe »), un médiateur (insecte) et un récepteur (malade). Dans le cas où *sumaya* est provoqué par des aliments souillés, la chaîne causale comprend un médiateur supplémentaire, les aliments.



Si 63 % des femmes considèrent que les aliments peuvent être à l'origine de *sumaya*, 16 d'entre elles (22 % de l'ensemble) pensent que ces aliments ont subi une souillure (Fig. 2) par des cafards (2 femmes), des moustiques (4 femmes) et plus fréquemment des mouches (8 femmes). Ce sont toujours des microbes non spécifiques (*jindôgôw*, *nôgôw*...) qui provoquent la maladie : jamais l'idée de contagion à travers les aliments n'a été émise à propos de *sumaya*.

L'opinion générale est que la mouche, le moustique ou le cafard se sont posés, avant de souiller les aliments, dans des eaux usées ou dans des détritits. Quelques femmes pensent que l'insecte peut aussi avoir été en contact avec une personne malade ; toutefois il ne s'agit pas, comme dans le cas de la contagion par le moustique, d'un malade souffrant de *sumaya* mais d'une personne dont l'état de santé n'est pas satisfaisant (impur ?). Cette personne ne présentant pas de plaie, c'est à travers ses pores que sont exsudés les « microbes » récoltés puis transmis par la mouche. On voit ici encore le rôle de contact, cette fois entre intérieur et extérieur du corps, joué par les pores. D. Bonnet (1986 : 16) observe que la salive et l'air exhalé constituent, pour les Moose du Burkina, les vecteurs de transmission des maladies à étiologie naturelle. Dans le Kènèdougou s'y ajoute la sueur (et l'urine).

Il est rare que les adultes contractent *sumaya* par l'ingestion de nourritures souillées, alors que c'est fréquent chez les enfants considérés comme moins résistants (idée plus largement répandue encore pour les maladies diarrhéiques). Les femmes préconisent (mais le font-elles ?) de couvrir les plats et de ne jamais resservir à un enfant un repas sans l'avoir préalablement réchauffé.

La mouche intervient le plus souvent comme premier médiateur entre des microbes et des aliments dont l'ingestion provoque la maladie : « *Sumaya*, on l'attrape soit par les moustiques soit par la nourriture qu'on laisse non protégée. Les mouches s'assoient dedans après s'être posées sur quelqu'un de malade. Il y a beaucoup de maladies apportées par les mouches et les moustiques. Si quelqu'un qui a la diarrhée chie en brousse, celui qui marche dessus l'attrape aussi. » (F2).

Cette femme, tout en décrivant pour les diarrhées une étiologie non conforme au discours sanitaire, associe d'elle-même *sumaya* et diarrhée sans aucune intervention de notre part. N'assiste-t-on pas, ici, à une confusion entre l'étiologie des diarrhées et celle du paludisme, alors que les symptômes décrits sont si différents qu'il n'y a aucun doute quant à la spécificité de chacune de ces maladies ? En plus de l'eau de boisson, la grande majorité des femmes incriminent les nourritures souillées par des insectes pour expliquer les diarrhées. Préconiser de protéger et de réchauffer les aliments, et considérer que la non-observance de cette règle est néfaste, particulièrement pour les enfants, recouvre exactement une partie du contenu des messages éducatifs du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, programme qui demeure à ce jour le plus actif en matière d'éducation pour la santé.

Lorsque *sumaya* ne s'explique pas par une rupture d'équilibre (cf. *infra* 1.3.2), il y a toujours intervention d'un insecte. J.P. Jacob montre que, chez les Winyè du Burkina, la catégorie étiologique formée par les insectes, sans doute « sous l'influence de la culture mandé », est souvent évoquée lorsque la maladie ne peut être facilement pourvue d'un sens : « Au travers des insectes, un processus qui peut ressembler à celui qu'implique l'idée de contamination est mis en place et permet l'explication du mal » (1987 : 77). Nous avons observé, notamment dans les villages, que les scarabées, les punaises, les abeilles... sont souvent impliquées dans l'apparition de fièvres isolées. Ainsi, à la faveur à la fois de l'existence « traditionnelle » d'une catégorie étiologique formée des insectes, et d'une intégration partielle du discours bio-médical, une proportion importante des Sikassoises enquêtées acceptent l'assimilation insecte-vecteurs de maladie, alors même que leurs opinions sur la transmission de *sumaya* demeurent relativement confuses.

### 1.3.2. Les ruptures d'équilibre

D. Zahan (1957 : 968) a admis que, si les Bambara n'ignorent pas l'action des agents pathogènes et les méfaits de la contagion, ils expliquent les maladies par le déséquilibre des éléments (eau, feu, vent, terre) entrant dans la constitution des êtres. Nous avons amplement décrit ci-dessus des étiologies « microbiennes » (contamination, contagion) qu'il est bien difficile d'assimiler à un déséquilibre. Cependant, il semble qu'une certaine qualité des humeurs, et par là l'équilibre de l'organisme, soient affectés par certains événements climatiques et par la consommation de quelques aliments.

### 1.3.2.1. La consommation de certains aliments doux

35 % des femmes imputent à certaines nourritures douces une responsabilité dans la maladie (Fig. 2). L'excès de sucre (raffiné), notamment dans la bouillie, est cité par 13 femmes, alors que 9 incriminent les bananes, 7 les mangues, 3 le maïs. Le lait, les patates douces, les bananes plantain, l'arachide (non transformée) sont mentionnés une fois.

Lorsque du sucre a été ajouté à la nourriture, les femmes disent *dumuni timiman* (*dumuni* : nourriture ; *timiman* : doux au goût) mais lorsque la douceur est intrinsèque à l'aliment, elles disent *dumuni duman* (*duman* : doux à l'odorat mais aussi agréable, bon, utile, efficace, facile). Y. Jaffré insiste sur la « nécessité de réfléchir au sens précis d'un terme à l'intérieur de son système linguistique » (1991 : 138). Dans la région de Sikasso, qu'il y ait ou non adjonction de sucre, tous les aliments qui ne sont ni insipides, ni amers, ni piquants sont considérés comme doux. Un tour au marché de Sikasso, très bien approvisionné, permet de constater la grande variété des *dumuni duman*. La plupart des tubercules (igname mis à part, considéré comme sans goût), le lait, les céréales, les légumineuses, les fruits (dont certains agrumes : oranges et mandarines) sont des aliments doux. Cette douceur peut néanmoins être affectée par la conservation, la transformation ou la préparation des aliments. Il ne reste finalement, en dehors de la catégorie des aliments doux, que certains légumes, les feuilles des arbres, le poisson séché, le piment, produits qui ne constituent pas la base de l'alimentation, et ne sont utilisés que comme condiments pour enrichir le contenu des sauces.

32 % des femmes pensent que les aliments contenant beaucoup d'huile peuvent aussi être responsables de la maladie. Or les Sikassois consomment presque chaque jour du « riz au gras » ou des beignets (de mil, le plus souvent, mais aussi de maïs) frits dans l'huile. Ces aliments jouent un rôle un peu particulier dans le déclenchement de la maladie : « Si on mange des beignets et que "le palu" [en français] est proche, on a la maladie. » (F31) ; « Si la nuit l'enfant mangé de l'huilé et qu'il avait déjà la fièvre, ça peut faire lever *sumaya* » (F44). Ces *dumuni tuluma* (*tuluma* : imprégné de graisse, d'huile) entrent aussi dans la catégorie des aliments doux, *dumuni duman*. 34 femmes (47 %) citent ainsi des aliments doux au sens large (graisses et/ou aliments doux).

Parmi les aliments doux, quelques-unes seulement ont un effet pathogène. De plus, leur présence dans le régime alimentaire n'explique pas, à elle seule, la maladie, puisqu'ils ne s'avèrent pathogènes que dans certaines conditions : s'ils sont consommés en quantité excessive (mangues et sucre notamment), ou à un moment de fragilité par rapport à la maladie (huile essentiellement), ou en dehors des périodes

de cueillette (mangues), ou mal préparés (mais insuffisamment cuit), ou en cachette (beignets achetés par les enfants), etc.

Notons encore que le rôle des nourritures douces (à base de sucre ou de graisse pour les Moose, sucrées pour les Goin) a été décrit par d'autres auteurs, notamment D. Bonnet (1986 : 16) et M. Dachet (1990 : 105). Cette dernière relie les nourritures douces aux migrations, pour créer une catégorie étiologique originale, la modernité (7), non pertinente dans notre zone. Par contre, le fait que *sumaya* soit qualifié, par de nombreuses femmes, de « maladie de Sikasso », ne s'oppose pas à l'idée, développée par ce même auteur, d'extranéité de la maladie (1990 : 103). En effet, la plupart des femmes rencontrées sont d'origine étrangère à la ville : la maladie ne vient pas d'ailleurs, elle est d'ici, mais cet « ici » est souvent un « ailleurs ». Toutefois, jamais une femme n'a dit que *sumaya* n'existait pas « avant », ou n'existe pas ailleurs, ce que nous avons entendu pour d'autres pathologies. Par contre, il apparaît clairement que les déplacements de personnes sont souvent considérés comme faisant courir un risque de maladie, abstraction faite des lieux de départ et d'arrivée (du village à la ville, de la ville au village, de ville à ville, de village à village). Le contact avec l'« ailleurs », avec l'« autre » est dangereux, sans qu'à cette altérité s'associe obligatoirement une idée de modernité.

### 1.3.2.2. Les éléments assimilables à la fraîcheur humide

Si *sumaya* désigne une maladie, c'est aussi, nous l'avons dit, le mot utilisé pour qualifier la fraîcheur de l'hivernage, en opposition au froid sec, *nènè*. Pour 22 % des femmes, certaines situations que nous avons assimilées à la fraîcheur humide peuvent expliquer *sumaya*. La maladie *sumaya* est d'ailleurs considérée comme une pathologie nettement plus fréquente pendant cette saison (ce qui est démontré pour le paludisme). La pluie, le vent (qui précède les averses pendant la saison des pluies), la fraîcheur (qui suit ces averses), l'eau dans laquelle les enfants pataugent, l'eau des rivières pour les adultes et les grands enfants... sont cependant souvent considérés comme facteurs déclenchants d'une maladie qui sommeille : « Certains disent que si on

---

(7) M. Dachet relie les nourritures douces, notamment la mangue, dont la consommation en excès est seule dangereuse, aux migrations, et, par là, à la modernité. Tout repose sur l'idée que les mangues auraient été introduites avec la colonisation, ce qui n'est pas vérifié dans le Kènèdougou, où ni le manguier ni *sumaya* ne m'ont jamais été présentés comme des choses qui n'existaient pas « avant ». D'après von Maydell (1990 : 299), le manguier aurait été introduit en Afrique occidentale par les Portugais au début du XVI<sup>e</sup> siècle. Même si un siècle ou deux ont été nécessaires à sa diffusion, tout ce qui est considéré comme « moderne » par mes interlocutrices est d'introduction considérablement plus récente.

n'habille pas l'enfant, il attrape *sumaya*. Mais ce n'est pas seulement ça. Si le temps est venu d'avoir *sumaya*, on a la maladie (F29) ». Parfois ce sont les différences de température, les alternances entre le chaud et le frais qui sont considérées comme déclenchantes : mêmes si elles ne provoquent pas la maladie, elles permettent à ses premiers symptômes de s'exprimer : « L'essentiel de *sumaya* vient du fait que les enfants se promènent tout nus. L'enfant peut attraper *sumaya* en restant sous la pluie. Il rentre en grelottant et il a *sumaya* » (F20).

Les femmes impliquant des agents assimilables à la fraîcheur humide sont souvent catégoriques quant à la plus grande fréquence de la maladie pendant l'hivernage. Leurs observations les conduisent, probablement, à attribuer une partie de la responsabilité de la maladie à des événements climatiques caractéristiques de cette saison.

### 1.3.3. Les situations pathogènes mixtes

Le « lait maternel » et le « sang d'une autre personne » ne s'analysent pas exclusivement selon l'un ou l'autre des deux modèles explicatifs de la maladie ci-dessus décrits (contamination ou contagion, rupture d'équilibre).

#### 1.3.3.1. Le lait maternel

La figure 2 indique que, pour 18 % ( $\pm 8$  %) des femmes, le lait maternel peut transmettre *sumaya* à l'enfant. Les mères n'excluent pas une simple contamination de l'enfant par des « microbes non spécifiques », et le lait maternel appartient alors à la catégorie des nourritures souillées : « Les nourritures non réchauffées peuvent donner *sumaya* à l'enfant. Quand l'enfant tète il peut avoir la maladie si sa mère ne se lave pas le sein (F53) ». Le plus souvent cependant, la mère est atteinte elle-même de la maladie, toujours en raison d'une consommation excessive d'aliments doux : « Quand une mère mange une mangue ou du maïs mal cuit, ça descend dans son sein et si l'enfant boit le lait, il aura *sumaya* » (F19) ; « Si leur maman a la maladie, ils [les petits enfants qui ne mangent pas encore] la trouvent dans le sein de la mère. » (F57).

Le lait maternel n'est mis en cause que par les femmes incriminant seulement les aliments dans la survenue de *sumaya*. Il est probable qu'à travers leur référence au lait maternel, elles fournissent une explication, conforme à leurs représentations, au *sumaya* des enfants qui sont encore nourris exclusivement au sein (situation qui peut parfois se prolonger au-delà de 18 mois).

### 1.3.3.2. La piqûre du moustique responsable d'un déséquilibre pathogène

Si pour la moitié des Sikassoises rencontrées la piqûre du moustique peut être à l'origine de la maladie (Fig.1), 56 % d'entre elles (soit 28 % de l'ensemble des femmes) pensent que c'est l'inoculation du sang de quelqu'un d'autre qui explique la maladie (Fig. 2). Dans la majorité des cas contagieux, ce sang contient des « microbes » spécifiques de la maladie (cf. *supra* 1.3.1.1).

Cependant 4 femmes considèrent que c'est le mélange des sangs de deux personnes différentes qui provoque la maladie. A une exception près (8), seules ces femmes tentent une explication de ce qui se passe à l'intérieur du corps du malade (cause instrumentale). Pour deux d'entre elles, bien que la première personne piquée par le moustique soit malade, c'est la chaleur de son sang qui est pathogène. Il y a clairement rupture d'équilibre : « Si le moustique pique quelqu'un de malade et pique quelqu'un d'autre, cette personne aura *sumaya*... Le sang de la personne malade est plus chaud et le problème c'est le mélange du sang chaud du malade et du sang du non malade » (F31). Pour les deux autres femmes, la première personne piquée est saine, mais son sang est différent : « Le moustique mélange des sangs différents... Quand on va au dispensaire et que l'on n'a plus de sang, on doit chercher là-bas une personne qui a le même sang. Si les sangs sont deux, ça peut donner *sumaya* » (F16). L'enquêtée se réfère à certaines pratiques biomédicales ainsi qu'à la croyance, bien établie, selon laquelle il est dangereux de mélanger, dans le corps, des choses d'origines différentes. Des expressions telles que « les sangs sont deux », mais aussi « les nourritures sont deux », « les eaux ne sont pas les mêmes »... sont utilisées pour expliquer la survenue de *sumaya* et d'autres maladies (cf. 1.3.2.1 à propos de l'extranéité).

Six autres femmes, tout en exprimant une idée de contagion, ne font jamais référence au contenu du sang de la première personne piquée. Elles disent simplement que le moustique a pris le sang d'un malade et l'a déposé dans le corps de quelqu'un d'autre : elles expriment une idée de transmission, mais sans « microbe ». Toutes ces femmes expliquent aussi *sumaya* par l'ingestion de certains aliments, et ce n'est généralement qu'après une question indirecte de notre part qu'elles mentionnent le moustique. Si aucune d'entre elles n'exprime

(8) Une seule femme évoque une cause instrumentale de la maladie autre que le mélange des sangs de deux personnes différentes. L'entretien se déroule en français : « Le microbe se trouve dans ses glandes salivaires [celles du moustique], donc il va transmettre le microbe. Il se met dans le sang. Le microbe donne la fièvre. Il y a une lutte entre les globules rouges et les germes. Les globules rouges vont se crever et ça entraîne une anémie chez l'enfant, c'est ça qui donne des accès pernicieux. Bon ! il y a la fièvre, l'enfant vomit, il a des maux de tête. »

explicitement l'idée qu'une personne, malade en raison de sa consommation de certaines nourritures (déséquilibre), puis piquée par un moustique, pourrait alors transmettre la maladie, l'articulation de leur discours laisse cependant supposer que c'est bien à cela qu'elles pensent.

Quasiment toutes les causes de la maladie exposées par les femmes sont analysables en termes de déséquilibre et/ou de contagion-contamination médiatisées. Seules deux mères expriment une idée de contamination directe : par des aliments avariés pour l'une, par le sang du moustique pour l'autre (cf. annexe 1).

#### 1.4. La lutte contre *sumaya*

Si 38 % des femmes de l'échantillon citent des produits traditionnels pour prévenir ou traiter *sumaya*, la Nivaquine arrive cependant nettement en tête comme moyen de prévention et comme médication de la maladie. Un quart des femmes préconisent des mesures individuelles d'assainissement ou des moyens mécaniques (moustiquaire) ou chimiques (insecticides) de prévention.

##### 1.4.1. Les médicaments modernes

La Nivaquine (chloroquine) est citée par 77 % des femmes. Pour 55 % ( $\pm 11$  %) des femmes la Nivaquine permet, dans la plupart des cas, de guérir de la maladie. 42 % ( $\pm 11$  %) lui attribuent une vertu préventive. Mais, si les femmes connaissent souvent les posologies conseillées pour prévenir le paludisme, les doses qu'elles déclarent administrer aux enfants à titre curatif sont, par contre, fréquemment insuffisantes pour éliminer complètement le parasite dans le sang. Elles procurent probablement un réconfort passager au patient, en supprimant en partie et pour quelque temps les symptômes de la maladie. De plus, une assimilation doit exister entre l'amertume de la Nivaquine et celle des produits traditionnels, pour les opposer aux nourritures douces, dont on a vu le rôle étiologique. D. Bonnet suggère que l'efficacité de la Nivaquine est reconnue par les Moose en raison de son amertume (1986 : 64), alors que, d'après S. Fainzang (1986 : 64), la couleur blanche du comprimé qui serait déterminante chez les Bisa. Bien que relative dans les conditions d'utilisation, l'efficacité du produit, son accessibilité (le coût du traitement complet pour un enfant de 3 ans est d'environ 100 F CFA, soit 2 FF, et le produit est presque partout disponible), ainsi que l'opposition symbolique amer/doux, sont autant d'éléments qui expliquent que le médicament demeure en tête des moyens de prévention et de recours préconisés par les mères.

Le Quinimax (quinine), en injection, est cité par 14 % ( $\pm 8$  %) des femmes.

#### 1.4.2. Le dispensaire

41 % ( $\pm 11$  %) des femmes déclarent se rendre parfois au dispensaire, *dòkòtòròso* (maison des docteurs), quand un enfant souffre de *sumaya*, généralement lorsque l'automédication, moderne ou traditionnelle, s'est avérée inefficace. Il existe pour les femmes différents stades de la maladie et une gradation dans les recours à mettre en œuvre.

#### 1.4.3. Les produits de la brousse

37 % ( $\pm 11$ ) des femmes citent des produits de la brousse comme recours possible en cas de *sumaya*. Les mêmes produits, avec des méthodes d'utilisation différentes, sont aussi préconisés pour prévenir la maladie (11 %  $\pm 7$  des femmes). Les femmes font bouillir des feuilles, quelquefois des racines ou des écorces, dont elles ne peuvent pas toujours préciser l'origine, et qu'elles achètent au marché. Le liquide obtenu est utilisé en boisson et pour laver l'enfant. Si le bain est surtout préconisé à titre préventif, l'ingestion l'est à titre curatif le plus souvent. Souvent, les femmes mentionnent spontanément l'amertume, notamment quand elles ne savent pas nommer l'arbre dont elles utilisent les feuilles ou l'écorce. La feuille de *nim* (*Azadirachta indica*) ainsi que l'écorce et les feuilles de manguier sont les produits les plus fréquemment cités (6 fois). La feuille de « cassia » (*Cassia sieberiana*) est citée 4 fois, celle du papayer 3 fois.

Non seulement une proportion de femmes comprise entre 71 et 89 % citent la Nivaquine comme moyen de prévention ou de recours, mais de plus, pour les produits traditionnels, les combinaisons visant à obtenir le résultat souhaité paraissent limitées.

### 1.5 *sumaya*, une maladie naturelle

Pour clore cette section, relevons que les femmes interrogées à Sikasso expriment des vues relativement homogènes quant à la symptomatologie, aux conséquences potentielles de la maladie, et aux traitements à mettre en œuvre. En matière d'étiologie, les aliments et le moustique arrivent en tête des imputations causales des mères. Or le moustique et les nourritures douces ne sont jamais cités pour les autres maladies d'enfants que nous avons étudiées. Il semble donc bien qu'il existe un ensemble de causes spécifiques, et même exclusives, à la maladie

*sumaya*, même si elles se juxtaposent souvent. *Sumaya* se présente, dans la ville de Sikasso, comme une maladie exogène, ses causes étant toujours recherchées à l'extérieur de l'organisme. Les agents nocifs sont naturels et interviennent selon un mode additif. C'est toujours la présence de quelque chose en plus (« microbes », « saletés »), ou en trop (chaleur, douceur), qui provoque la maladie.

## 2. Évolution des conceptions en milieu urbain

Pour cerner l'impact des services de santé, notamment de ceux de santé maternelle et infantile (SMI), sur l'évolution des représentations des mères vis-à-vis de la maladie *sumaya*, deux hypothèses pouvaient être avancées : que les contacts avec le personnel et les institutions de la santé moderne seraient autant d'occasions directes de prendre conscience de représentations différentes ; ou bien que ces canaux officiels de diffusion étant peu efficaces, d'autres réseaux de communication d'informations nouvelles se mettraient en place, favorisés par la vie urbaine.

Dans un premier temps, nous avons donc cherché à mettre en évidence des différences quant aux représentations de *sumaya* entre Sikassoises, selon le niveau de leur fréquentation des activités de santé maternelle et infantile, le personnel de ces services étant investi d'une importante mission d'éducation pour la santé. Les Sikassoises de l'échantillon ont donc été, en fonction d'une variable de contact élaborée à cet effet, divisées en deux groupes : celles qui entretenaient des contacts suivis avec les services de SMI, et celles qui n'avaient jamais eu, au mieux, que des contacts sporadiques avec ces mêmes services.

La seconde hypothèse laisse un beaucoup plus grand rôle à des phénomènes de diffusion et de réappropriation de l'information sanitaire, par le biais des contacts qui s'établissent sur une base plus large, plus diverse, plus fréquemment renouvelée dans le milieu urbain. Ici, ce sont donc les similitudes et les différences de conceptions existant entre Sikassoises et villageoises qui importent.

### 2.1. Les différences observées selon la qualité du contact établi avec les services de SMI

Pour apprécier l'exposition des femmes à l'ensemble des messages que diffuse le système de santé moderne par les diverses actions qu'il prétend développer (éducation sanitaire, notamment), il fallait

nécessairement choisir un indicateur mesurable et concernant les activités directement destinées aux mères de famille. Ces idées de simple bon sens nous ont orienté vers le statut vaccinal des enfants.

Tout contact d'une mère avec les services de SMI est, normalement, l'occasion pour le personnel d'exposer à cette femme l'intérêt de la vaccination (on dit d'ordinaire : de la « sensibiliser ») et, si possible, d'effectuer les vaccinations manquantes à ses enfants. Si la situation vaccinale d'un enfant ne donne qu'une idée approximative de la qualité du contact qu'entretient sa mère avec les services de SMI, puisqu'on n'en saisit qu'une conséquence (à savoir : le nécessaire a été plus ou moins complètement réalisé en matière de vaccination), elle en constitue néanmoins un indicateur relativement fiable. Pour 46 femmes, nous avons relevé des informations concernant la situation vaccinale et le nombre de visites de routine effectuées de la naissance à 2 ans au sujet des deux derniers enfants, ainsi que l'attitude de la mère pendant sa dernière grossesse (nombre de visites prénatales, âge de la grossesse lors de la première visite, nombre de doses de vaccin anti-tétanique reçues). Les scores de contact réalisés en considérant l'ensemble de ces informations s'avèrent à peu près identiques à ceux obtenus par la prise en compte de la seule situation vaccinale d'un enfant.

Des 73 Sikassoises se sont exprimées sur *sumaya*, 68 ont pu être classées en fonction de la situation vaccinale du dernier ou de l'avant-dernier de leurs enfants (cf. annexe 2). Le premier groupe (désigné par EVS, pour « état vaccinal satisfaisant ») est constitué des femmes dont l'enfant considéré a un état vaccinal, attesté par un document de santé, qu'on peut considérer comme satisfaisant (scores 3, 4 et 5). On a rangé dans un second groupe (noté EVNS pour « état vaccinal non satisfaisant ») toutes les femmes dont l'enfant considéré avait un état vaccinal très incomplet (scores 0, 1 et 2), ce qui suggère des contacts sporadiques (et/ou de mauvaise qualité) avec les services de santé maternelle et infantile. 43 femmes appartiennent au premier groupe (EVS), 25 au second (EVNS).

### 2.1.1. Perception des moyens de combattre la maladie

La connaissance de la Nivaquine est partagée par les femmes des deux groupes. Mais sur d'autres points, des différences apparaissent entre elles :

— la proportion de femmes préconisant des actions d'assainissement et/ou l'utilisation de moyens mécaniques ou chimiques de protection contre les moustiques est plus forte dans le premier groupe (état vaccinal satisfaisant) que dans le second (respectivement 27 et 16 %) ;

— l'efficacité thérapeutique des produits de la brousse est plus fréquemment reconnue dans le premier groupe (43 %) que dans le second (28 %) ;

— la proportion de femmes ne connaissant aucun moyen pour protéger les enfants de la maladie est plus faible dans le premier groupe (16 %) que dans le second (28 %).

Compte tenu du faible effectif de chaque groupe, ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives.

### 2.1.2. Perception des origines et agents de la maladie

Les proportions d'allusions spontanées à la piqûre de moustique sont quasiment identiques dans les 2 groupes de femmes. Cependant, on observe que toutes les femmes appartenant au second groupe (état vaccinal non satisfaisant) et incriminant le moustique font référence à sa piqûre. Parallèlement, seulement 8 % des femmes de ce groupe n'ont pas mentionné la piqûre du moustique de façon spontanée. Les femmes du premier groupe (état vaccinal satisfaisant) sont 12 % à citer le moustique indépendamment de sa piqûre et 14 % à ne mentionner la piqûre du moustique que si on les y aide.

Une proportion plus de deux fois plus élevée de femmes appartenant au premier groupe (état vaccinal satisfaisant) que de femmes appartenant au second pensent que la mouche peut être responsable de la maladie.

L'application du test du Khi<sup>2</sup> à ces fréquences nous apprend néanmoins que les différences observées peuvent être le simple effet du hasard.

Le cas est différent en ce qui concerne la responsabilité des aliments : 72 % des femmes du groupe EVS pensent que les aliments peuvent provoquer la maladie ; elles ne sont que 48 % dans l'autre groupe. Cette différence est significative (Khi<sup>2</sup> = 3,95 ; p < 0,05).

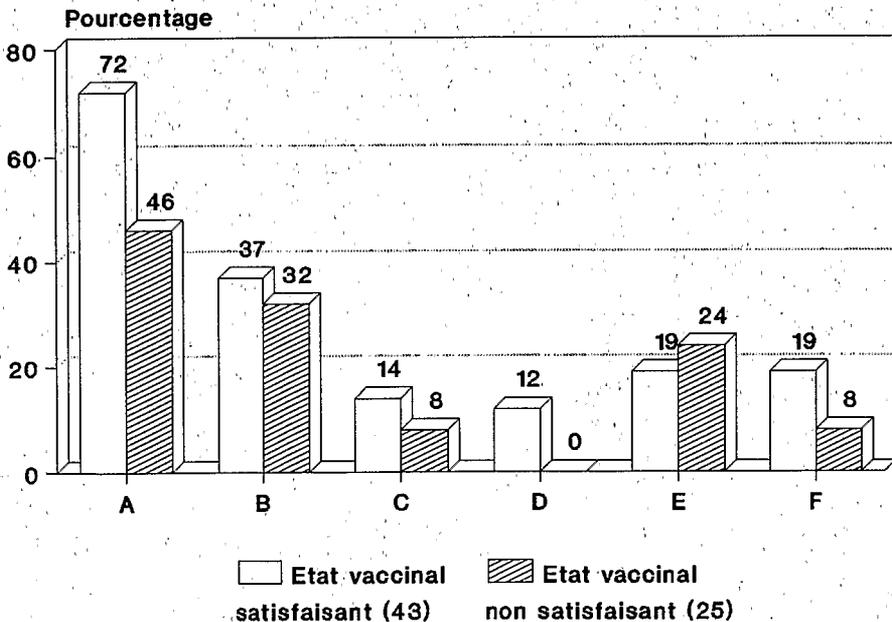
La catégorie aliments renferme les aliments doux, gras, souillés et le lait maternel. On observe que les proportions de références aux nourritures douces et grasses sont quasiment identiques dans les deux groupes de femmes, tandis que des proportions plus importantes de femmes appartenant au premier groupe (EVS) incriminent le lait maternel et les nourritures souillées. Ces écarts expliquent la différence, statistiquement significative, observée pour la catégorie aliments.

La seule différence significative quant aux agents de la maladie concerne le sang inoculé par un moustique : 37 % des femmes du premier groupe (EVS) y font référence, contre 13 % de celles formant le second groupe (Khi<sup>2</sup> = 4,10).

### 2.1.3. L'évaluation du risque de convulsion

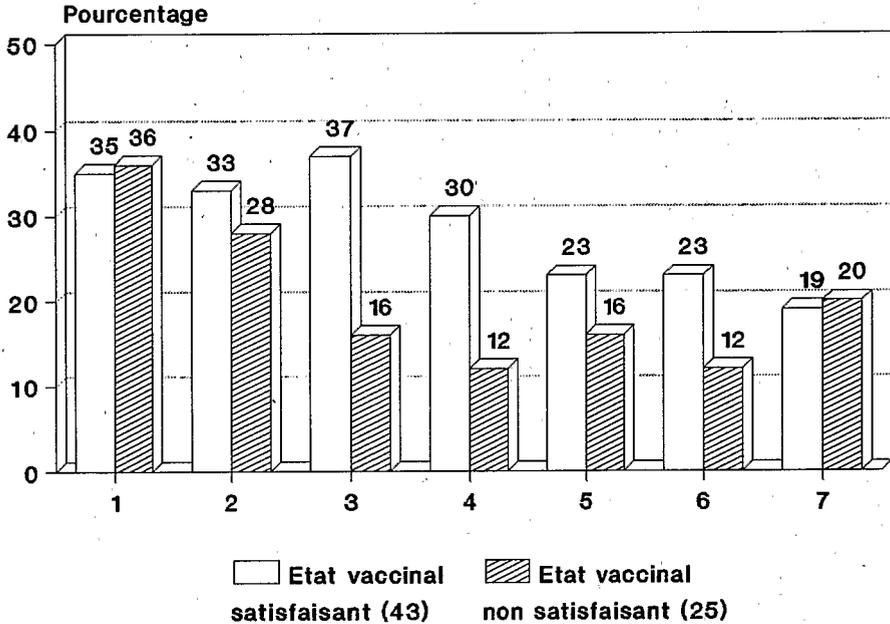
Parmi les 34 femmes qui considèrent que *kòndò* est toujours consécutif à *sumaya*, 20 appartiennent au groupe EVS, 14 au groupe EVNS. Parmi les 15 femmes pour lesquelles coexistent deux origines (*sumaya* et oiseau), 10 appartiennent au groupe EVS et 5 au groupe EVNS. Au total, 49 des Sikassoises s'étant exprimées sur *sumaya* considèrent que la maladie fait courir un risque de convulsion à l'enfant. Elles représentent 70 % des femmes appartenant au groupe EVS et 76 % des femmes de l'autre groupe. On ne constate donc pas de différence significative concernant les dangers liés à *sumaya*.

Figure 3 :  
Opinions sur l'origine de *sumaya*,  
selon la situation vaccinale d'un enfant



- A. Les aliments
- B. Référence spontanée à la piqûre du moustique
- C. Référence non spontanée à la piqûre du moustique
- D. Le moustique sans référence à sa piqûre
- E. Les éléments assimilables à la fraîcheur
- F. Les mouches

Figure 4 :  
**Opinions sur les agents de *sumaya*,  
selon la situation vaccinale d'un enfant**



1. Certains aliments doux
2. Aliments gras
3. Sang inoculé par un moustique
4. Eau sale
5. Aliments impropres à la consommation (souillés principalement)
6. Lait maternel
7. Microbes et assimilés

#### 2.1.4. Synthèse

Les différences enregistrées entre les deux groupes de Sikassoises sont relatives à l'étiologie de la maladie. Elles s'analysent essentiellement en termes de contagion (sang inoculé par un moustique) et de contamination (aliments souillés par la mouche). Les explications de la maladie analysables en terme de déséquilibre se retrouvent dans des proportions quasiment semblables dans les deux groupes de mères. On observe de façon nette une beaucoup plus grande fréquence de causalités multiples chez les femmes appartenant au premier groupe

(état vaccinal satisfaisant). Si l'on admet que la situation vaccinale d'un enfant constitue un indicateur de la qualité du contact établi par sa mère avec les services de SMI, nous pouvons poser une hypothèse pour l'instant fragile (en raison de la petite taille de notre échantillon), mais suggestive : dans l'esprit des femmes les plus exposées aux messages d'éducation sanitaire, il y a interférence entre les informations relatives aux risques que font courir l'ingestion de certains aliments et la prolifération des moustiques.

En effet, les femmes entretenant des contacts réguliers avec les services de SMI sont les plus nombreuses à imputer au moustique, mais aussi à des souillures d'origines diverses (essentiellement les eaux usées, avec, comme vecteur, la mouche) une responsabilité dans la maladie. Ce dernier type d'explication met en œuvre une chaîne causale complexe qui, pour être sans rapport avec la transmission du paludisme, incorpore des éléments d'hygiène domestique diffusés par les messages d'éducation pour la santé.

## 2.2. Les différences observées entre villageoises et Sikassoises

21 entretiens ont été menés dans le village de Tonokala, et le même nombre dans celui de Djégui. Les deux villages, situés dans la région de Sikasso, ont été choisis en raison de leur éloignement de tout centre de santé et aussi en fonction de leur composition ethnique (9). 39 femmes se sont exprimées sur *sumaya*, et ce matériel a été traité selon le modèle adopté pour les femmes rencontrées à Sikasso même. A l'exception des conséquences potentielles de la maladie, on observe une homogénéité parfaite des conceptions exprimées par les femmes des deux villages : dans ce qui va suivre, les villageoises ne forment donc qu'un seul groupe, qu'on compare au groupe des Sikassoises.

Concernant les *symptômes de la maladie*, la seule différence statistiquement significative concerne les vomissements. Si 54 % des

---

(9) Les deux villages sont situés dans l'arrondissement de Niéna, gros bourg érigé en chef-lieu d'arrondissement et situé à 80 km de Sikasso. Tonokala et Djégui sont respectivement à 20 et 40 km de Niéna, et comptaient, au moment de l'enquête, chacun environ 500 habitants. Ils étaient très isolés, et ne comportaient aucune structure sanitaire, aussi élémentaire fût-elle ; les chemins y conduisant étaient quasiment impraticables et aucun transport en commun ne s'y aventurerait. Outre leur isolement, ces deux villages se caractérisent par leur population, dont la moitié environ se présente comme appartenant au groupe gana, apparenté aux Bambara. La structure sanitaire la plus proche de Djégui était une petite maternité rurale placée sous la responsabilité d'une « accoucheuse traditionnelle recyclée », située dans le village de Djéli, distant de 18 km. Quant à la population du village de Tonokala, elle se rendait assez facilement à Zaniéna, village situé à 12 km, où se trouvait une maternité rurale bénéficiant des compétences d'un infirmier en retraite.

Sikassoises mentionnent ce symptôme, elles sont 78 % à le faire dans les villages ( $\text{Khi}^2 = 4,45$  ;  $p < 0,05$ ).

La perception des conséquences potentielles de la maladie varie fortement entre femmes urbaines et femmes rurales. La moitié (49 %) des Sikassoises considèrent que, si *sumaya* « dure », peut apparaître un ictère, *sayi*, éventuellement suivi d'une anémie, *sayijè*. Or 13 % seulement des villageoises mentionnent cette éventualité ( $\text{Khi}^2 = 12,28$  ; différence statistiquement significative au seuil de 0,001). De même, 68 % des femmes urbaines considèrent que les convulsions, *kòndò*, constituent une menace lorsque *sumaya* est grave, mais 8 % seulement des villageoises retiennent cette éventualité et seulement lorsque l'enfant est encore très jeune ( $\text{Khi}^2 = 28,97$  ;  $p < 0,001$ ) : *kòndò* reste, pour elles, la maladie de l'oiseau.

Concernant la lutte contre *sumaya*, les différences observées à propos de la connaissance de la Nivaquine ne sont pas statistiquement significatives, alors que celles qui portent sur les propriétés du produit le sont. 87 % des villageoises contre 55 % des Sikassoises citent la Nivaquine pour soigner la maladie ( $\text{Khi}^2 = 10,49$  ;  $p < 0,01$ ). Inversement, 42 % des Sikassoises contre 5 % des villageoises lui reconnaissent des vertus préventives ( $\text{Khi}^2 = 15,30$  ;  $p < 0,001$ ). Dans les villages, la notion de prévention, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, est quasiment inexistante.

La référence à des produits traditionnels est nettement plus fréquente dans les villages, où 90 % des femmes citent au moins un produit alors qu'elles ne sont que 38 % à le faire en ville ( $\text{Khi}^2 = 25,23$  ;  $p < 0,001$ ). De plus, les villageoises connaissent un beaucoup plus grand nombre de végétaux que les Sikassoises, qui mentionnent souvent les *farafin fura* (Noir/médicament) sans pouvoir déterminer leur provenance. On peut noter que le *jun* (*Mitragyna inermis*), arbre mentionné par 9 villageoises, ne l'a jamais été par les Sikassoises, alors que A. Thoyer-Rozat (1981 : 68) attribue à ses feuilles et à son écorce des propriétés fébrifuges. H. J. Maydell reconnaît à la décoction d'écorce de *nim* (*Azadirachta indica*) la même vertu (1990 : 161). Cet arbre, cité par 13 villageoises (33 %) ne l'est que par 6 Sikassoises (8 %). Enfin, si 25 % des Sikassoises préconisent des mesures chimiques ou mécaniques pour se protéger des moustiques, 8 % seulement des villageoises mentionnent de tels moyens ( $\text{Khi}^2 = 3,88$  ;  $p < 0,05$ ).

Concernant enfin l'étiologie supposée de *sumaya*, les différences observées en ce qui concerne la référence au moustique (56 % des Sikassoises, 36 % des villageoises) et à sa piqûre ne sont pas statistiquement significatives. On ne constate pas non plus de différence significative quant aux éléments introduits par la piqûre du moustique. Par contre, 35 % des Sikassoises mais seulement 13 % des villageoises font spon-

tanément référence au moustique, et la différence de fréquence d'apparition observée pour cet item est statistiquement significative ( $\text{Khi}^2 = 5,09$  ;  $p < 0,05$ ).

Diffère aussi la perception de la cause instrumentale de la maladie. Parmi les villageoises incriminant la piqûre du moustique, 4 considèrent en effet que ce sont les plaies consécutives au fait de gratter l'endroit de la piqûre qui provoquent *sumaya*, hypothèse jamais émise par les Sikassoises ( $\text{Khi}^2 = 8,31$  ;  $p < 0,01$ ). De la même manière, 3 villageoises estiment que la diminution de la quantité de sang entraînée par une multitude de piqûres de moustiques explique la maladie, ce qui ne constitue jamais une éventualité pour les Sikassoises ( $\text{Khi}^2 = 5,29$  ;  $p < 0,05$ ).

Concernant la référence aux aliments dans leur ensemble, la différence enregistrée entre ville et village n'est pas significative. Pour les nourritures douces, on ne constate pas de différence sensible entre Sikassoises et villageoises, qui sont respectivement 35 et 38 % à les incriminer. Les principaux aliments composant cette catégorie sont cités dans les mêmes proportions à l'exception de la banane, jamais mentionnée dans les villages. Dans l'apparition de la maladie, la responsabilité des aliments riches en huile est jugée différemment par les deux groupes de femmes : 32 % des Sikassoises et 13 % des villageoises considèrent qu'une alimentation trop grasse peut provoquer *sumaya* ( $\text{Khi}^2 = 3,94$  ;  $p < 0,05$ ). Chez les Goin, le même phénomène a été observé par M. Dacher entre urbains et ruraux (1990 : 105). Les aliments impropres à la consommation peuvent être responsables de la maladie pour 22 % des Sikassoises et pour seulement 5 % des villageoises. Pour les Sikassoises, il s'agit d'aliments souillés, par les mouches le plus souvent, alors que pour les villageoises, les aliments incriminés sont simplement avariés en raison du trop long délai écoulé entre leur préparation et leur consommation ( $\text{Khi}^2 = 4,26$  ;  $p < 0,05$ ).

Si 15 % des Sikassoises croient à la responsabilité de la mouche, cet insecte n'est jamais cité par les villageoises ( $\text{Khi}^2 = 5,01$  ;  $p < 0,05$ ). Mais, si deux Sikassoises mentionnaient les cafards, 4 villageoises (10 %) pensent que des insectes autres que la mouche et le moustique peuvent provoquer la maladie. Il s'agit toujours d'insectes qui piquent (punaises, abeilles, mouches tsè tsè). L'absence de la mouche dans les origines de la maladie explique que l'eau sale, citée par 22 % des Sikassoises, ne le soit que par 3 % des villageoises ( $\text{Khi}^2 = 6,10$  ;  $p < 0,02$ ), ainsi que la très faible proportion de villageoises par rapport aux Sikassoises à attribuer la maladie à l'ingestion de nourritures souillées.

Non quantifiables, deux autres différences apparaissent encore entre les conceptions des Sikassoises et celles des villageoises : d'une part les villageoises expriment plus souvent que les Sikassoises l'idée que les aliments des autres (qui peuvent être les aliments consommés

en brousse par un citoyen) provoquent la maladie (cf. plus haut à propos de l'extranéité) ; d'autre part, il semble exister pour les villageoises une exigence d'immédiateté entre la cause et le déclenchement de la maladie : seul un événement très proche dans le temps permet d'expliquer *sumaya*.

### 2.3. L'impact de l'accessibilité aux services de santé

Pour évaluer l'impact de l'accessibilité aux services de santé sur les représentations de *sumaya*, force est d'accepter l'assimilation *sumaya*-paludisme, effective dans la pratique professionnelle des personnels de santé. Quel est donc le contenu des messages, relatifs au paludisme, diffusés par les services de Santé Maternelle et Infantile ? Il se résume à trois propositions :

- le moustique transmet le paludisme ; il se reproduit dans les eaux stagnantes, pique une personne malade et transmet la maladie de cette personne à une personne saine ;
- on peut se protéger du paludisme en évacuant correctement les eaux usées ; en utilisant des insecticides ; en dormant sous une moustiquaire ; en prenant de la Nivaquine à titre préventif (pour les femmes enceintes et les jeunes enfants) ;
- un paludisme non traité peut entraîner des convulsions et même le décès de l'enfant.

Dans nos observations, les femmes les plus exposées à ces messages sont les Sikassoises qui appartiennent au groupe EVS, suivies par celles du groupe EVNS ; viennent enfin les villageoises. Or, il est remarquable que, pour chacun des items retenus, la plupart des fréquences calculées rangent les trois groupes dans le même ordre, croissant ou décroissant (cf. annexe 3). Cependant, les différences entre fréquences ne sont que rarement significatives entre les deux groupes de Sikassoises, qui se distinguent au contraire souvent du groupe des villageoises.

#### 2.3.1 Identification du risque de convulsion et extension de la notion de prévention

Au village, *kòndò*, qui met en danger la vie de l'enfant, n'est jamais mis en relation avec un épisode de *sumaya*. Il est probable que, pour les villageoises, des événements morbides aussi différents dans leurs manifestations que *kòndò* et *sumaya* ne peuvent s'analyser suivant le même modèle explicatif. En ville, le risque de convulsion est reconnu par un nombre important de femmes, même si certaines Sikassoises

considèrent qu'il existe deux *kòndò*, l'un consécutif à *sumaya*, l'autre imputable à l'action de l'oiseau. Elles savent que *sumaya* peut faire convulser, mais certaines reviennent, en cas de décès de l'enfant, à la croyance en l'action de l'oiseau. Du reste, on l'a vu, il n'y a pas de différence entre les deux sous-groupes de Sikassoises quant à l'évaluation du risque de convulsion. On assiste donc vraisemblablement à une large diffusion de l'information ; mais qui ne se produit pas à partir des femmes entretenant des contacts suivis avec les services de santé vers les autres femmes, mais va plutôt de toute femme ayant vécu un épisode de *kòndò* vers toutes les autres femmes.

Cette reconnaissance de la convulsion comme conséquence d'un *sumaya* mal ou pas traité, constitue un bouleversement dans les conceptions des mères, et un résultat certainement inestimable en termes de nombre de vies d'enfants sauvées ; c'est aussi une victoire des personnels de santé dont l'attitude, parfois culpabilisante vis-à-vis des mères, peut choquer l'observateur étranger, mais contribue, sans doute, à l'affirmation des valeurs diagnostique et thérapeutique de la médecine moderne.

On a observé que le concept d'extranéité développé par M. Dacher pouvait, en partie, se transposer ici à l'étiologie du *sumaya*. « L'ailleurs », brousse, village ou ville, fait courir un risque plus grand de maladie par les désordres qu'il engendre. « L'ailleurs » n'explique pas la maladie mais en favorise l'apparition. *Sumaya* n'est pas une maladie de la modernité, comme le confirme d'ailleurs la connaissance traditionnelle, conservée par les villageoises, de nombreux végétaux réputés actifs contre cette maladie. En revanche, les Sikassoises, dont pourtant près de 40 % déclarent avoir recours à la phytothérapie, sont peu nombreuses à connaître l'origine des produits qu'elles utilisent. Si le « savoir traditionnel » se perd en milieu urbain, le savoir moderne ne se diffuse que partiellement en milieu rural. La Nivaquine est partout connue, mais les perceptions du produit sont différentes en ville et dans les villages. En milieu urbain, la Nivaquine s'est imposée, en théorie et parmi d'autres méthodes, comme moyen de prévention. La prévention est un concept admis par les femmes urbaines pour les maladies à étiologie naturelle, alors que dans les villages on ne se protège que contre les actions d'êtres malfaisants. Les femmes urbaines émettent souvent des réserves quant à l'efficacité curative de la Nivaquine, ce qui est probablement une conséquence des pratiques thérapeutiques des personnels de santé, qui manifestent une préférence regrettable pour les produits injectables ; dans les villages, où son accessibilité est moindre, la Nivaquine est encore considérée comme un médicament des *toubab* (Blancs) avec tout le prestige qui est attaché à cette origine. Abstraction faite de l'attitude des personnels de santé, l'accessibilité à un produit en diminue-t-elle l'efficacité symbolique ?

Il y a donc d'importantes différences entre femmes urbaines et femmes rurales en ce qui concerne la perception des conséquences éventuelles de *sumaya* et des moyens d'éviter la maladie, alors que, dans ces deux domaines, on ne note pas de différences significatives entre les femmes des deux sous-groupes constitués à Sikasso.

### 2.3.2. Confusion en matière d'étiologie

On retrouve, dans les villages, trois des quatre grandes catégories étiologiques observées à Sikasso : le moustique, les aliments, certains éléments assimilables à la fraîcheur. Mais les villageoises ne mentionnent jamais la mouche qui est pourtant considérée comme responsable de la maladie par 22 % des Sikassoises.

Le pourcentage de références spontanées au moustique est peu différent selon l'appartenance des femmes urbaines à tel ou tel groupe mais il est beaucoup plus important qu'en milieu rural. Cependant, de nombreuses Sikassoises entretenant un contact suivi avec les services de santé mentionnent la piqûre du moustique de façon non spontanée ou citent le moustique sans faire référence à sa piqûre. Parallèlement, elles attribuent souvent à l'insecte un rôle non conforme à ce qu'elles ont pu entendre auprès des personnels de santé : il souille les aliments, il mélange des sangs différents ... Ces femmes ont entendu dire, vraisemblablement à maintes reprises, que la piqûre du moustique transmet le paludisme, mais elles ne s'en souviennent, et encore de façon partielle, que lorsqu'elles sont stimulées à le faire.

C'est également parmi les femmes les plus exposées aux messages d'éducation pour la santé que la mouche, généralement à l'origine d'une souillure des aliments, est le plus fréquemment mise en cause.

La catégorie étiologique « aliments » comprend essentiellement, dans les villages, les aliments doux, gras et le lait maternel ; les premiers constituent sans doute, comme en témoignent les résultats de recherches menées dans des zones géographiquement proches (M. Dacher, D. Bonnet), une explication « traditionnelle » de *sumaya*. En ville, la catégorie « aliments » se trouve enrichie d'un nouvel agent, les aliments souillés, qu'incriminent notamment les femmes entretenant un contact suivi avec les services de SMI. Des « microbes non spécifiques » de la maladie, et provenant soit de saletés diverses (détritus, déjections, eaux stagnantes) soit du corps d'un malade (quelle que soit sa maladie), sont déposés par des mouches, des cafards ou des moustiques dans des aliments qui, ingérés, provoquent la maladie. Ce schéma explicatif, faisant intervenir une double médiation (d'abord les insectes, ensuite les aliments) entre l'agent pathogène et l'individu, est, de loin, le plus complexe de ceux que nous avons reconstitués. Trois éléments sont à retenir :

- c'est le plus souvent la mouche qui dépose les « saletés » dans les plats ;
- la souillure provoquée par l'insecte est dangereuse surtout pour les petits enfants ;
- le risque est diminué si les nourritures sont réchauffées avant leur consommation.

La responsabilité des nourritures souillées est une explication exclusivement urbaine, plus fréquente dans le groupe de femmes entretenant des contacts suivis avec les services de santé. Il est probable que cette référence à la souillure provienne d'une confusion avec d'autres messages éducatifs, notamment ceux relatifs aux maladies diarrhéiques, dont le contenu (consignes d'hygiène essentiellement) présente quelques similitudes avec l'information donnée au sujet du paludisme. Les différentes consignes d'hygiène domestique — évacuation adéquate des eaux usées, protection des aliments — seraient fondées dans une même « catégorie préventive », et ne pas les respecter exposerait à deux pathologies, *sumaya* et diarrhée.

Cet effet inattendu des messages d'éducation pour la santé nous semble imputable à l'existence préalable, communément admise, de la catégorie étiologique « aliments », qui s'étend alors à de nouveaux agents sans remettre fondamentalement en cause le schéma explicatif traditionnel de la maladie. On n'observe, en effet, pas de différence sensible, ni entre les deux sous-groupes de Sikassoises, ni entre Sikassoises et villageoises, à propos de la référence aux aliments doux : cette catégorie est peu affectée par la reconnaissance d'autres agents de la maladie, et on en conclut que les aliments doux demeurent, si l'on peut dire, le « noyau dur » des conceptions relatives au *sumaya*.

En résumé, on remarque d'une part que le message complet (le moustique transmet une maladie en piquant), et bien intégré (exprimé spontanément), se retrouve à peu près dans les mêmes proportions au sein des deux groupes de Sikassoises, et d'autre part que les femmes ayant un contact suivi avec les services de santé montrent une tendance plus marquée à la juxtaposition de plusieurs modèles explicatifs de la maladie. On peut alors avancer quelques hypothèses :

- l'information des femmes n'entretenant que des contacts sporadiques avec les services de santé se fait par d'autres canaux ;
- la multiplication des messages à laquelle sont confrontées les femmes entretenant des contacts suivis avec les services de santé est facteur de confusion ;
- quelle que soit leur attitude vis-à-vis des services de santé, et donc leur degré d'exposition au message, seules 40 à 50 % des femmes urbaines sont aujourd'hui susceptibles d'intégrer, ne serait-ce que partiellement, les explications de la biomédecine concernant l'étiologie du paludisme.

## Conclusion

Il est indéniable qu'il existe, en milieu urbain, une évolution sensible des conceptions relatives à *sumaya*. Mais cette évolution ne dépend pas exclusivement des messages spécifiques émis par les formations sanitaires : lorsqu'ils parviennent aux récepteurs, les messages relatifs à diverses maladies sont plus ou moins refondus, mélangés, et si possible rendus compatibles avec les schémas explicatifs de la tradition, en même temps qu'en partie brouillés par les pratiques professionnelles du personnel de santé lui-même. Toutefois, le fait de vivre en milieu urbain favorise l'accès à d'autres sources d'information ainsi que la multiplication d'expériences diverses. Nous rejoignons donc C. Herzlich lorsque, critiquant le fait que la représentation (et donc ici la capacité à assimiler une nouvelle connaissance) soit le plus souvent traitée comme variable indépendante déterminant la conduite, elle conclut à une interaction mutuelle des conduites et des représentations : « représentation sociale et conduite apparaissent indissolublement liées » (1972 : 314). La conduite ne dépend pas, ici, du contact établi par telle ou telle femme avec les services de santé mais, plus largement, du fait de vivre dans un environnement où ce contact peut s'opérer.

Nous sommes donc en présence d'une société à deux vitesses, dans laquelle le milieu urbain se distingue nettement du milieu rural. Encore faut-il déterminer sur quelles caractéristiques se fonde cette dichotomie. Le milieu rural serait-il plus réfractaire au changement, conformément à l'idée répandue selon laquelle les sociétés traditionnelles seraient conservatrices ? Nous ne le pensons pas. Le milieu rural se distingue du milieu urbain avant tout par les distances de toute nature qui le séparent des sources d'informations : rareté des infrastructures de santé, rareté des compétences professionnelles dans les formations existantes, rareté d'une éducation générale individuelle permettant d'interpréter les messages venant de l'extérieur, rareté des postes radiophoniques, rareté des personnes susceptibles de relayer les messages radiodiffusés... Bref c'est un isolement, sans doute involontaire au niveau local, qui semble expliquer les différences observées entre les deux milieux.

En milieu urbain, l'influence des messages modernes est large et indépendante de l'utilisation effective des services de santé modernes. Elle est multiforme, les sources institutionnelles, notamment la radio et le personnel sanitaire, ne jouant qu'un rôle d'initiateurs, les informations étant rapidement relayées, et souvent transformées, par d'autres canaux. Le schéma émetteur-message-récepteur ne décrit plus qu'un élément de base des réseaux, très complexes, de la communication ; chacun est à la fois émetteur et récepteur, le message se trouve appro-

prié et réinterprété à chaque étape de sa transmission, et donc sans cesse transformé. « Les récepteurs, en chaque lieu et instant, sélectionnent, choisissent, relient les divers messages qui leurs sont adressés : “on-dit”, “bruits qui courent”, “radio trottoir”, toutes ces rumeurs qui sont des manières de s'approprier les nouvelles informations, parce qu'é émises de mille bouches, mais d'aucune en particulier, seront bien difficiles à démentir » note Y. Jaffré (1990 : 56). Lorsque le message est ancré, c'est-à-dire intégré « dans un cadre de référence bien connu pour pouvoir l'interpréter » (Palmonari, Doïse, 1986 : 22), il ne présente parfois plus qu'un lien ténu avec l'information initiale, mais son intégration apparaît alors relativement homogène.

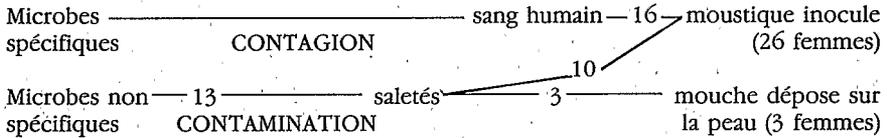
L'accessibilité aux services de santé modernes, mais pas à proprement parler l'utilisation effective de ces services, favorise une confrontation entre représentations traditionnelles et discours moderne qui, à la faveur de réinterprétations multiples, produit de l'inédit, inédit dont nous avons tenté une description dans la première section de ce chapitre. Si cette accessibilité au système de soins, partiellement réalisée en milieu urbain, s'accompagne toujours d'autres éléments (scolarisation, médias, mouvements associatifs...), qui favorisent la diffusion des messages modernes, elle n'en constitue pas moins une condition *sine qua non* de l'évolution des représentations.

ANNEXE 1

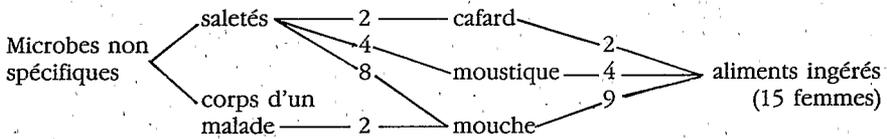
**Etiologie de *sumaya* à Sikasso : schéma récapitulatif**

I. CONTAMINATION - CONTAGION

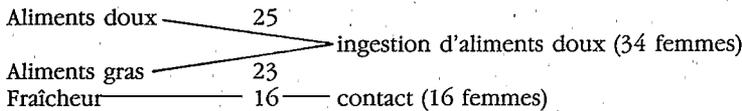
- UN MÉDIATEUR (mouche ou moustique) :



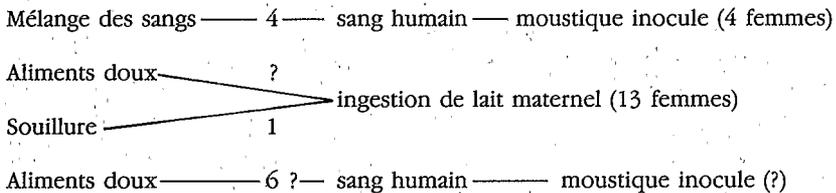
- DEUX MÉDIATEURS (insecte + aliments) : CONTAMINATION



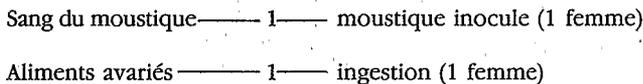
II. RUPTURES D'ÉQUILIBRE



III. RUPTURE D'ÉQUILIBRE ET TRANSMISSION



IV. CONTAMINATION DIRECTE



## ANNEXE 2

**Appréciation de la situation vaccinale d'un enfant**

Le Programme Elargi de Vaccination (P.E.V) malien propose, pour les enfants, le calendrier vaccinal suivant :

- < 1 mois ..... BCG (contre tuberculose)
- 3 mois ..... DTCP 1 (contre diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite)
- 4 mois ..... DTCP 2
- 5 mois ..... DTPC 3
- 9 mois ..... Anti-rougeoleux

L'enfant de 9 mois présentant un statut vaccinal complet a donc été 5 fois en contact avec l'activité vaccinale.

Lorsque les informations mentionnées dans le carnet de santé de l'enfant ou sa carte de vaccination permettent de conclure à des scores de 5, 4 ou 3, la situation vaccinale est considérée comme satisfaisante. Elle est dite non satisfaisante lorsque sont atteints des scores de 2, 1 ou 0. Les informations nécessaires pour établir le score de chaque enfant ont toujours été relevées dans des documents de santé. Lorsque ces documents n'étaient pas immédiatement disponibles, nous retournions dans la famille sur rendez-vous (parfois ce sont les pères qui conservent ces documents). Enfin, pour les enfants rencontrés au service de pédiatrie, nous demandions à la mère de nous présenter les documents utiles lors d'une prochaine visite. A défaut, nous nous rendions à son domicile, que nous avions toujours pris soin de localiser. C'est ainsi que nous avons eu accès à ces documents pour 68 des 73 femmes s'étant exprimées sur *sumaya*.

- Score 5 ..... Calendrier vaccinal exactement suivi
- Score 4 ..... 1 ou 2 mois de retard sur une vaccination
- Score 3 ..... Vaccination complète à 12 mois avec une vaccination en retard de plus de 3 mois,  
ou :  
calendrier vaccinal exactement suivi sauf pour un acte vaccinal dont le retard est supérieur à 3 mois et inférieur à 9 mois.
- Score 2 ..... - 6-9 mois : BCG + 1 contact vaccinal  
- 10-12 mois : BCG + 2 contacts vaccinaux  
- 13-20 mois : BCG + 3 contacts vaccinaux  
- 21-60 mois : Complet à 21 mois
- Score 1 ..... - 6-9 mois : BCG  
- 10-12 mois : BCG + 1 contact vaccinal  
- 13-20 mois : BCG + 2 contacts vaccinaux  
- 21-30 mois : BCG + 3 contacts vaccinaux  
- 31-60 mois : Complet à 30 mois
- Score 0 ..... - Tout le reste

## ANNEXE 3

## Fréquences de quelques it ms dans les trois groupes de femmes

	Groupe E.V.S. %	Gr. E.V.N.S. %	Villageoises %
<b>ÉTILOGIE :</b>			
<b>Moustique</b>	63	40	36
Piqûre du moustique spontanément	37	32	13
<b>Aliments</b>	72	48	44
sucrés	35	38	38
gras	33	28	13
souillés	23	16	0
<b>Fraîcheur humide</b>	19	24	36
<b>Mouche</b>	19	8	0
<b>LUTTE :</b>			
Nivaquine, préventif	41	40	5
Nivaquine, curatif	52	52	87
Produits traditionnels, préventif	9	12	2
Produits traditionnels, curatif	43	28	90
<b>CONSÉQUENCES :</b>			
Convulsions	63	72	8
Ictère		46	13

## RÉFÉRENCES

- ANONYME (1990) : *Plan quinquennal de développement socio-sanitaire 1990-1994*, Direction Régionale de la Santé Publique, Région de Sikasso, juin 1990.
- AUGÉ M. (1986) : « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », in M. Augé & C. Herzlich (sous la direction de) *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives contemporaines, 1986, p. 35-91.
- BAILLEUL C. (1981) : *Petit dictionnaire bambara-français, français-bambara*, Avebury P.C., England, 1981.
- BONNET D. (1986) : *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, Doc. ORSTOM, Ouagadougou, 1986.
- DACHER M. (1988) : *Les représentations de la maladie chez les Goin du Burkina Faso*, Doc. EHES, Paris, 1988.

- DACHER M. (1990) : *Les représentations de la maladie chez les Goin du Burkina Faso*, Doc. ORSTOM, Ouagadougou, 1990.
- DIAKITÉ D. (1989) : *Essai sur les traditions sanitaires et médicinales du Bèlè-dougou*, Thèse de médecine, ENMP, Bamako, 1989.
- DIETERLEN G. (1951) : *Essai sur la religion bambara*, Paris, P.U.F, 1951.
- FAINZANG S. (1985) : « Le temps des causes ; réflexions sur la pensée étiologique des Bisa du Burkina faso », *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, L'Ethnographie* n° 96-97, Ed. Société d'Ethnographie, Paris, 1985, p. 187-196.
- FAINZANG S. (1986) : *L'intérieur des choses : Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1986.
- HÉRITIER F. (1986) : « Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique » in M. Augé & C. Herzlich (sous la direction de) *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives contemporaines, 1986, p. 123-154.
- HERZLICH C. (1972) : « La représentation sociale », *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Ed. Larousse, 1972, p. 303-323.
- JACOB J.P. (1987) : « Interprétation de la maladie chez les Winyè, Burkina Faso », *Genève-Afrique*, Vol xxv, n° 1, 1987.
- JAFFRÉ Y. (1990) : « Education et santé », *Sociétés, développement et santé*, D. Fassin et Y. Jaffré éd., Paris, Ellipses/AUPELF, 1990, p. 50-66.
- JAFFRÉ Y. (1991) : « Ethnolinguistique et formation d'agents de développement », in J.P. Olivier de Sardan, E. Paquot (éd.) *D'un savoir à l'autre. Les agents de développement comme médiateurs*, Paris, GREP, 1991.
- MOSCOVICI S. (1986) : « L'ère des représentations sociales », in W. Doïse et A. Palmonari *L'étude des représentations sociales*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1986, p. 34-80.
- PALMONARI A. & DOÏSE W. (1986) : « Caractéristiques des représentations sociales », *L'étude des représentations sociales*, W. Doïse et A. Palmonari éd., Paris, Delachaux et Niestlé, 1990, p. 12-33.
- SINDZINGRE N. (1986) : « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo », in M. Augé & C. Herzlich (sous la direction de), *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives contemporaines, 1986, p. 93-122.
- THOYER-ROZAT A. (1981) : *Plantes médicinales du Mali*, copyright A. Thoyer-Rozat, 1981.
- VON MAYELL H. J. (1990) : *Arbres et arbustes du Sahel : leurs caractéristiques et leur utilisation*, GTZ, Ed. Margraf, 1990.
- ZAHAN D. (1957) : « Principes de médecine bambara » in *Zaire*, Bruxelles, nov-déc. 1957, p. 967-977.
- ZEMPLÉNI A. (1985) : « La "maladie" et ses "causes" », *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, L'Ethnographie, n° 96-97, Paris, Ed. Société d'Ethnographie, 1985, p. 13-44.



**Le sang est plus chaud que l'eau :  
utilisation populaire  
du chaud et du froid  
dans la cure en médecine tamacheq**

Sara C. RANDALL

Des nosologies, des classifications des aliments, des états du corps, des médicaments, des personnalités et d'autres aspects de la vie en « chaud » et froid », ou toute une gamme de catégories reliées à la chaleur apparaissent partout dans le monde avec des concepts et des terminologies de base identiques. De telles classifications sont généralement indépendantes de la température, bien que la chaleur physique puisse être l'un des facteurs déterminants. L'utilisation de médicaments chauds ou froids pour traiter une maladie ou des symptômes spécifiques est une caractéristique de base des soins de santé lorsque ces systèmes de classification existent, bien que l'opposition entre chaud et froid soit seulement une méthode parmi d'autres pour expliquer et traiter la maladie. La classification effective de symptômes spécifiques, d'aliments, ou d'autres aspects de la vie, varie substantiellement tant à l'intérieur d'une population qu'entre populations différentes, comme le fait la connaissance individuelle et l'utilisation de ladite opposition dans la pratique de l'alimentation, des comportements et de la maladie. D'une façon caractéristique, l'idée d'équilibrer les rations de chaud et de froid est un guide important pour le régime alimentaire et pour le comportement, donc pour le maintien en bonne santé. Le corps sain est d'ordinaire perçu comme résultant d'un équilibre entre le chaud et le froid,

bien que dans certaines cultures un état plutôt chaud soit préféré, et que les populations malaises associent le froid avec la santé et la fertilité (Laderman, 1987). En général, une personne malade est perçue comme étant sortie de l'équilibre souhaité, peut-être par une consommation excessive d'aliments chauds ou froids, ou par une exposition à un environnement chaud ou froid. Les traitements ou les aliments du type opposé sont utilisés pour restaurer l'équilibre, ramener le patient à l'équilibre souhaité et, par là, à la bonne santé.

Aux nombreux exemples de systèmes de classification chaud-froid en Asie du Sud-Est (Laderman, 1987 ; Anderson, 1987 ; Kendall, 1987 ; Koo, 1987 ; Nichter, 1987 ; Pool, 1987) et en Amérique Latine (Tedlock, 1987 ; Kay, Yoder, 1987) répondent ailleurs divers théories et systèmes médicaux, telles les médecines chinoise, ayurvédique, espagnole et la médecine humorale arabe. La médecine humorale africaine est moins bien documentée, bien que, au Mali, les Dogon aient des maladies chaudes et froides et que les Bambara, pour qui une femme fertile est à la fois « chaude » et « humide », classent aussi les aliments (Tinta, Pairault, 1990 ; Cormont, 1988). Le cas marocain (Greenwood, 1981) présente pour une autre population berbère de nombreuses similarités avec les données fournies ici. Les tentatives visant à trouver des thèmes ou des classements généraux qui pourraient fonder une logique explicative universelle de cette opposition ont échoué, et il est plus approprié d'examiner la place du chaud et du froid à l'intérieur de chaque culture comme un modèle explicatif de la maladie et de la santé parmi plusieurs autres.

Ce chapitre présente des données ethnographiques sur la classification chaud-froid telle qu'elle est utilisée par les Kel tamacheq du Mali pour guider leur conduite quotidienne et le traitement des maladies. Le point de vue est celui du *profane* plutôt que celui du guérisseur traditionnel *spécialiste*, bien que, lorsque ce sera utile, les différences entre les deux soient identifiées. Les aspects méthodologiques de la collecte de données sur les concepts de chaud et de froid seront également discutés, pour montrer comment la méthodologie peut distordre la perception de l'importance du chaud et du froid dans la vie quotidienne, et du niveau général de connaissance et d'utilisation de ces catégories dans la conduite en cas de maladie.

### **Les Kel tamacheq**

Les Kel tamacheq (connus aussi sous le nom de Touareg) sont une population berbère qui vit dans le sud de l'Algérie, au Mali, au Burkina Faso et au Niger. Traditionnellement pasteurs nomades habitant le désert, beaucoup de Kel tamacheq du Mali vivent aujourd'hui dans des

zones sahéliennes, dont le Gourma, au sud de la boucle du Niger, qu'ils ont commencé à coloniser à la fin du XVII<sup>e</sup> et au début du XVIII<sup>e</sup> siècles (Winter, 1984). La société tamacheq est strictement hiérarchisée, avec plusieurs classes sociales endogames. Les détails de la structure des classes sociales varient d'une région à l'autre, mais dans le Gourma ils peuvent être résumés comme suit :

*illelan* (libres) : *imusbar* (guerriers)  
*ineslemen* (marabouts et érudits musulmans)  
*imghad* (historiquement vassaux des imushar, aujourd'hui, au moins dans le Gourma, riches, puissants, et de haut statut)  
*illelan* de bas statut (tels que les Ibahannen, Iboghelayten, Kel Targhlift...)

*iklan* (descendants d'esclaves, *bella* en songhay)

Ainsi, parmi les hommes libres, figurent d'abord trois classes sociales nobles : les guerriers, qui constituent une toute petite minorité, mais traditionnellement très puissante, la classe religieuse, dont le pouvoir est très dépendant du degré d'influence de l'Islam, et les *imghad*, théoriquement (puisqu'il était le cas dans le passé) vassaux des guerriers, mais constituant aujourd'hui dans le Gourma un groupe riche et puissant par lui-même. A ces classes nobles s'ajoute celle des hommes libres de bas statut (y compris une caste de forgerons), qui doivent certaines formes d'allégeance à certains groupes nobles.

Les hommes libres ont toujours été servis par des esclaves. Dans le passé et au début de ce siècle, les *imusbar* et les *imghad* partageaient capturer des esclaves dans les populations sédentaires (non berbères) voisines. Certains esclaves étaient gardés, d'autres donnés aux marabouts en échange de protection religieuse. Les descendants de cette population d'esclaves (*iklan*) représentent aujourd'hui environ 60 % de la population tamacheq du Gourma. On peut distinguer trois types principaux d'*iklan* : ceux qui ont été libérés ou qui se sont libérés de leurs propriétaires il y a déjà plusieurs décennies et qui sont aujourd'hui complètement indépendants sur le plan économique ; ceux qui vivent d'ordinaire à part et indépendamment de leurs anciens maîtres, mais conservent avec eux des liens étroits, et par exemple sont encore recensés avec eux pour les besoins de l'Administration et du fisc ; enfin ceux qui restent, dans des proportions variables, économiquement et socialement dépendants de leurs anciens propriétaires. Ce dernier groupe ne cesse de diminuer, et aujourd'hui il est surtout composé de femmes et d'enfants, dont certains dépendent presque totalement de leur maître pour le gîte et le couvert, le vêtement, les soins médicaux.

Ce schéma simplifié a été affecté, ces dernières années, par les conséquences de la sécheresse qui ont distordu les relations économiques traditionnelles, dans lesquelles le statut était un assez bon indicateur de la richesse. Des nobles qui étaient auparavant riches ont maintenant perdu l'essentiel de leur cheptel, et sont incapables d'entretenir une population dépendante d'*iklan*. Les migrations de jeunes hommes pour chercher du travail dans les pays voisins sont avant tout le fait d'*iklan* et de groupes de bas statut. Autour des grands points d'eau et villages, des groupes de Kel tamacheq sans ressources ou presque, appartenant à toutes les classes sociales, mendient de l'aide alimentaire ou du travail auprès des projets de développement, bien que pour la majorité l'espoir à long terme soit encore de reconstituer un troupeau et de retourner au pastoralisme nomade.

### Les guérisseurs traditionnels tamacheq

Deux études ont porté sur les spécialistes tamacheq traditionnels de la santé dans la zone de Tombouctou et du Gourma au Mali (Ag Hamahady, 1988 ; Le Jean, 1986). Un bref résumé de leurs conclusions sur la classification chaud-froid telle qu'elle est utilisée dans la médecine tamacheq servira de base de comparaison des différents degrés de compréhension et de mise en pratique de cette classification entre les spécialistes et les profanes. Ag Hamahady a interrogé 43 spécialistes de médecine traditionnelle et Le Jean avait 6 informateurs principaux dont 4 étaient spécialistes, soit de soins, soit de "maraboutage".

D'après Ag Hamahady, les maladies tamacheq sont essentiellement causées par des facteurs alimentaires ou climatiques, et elles se produisent sous trois formes : chaude (*tekusse*), froide (*tessumde*), et chaude + froide, — avec trois types dans la forme chaude et trois dans la froide. Ainsi : les maladies froides, ou un état de froid, qui attaquent les gens intérieurement, entraînant une mauvaise digestion, des selles sans odeur, et une envie de boissons froides et d'endroits frais ; des individus congénitalement froids, petite minorité identifiable à un âge précoce, qui souffrent moins que les autres des maladies chaudes, mais pour qui les maladies froides sont très dangereuses ; et la vraie maladie *tessumde* ou maladie froide qui est très grave et qui peut avoir un grand nombre de symptômes comme mal de dos, mal de ventre, poids dans la poitrine, douleurs osseuses ou musculaires, rhumatismes. On rencontre trois types équivalents de *tekusse* : les maladies chaudes, les gens congénitalement chauds et les *tekusse* pathologiques proprement dits. Ag Hamahady indique les endroits et les saisons où les gens sont exposés au froid ou au chaud ; ainsi que les aliments spécifiques qui provoquent des maladies chaudes ou froides. Il suppose implicitement

que la classification de ces endroits, de ces aliments, de ces saisons est fixe.

Il décrit une série de maladies de l'estomac et de la digestion, leurs diverses formes et leurs traitements. La plupart d'entre elles ont une forme chaude, une forme froide et plusieurs autres formes, comme maladie « du vent », ou « du dos », ou « de vomissement », ou « de *tabafnint* » (1). Chaque forme a toute une gamme de traitements traditionnels différents. Ceci suggère que la classification chaud-froid n'est que l'un des multiples modèles explicatifs de chaque maladie particulière. Ag Hamahady croit qu'il y a un consensus général sur ce qui constitue les états chaud et froid, et sur les symptômes particuliers des formes chaude et froide des maladies, mais il ne discute pas le degré de consensus auquel on parvient, ni n'indique le nombre de spécialistes qui étaient d'accord sur les théories.

La perspective plus théorique de Le Jean s'applique à la perception tamacheq du fonctionnement du corps, tel qu'il est décrit par un guérisseur. Même parmi les guérisseurs spécialistes, l'auteur relève que, à propos du chaud et du froid, « les informations obtenues sur ce concept sont contradictoires et diffèrent selon les guérisseurs. Il est très difficile d'avoir une opinion précise de ce qu'est le chaud et le froid », mais néanmoins elle conclut que « cette notion est la clé de voûte de la médecine traditionnelle » (Le Jean, 1986 : 48).

Le spécialiste interrogé par Le Jean indique que les gens naissent avec une tendance génétique vers le chaud ou vers le froid, tendance qui ne se manifeste pas nécessairement ; c'est à la fois une caractéristique physique et une caractéristique du comportement, ce qui nous rapproche de la médecine classique des humeurs. Les aliments et les lieux ont aussi des états chauds ou froids, mais ces états ne sont que relatifs et dépendent d'où l'on vient et des réactions personnelles de chacun. La classification chaud-froid est essentielle pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie : « toute la pathologie est dominée par la notion de chaud et de froid. La distinction est très importante en médecine traditionnelle, car le traitement différera selon qu'il s'agit d'une maladie froide ou d'une maladie chaude » (Le Jean, 1986 : 50). Les maladies froides sont plus rares, plus difficiles à traiter, plus insidieuses, les maladies chaudes sont rapides, dominées par la fièvre et relativement faciles à traiter. Le sang, la circulation et donc la purification essentielle du sang est à la base du chaud et du froid, parce que si le sang bout, la circulation est gênée et les blocages conduisent à la

---

(1) *Tabafnint* est une substance contenue dans beaucoup d'aliments ; elle provoque une maladie du même nom quand elle s'accumule en excès dans un individu. Les symptômes habituels sont la fièvre avec des vomissements jaunes-verts, des selles vertes ou jaunes, les yeux et la peau jaunâtres. Beaucoup de fièvres non accompagnées des autres symptômes sont aussi désignées comme *tabafnint*.

maladie. Certaines maladies, mais pas toutes, ont à la fois une forme chaude et une froide. La maladie est traitée en utilisant la catégorie opposée, soit par la diète, soit par les médicaments, ou par les deux ; et lorsque la nature chaude ou froide de la maladie n'est pas connue, on la découvre en observant les réactions du patient à l'un des types de traitement.

Pour ces deux chercheurs la classification chaud-froid est une composante essentielle de la prise en charge de la maladie par un spécialiste tamacheq, et elle est utilisée à la fois pour identifier le type de la maladie et pour déterminer le traitement adéquat. Pour ce spécialiste, les concepts de chaud et de froid interviennent fréquemment dans la vie quotidienne, affectant la prédisposition des individus et des groupes à différentes maladies. Il est suggéré que l'équilibre diététique entre chaud et froid pourrait être important même lorsque les individus ne sont pas malades, dans le but de prévenir une éventuelle maladie ; une modification du régime alimentaire pour obtenir un équilibre humoral fait certainement partie des traitements de beaucoup de spécialistes.

## **Méthodologie**

Les données présentées ici ont été collectées à l'occasion d'une étude sur les comportements et croyances relatifs à la santé, étude entreprise pour une ONG qui travaillait dans la zone et souhaitait réorienter ses programmes de santé vers certains des problèmes spécifiques qu'affrontent ces populations (Randall et alii, 1989). L'étude s'est concentrée sur des groupes qui conservaient plus ou moins le style de vie traditionnel nomade, largement dépendant de l'élevage et de la cueillette. On pensait que ces groupes avaient des problèmes de santé particuliers, liés à leur mode de vie, et disposaient encore de quelques ressources qui pourraient leur permettre d'agir de façon appropriée en cas de maladie. Pour les Kel tamacheq récemment sédentarisés, la pauvreté est sans doute, au contraire, le déterminant majeur du mauvais état de santé et des comportements liés à la maladie.

On a recueilli des compte-rendus verbaux détaillés de tous les symptômes, traitements, changements de régime alimentaire, dépenses, croyances en matière de prévention et causalité, ainsi qu'en matière de classification chaud-froid, pour la plus récente maladie (telle que définie par le sujet), et, éventuellement, pour une maladie « grave » survenue au cours de l'année précédente, et cela de la part de tous les membres de trois familles choisies dans 16 des campements du Gourma, représentant une large variété de classes sociales, niveaux de richesse, conditions de l'approvisionnement en eau, et distance par rapport aux formations sanitaires modernes. Ces informations ont été obtenues au

cours de discussions à bâtons rompus, bien que les enquêteurs aient eu pour instruction de vérifier que certains sujets étaient abordés, parmi lesquels la nature chaude ou froide de la maladie, et de la personne elle-même. Les interlocuteurs étaient interrogés sur leurs propres maladies, sauf les enfants, pour lesquels on s'adressait à la personne qui s'en occupait le plus, d'ordinaire la mère.

385 histoires de maladie ont été ainsi obtenues. Les spécialistes traditionnels rencontrés dans les campements ont été interrogés, mais les données présentées ci-dessous décrivent les croyances et comportements de la population.

### Conduite populaire tamacheq face à la maladie

L'essentiel des soins médicaux tamacheq sont fournis au sein du groupe domestique, le recours au spécialiste, que celui-ci soit traditionnel ou moderne, étant relativement rare. Au cours de l'étude on a dénombré 90 consultations de spécialiste : 22 de marabout, 16 de guérisseur traditionnel et 52 de dispensaire ou d'agent de soins de santé primaires. Deux ou plusieurs spécialistes ont été consultés pour certaines maladies, mais plus des trois quarts des épisodes de maladies ont été pris en charge à la maison, avec ou sans traitement » (2). 73,5 % des épisodes ont reçu une forme ou une autre de traitement domestique, comme seul traitement, ou bien avant ou encore après le traitement de spécialiste.

Face à la maladie, la première réponse est généralement le traitement domestique, qu'il utilise des herbes, des produits animaux ou minéraux, une modification du régime alimentaire, ou qu'il s'agisse d'un traitement physique comme de laver ou asseoir le malade dans le sable chaud, ou encore qu'on lui administre de la chloroquine ou de l'aspirine. D'ordinaire, ce premier traitement est simplement une réponse pragmatique : le traitement est connu comme efficace pour ce type de symptômes, et il est disponible. La raison la plus fréquente pour utiliser un traitement donné est que l'expérience passée a montré qu'il a l'effet désiré. Le changement de régime alimentaire, s'appliquant généralement aux malades qui ont perdu leur appétit, consiste à utiliser ce qu'ils croient pouvoir, ou désirent, manger. Habituellement, on ne réfléchit pas aux considérations théoriques qui relient la cause de la maladie au type de médication. Les purges, émétiques, lavements sont fréquents, parce qu'ils nettoient les impuretés causant la maladie, mais la théorie

---

(2) Une étude similaire dans le cercle de Bandiagara, au Mali, a permis de dénombrer 168 consultations auprès d'un spécialiste moderne ou traditionnel pour 355 épisodes de maladie. Ici, 54 % seulement des épisodes de maladie ont été soignés à la maison par automédication ou sans traitement (Coppo, Keita, 1990).

populaire ne va généralement pas plus loin. Cette idée que la « saleté » ou d'autres substances indésirables, telles que *tabafnint* (voir note 1), causent la maladie, est répandue. Non seulement les purges sont fréquentes, mais les furoncles et les boutons sont souvent traités avec des cataplasmes d'herbes et de boue pour aider le pus et la « saleté » à sortir. Dans les maladies à éruption, telles que la rougeole et certaines formes de bétel, les boutons manifestent l'expulsion de la saleté, et des traitements peuvent être employés pour favoriser leur apparition. A quelques exceptions remarquables, qu'on discutera plus loin, on ne pense pas en termes de « chaud » et de « froid » aux premiers stades de la maladie, et si les symptômes disparaissent, ces concepts ne sont pas pris en considération.

### **Perceptions profanes du chaud et du froid**

Les conceptions de spécialistes concernant les principes du chaud et du froid et celles du commun sont très similaires lorsqu'on s'adresse à des profanes qui sont capables d'articuler ces principes. Cependant, le niveau de connaissance et de compréhension varie considérablement entre ceux qui approchent le niveau du spécialiste et ceux qui utilisent le vocabulaire du chaud et du froid sans comprendre les principes de classification, et pour lesquels la température physique est le critère à considérer. La différence essentielle, par conséquent, entre la pratique du spécialiste et l'usage populaire n'est pas dans les détails de la théorie, mais dans l'importance accordée à l'équilibre entre chaud et froid dans la pratique thérapeutique. Plus grandes seront la connaissance et la compréhension dont dispose un non-spécialiste en ce qui concerne le chaud et le froid, plus probable sera l'utilisation de ces principes dans la pratique thérapeutique ; pourtant cette utilisation restera seulement l'un des multiples moyens qu'emploient les Kel tamacheq pour diagnostiquer, prendre en charge et traiter la maladie. Autrement dit, en ce qui concerne les traitements domestiques -forme la plus fréquente des soins- l'équilibre chaud-froid n'est pas la considération centrale qu'elle paraît être pour les spécialistes.

La description qui suit est donc une synthèse glanée dans les itinéraires des malades et dans leurs réponses aux questions systématiques portant sur la nature chaude ou froide de leur maladie et des traitements utilisés, ainsi que dans des discussions informelles. Il faut insister sur le fait que beaucoup de Kel tamacheq seraient incapables de donner l'explication qui suit, mais que cela ne les empêche ni d'utiliser le vocabulaire du chaud et du froid, ni de répondre à nos questions, ni d'appliquer certains des principes, éventuellement de façon erronée.

La chaleur (*tekusse*) et le froid (*tessumde*) peuvent être employés par les Kel tamacheq pour classer les maladies, des symptômes spécifiques, les aliments, les états du corps, les lieux, les saisons, les gens, et les médicaments, lorsque la connaissance d'un individu et la situation le demandent. Bien que la température physique ne détermine pas comment tel élément doit être classé, elle peut être l'un des facteurs pris en compte.

### **Le corps**

Un corps sain est en équilibre du point de vue du chaud et du froid, et n'est ni chaud ni froid. C'est seulement lorsqu'une personne est malade, ressent une douleur ou une gêne, ou présente tel ou tel symptôme indiquant que quelque chose ne va pas, que ces éléments pourront se décrire comme chauds ou froids. En général, la chaleur et le froid sont localisés sur l'organe qui souffre. Tous les symptômes ne sont pas automatiquement classés (voir plus loin), les individus peuvent les interpréter différemment selon les circonstances, et différents états peuvent coexister dans la même personne. Ainsi une femme peut être froide dans le bas de son corps parce qu'elle a mal aux reins, et avoir la tête chaude parce qu'elle souffre de saignement de nez. Certaines personnes considèrent qu'elles sont en permanence froides ou chaudes en certaines parties de leur corps, parce qu'elles sont sujettes à des symptômes spécifiques, mais pour la majorité c'est seulement en présence de la gêne que la classification devient appropriée.

### **Les aliments et le régime**

Les aliments peuvent être classés en chauds et froids, mais il n'y a pas de taxonomie uniformément cohérente (voir tableau 1 en annexe), et il est impossible d'établir une liste définitive des oppositions ou des classifications. Le manque de consensus est évident, bien que certaines contradictions puissent être expliquées par différentes méthodes de préparation : par exemple, la plupart des céréales sont « chaudes » lorsqu'elles ont été cuites et sont servies sèches, mais elles sont « froides » sous forme de bouillie. Ajouter des feuilles de plantes médicinales, ou allonger avec de l'eau, du lait ou du sucre transformera un aliment chaud en aliment froid et vice versa.

En général, on n'essaie pas d'équilibrer la composition du régime en aliments chauds et froids, bien que l'on croie que le mélange de certains aliments entraînera la maladie, et que de tels mélanges -comme lait et viande, lait et thé, différentes sortes de céréales- sont évités autant

que possible. Ces mélanges ne causent pas la maladie par le déséquilibre chaud-froid, mais parce qu'ils sont insupportables pour le système digestif. Des aliments mal digérés impliquent que l'intérieur de la personne devient « sale », ce qui se manifestera par la maladie.

Bien que les malades expriment souvent un désir ou un besoin d'aliments particuliers, cela permettra rarement de rectifier un déséquilibre chaud-froid. Le plus souvent ils ont perdu leur appétit pour certains aliments, ou bien ils sentent qu'ils ont besoin d'aliments « lourds » ou « légers » pour les aider à recouvrer leur santé. Bien que la classification en aliments « lourds » ou « légers » soit d'une certaine manière parallèle à la classification en chaud et froid, en ce que la plupart des aliments chauds sont lourds et la plupart des froids légers, la lourdeur ou la légèreté est liée à la facilité perçue de la digestion et à la qualité nutritionnelle supposée, et elle n'est pas en rapport avec la restauration de l'équilibre humoral.

L'alimentation est souvent impliquée à la fois comme cause et comme traitement de la maladie. 40 % des épisodes de maladie ont été, d'après ce qu'on nous a déclaré, causés par un comportement lié au régime alimentaire ou aux aliments, mais ce n'est que rarement que cette cause a été présentée en termes de déséquilibre chaud-froid. Le plus souvent on incriminait un mauvais régime, manque de produits laitiers ou de grains, excès de baies sauvages et de feuilles. A l'exception des graminées sauvages telles que le fonio ou le cramcram (3) et des fruits sauvages, la plupart des aliments de cueillette sont consommés dans les périodes difficiles ou dans les années de sécheresse, et ils sont associés aux privations et à la mauvaise santé. Les gens ont perçu une augmentation de la maladie au cours des dernières années, et ils l'imputent aux conséquences de la malnutrition causée par la sécheresse.

La nature chaude ou froide des aliments est plus importante pour traiter les symptômes que pour orienter le régime alimentaire quotidien, mais elle n'est pourtant pas un déterminant important du traitement domestique. Les malades mangent la nourriture qu'ils veulent manger, et si leur état s'améliore il peut y avoir une explication *post hoc* en termes de chaud et froid. Les préférences et réactions individuelles modifient la perception de la nature des aliments. Par exemple, si après avoir consommé un aliment donné, une personne continue de souffrir de vertiges, elle considérera cet aliment comme chaud parce que les vertiges sont un signe de chaleur. Le même aliment pourra être considéré comme froid par d'autres.

---

(3) Fonio = *Panicum laetum* ; cramcram = *Cenchrus biflorus*. L'un et l'autre sont récoltés une fois par an et constituent une large proportion des graminées consommées par les Kel tamacheq.

Tout cela suggère que l'examen de la classification des aliments ne peut pas révéler la logique sous-jacente à la classification tamacheq en chaud et froid. Le fait important en ce qui concerne la nourriture est que certaines personnes (mais pas toutes) peuvent classer les aliments quand on le leur demande, mais cette classification est une réponse individuelle à des circonstances particulières dans lesquelles une explication ou une conduite à tenir sont requises du fait que d'autres actions ont échoué. Ainsi, la demande par les chercheurs d'une classification systématique et hors contexte des aliments peut produire des réponses, mais elles sont sans signification.

### Symptômes et maladie

Une analyse de la logique sous-jacente à la classification des symptômes semble une approche beaucoup plus productive pour comprendre la classification tamacheq en chaud et froid, puisque les intéressés n'essaient pas de régler leur consommation pour obtenir un équilibre chaud-froid, mais interprètent plutôt certains symptômes comme signes que l'équilibre a été perturbé.

Beaucoup de maladies n'ont pas de statut évident quant au chaud et au froid, et c'est seulement si un ou plusieurs traitements ont échoué ou ont produit des réactions contraires au but recherché que la personne va examiner la consommation récente, les activités, la nature chaude ou froide des traitements déjà expérimentés, pour savoir si un déséquilibre peut être mis en évidence (4). Les gens ne sont pas perturbés par les contradictions, le système ne constitue pas une science indigène dans laquelle tout devrait être cohérent. Ainsi lorsqu'on interroge sur l'efficacité d'un traitement présenté comme chaud, alors que les symptômes sont décrits, en réponse à nos questions, comme chauds, la question entraîne simplement cette réponse : « oui, mais ça marche ! ».

En réponse à notre demande que les gens classent leurs épisodes de maladie, les itinéraires thérapeutiques reflètent l'opinion des spécialistes selon laquelle beaucoup de maladies ont une forme chaude et une froide (voir tableau 2). Selon Le Jean et Ag Hamahady, certains signes, comme la couleur, la consistance et l'odeur des selles, des crachats, des vomissures, indiquent au guérisseur la nature chaude ou froide de la maladie, et pour le spécialiste cela détermine le traitement depuis le début. Tel est peu souvent le cas dans les traitements

---

(4) La classification chaud-froid ne s'applique pas à certaines maladies : celles qui ont des causes surnaturelles, telles que les diables, la sorcellerie, le mauvais œil. Dans les cas où *tabafnint* était donné comme la cause, les gens disaient souvent « ce n'est pas chaud ou froid, c'est seulement *tabafnint* ».

domestiques, où le statut chaud ou froid n'est généralement pris en considération que lorsque d'autres traitements ont échoué. En demandant aux personnes enquêtées de classer systématiquement leurs maladies, nous les forçons fréquemment à attribuer un statut qui ne serait pas entré dans leur prise en charge thérapeutique de cet épisode de maladie.

Les gens peuvent s'interroger sur la nature chaude ou froide d'une maladie si elle persiste ou si elle empire après un traitement. Certains identifient ce statut eux-mêmes, d'autres prennent conseil auprès de gens jugés mieux informés, et souvent n'importe qui dans le campement donne son opinion. Une fois qu'un épisode de maladie a été pensé chaud ou froid, quelle qu'en soit la raison, on prêterait plus d'attention à la nature des traitements subséquents. Pour classer la maladie comme chaude ou froide, les facteurs pris en considération peuvent être : la réaction à un traitement précédent ; les circonstances qui ont précédé la maladie, par exemple si la personne a passé toute une journée dans l'eau on penserait que la maladie est froide ; la nature des symptômes spécifiques, tels que la couleur des selles, la présence d'un mal de reins ; la réaction des symptômes à l'environnement : est-ce que le malade est plus mal la nuit ? est-ce qu'il va mieux après un bain ? est-ce que le soleil fait du bien ou du mal ? Tous ces aspects pourraient être considérés pour chaque épisode de maladie ; en réalité ils sont sans importance jusqu'à ce qu'on ait décidé que la classification en chaud ou froid est nécessaire pour faire face au présent épisode.

Une fois diagnostiquées, les maladies chaudes sont soignées avec des aliments ou des traitements froids et vice versa. La nature d'une maladie peut changer si le traitement est trop fort ; ainsi, lorsqu'une maladie diagnostiquée comme chaude empire à la suite d'un traitement froid, ou bien le diagnostic originel était erroné, ou bien le traitement initial était excessif et a conduit le malade à un état froid. On en jugera en particulier de cette façon si de nouveaux symptômes apparaissent après le traitement. En fait, c'est souvent à ce stade seulement (après une détérioration consécutive à un traitement) qu'une identification *post hoc* de la nature chaude ou froide du traitement original sera avancée, et que les traitements ultérieurs seront donnés en conséquence. A l'occasion, on soigne des symptômes chauds par des traitements chauds : lorsque, plutôt que de tenter de restaurer l'équilibre, on estime que la chaleur excessive doit d'abord être expulsée parce qu'elle est « sale » et doit être extraite du corps.

Bien que beaucoup de personnes se soient montrées capables de classer leur maladie pour nous répondre (voir tableau 2), la nature

chaude ou froide de la maladie n'a été mentionnée spontanément (5) que dans une minorité de cas. Mais même une mention spontanée n'implique pas que la classification a déterminé le traitement, car parfois la nature de la maladie a été repérée à cause d'une amélioration extraordinaire après la consommation fortuite de quelque chose qui est connu comme chaud ou froid. Par exemple, une femme souffrant d'une diarrhée aiguë avait pris un peu de « Nescafé » simplement comme médicament à essayer et pour soigner sa diarrhée, mais pas parce que c'était un produit censé chaud ; l'amélioration exceptionnelle de son état l'a conduite à conclure que la diarrhée devait être froide.

### **Importance populaire du chaud et du froid**

Les incohérences et les flexibilités de la classification tamacheq en chaud et froid, et la rareté de ses mentions spontanées dans les interviews ne signifient pas que le concept est sans importance. Le vocabulaire est utilisé fréquemment dans les descriptions générales de la maladie et des malaises. On y relève beaucoup d'éléments communs mêlés à des contradictions. La croyance que les différentes saisons prédisposent soit à des maladies froides, soit à des maladies chaudes, recouvre beaucoup de points de vue. Certains disent qu'ils sont plus exposés à souffrir de maladies froides dans les saisons froide ou pluvieuse, parce que l'eau et le froid provoquent des maladies froides. D'autres disent que pendant ces saisons le corps combat le froid extérieur en produisant plus de chaleur, et par suite les maladies chaudes sont plus probables. D'après Ag Hamahady (1988 : 23) la saison chaude et sèche et la saison humide exposent les gens à des maladies froides parce qu'ils se lavent fréquemment (en saison chaude pour se rafraîchir, en saison humide parce qu'il y a beaucoup d'eau). Ceci n'est pas sans rapport avec l'idée exprimée par un informateur du Gourma que, comme les gens ne se lavent pas pendant la saison froide, c'est la saison des maladies chaudes.

Il y a une logique de la classification chaud-froid, mais il s'agit d'une logique personnelle, ou d'un modèle explicatif, plutôt que d'un ensemble objectif de lois ressemblant à des lois scientifiques. Cependant, j'ajouterai qu'il y a aussi une logique plus profonde à la classification des symptômes : peu de personnes sont capables de l'articuler, mais sa socialisation leur permet de l'utiliser, et cette « connaissance » forme la base des modèles explicatifs personnels.

---

(5) La façon dont les informations ont été collectées, et le fait qu'on ait interrogé systématiquement sur la nature chaude ou froide de la maladie, font qu'il est difficile de séparer les mentions spontanées des mentions provoquées. Les mentions certainement spontanées ne dépassent pas 8 sur 186 épisodes de maladie chaude, 14 sur 88 épisodes de maladie froide, 1 sur 8 épisodes de maladie chaude et froide. C'est probablement là une sous-estimation.

Si on demande à un homme ou à une femme de classer leurs maladies, ils peuvent souvent le faire, mais sans réellement savoir pourquoi, et par conséquent les raisons données sont de simples rappels d'un ou deux faits saillants environnant l'épisode de maladie. Ainsi, en réponse à notre question « la maladie était-elle chaude ou froide ? », 22 % seulement ont dit ne pas savoir. Mais les raisons invoquées pour justifier le classement sont extrêmement variées, et nous ne pouvons en citer que quelques-unes, celles qui ont un lien évident avec notre compréhension des notions de chaud et de froid. Ainsi, 20 % des réponses sont fondées sur l'effet que l'eau a eu sur les malades : en général, si l'eau (ou la toilette) les a fait se sentir mieux, la maladie était chaude, et s'ils se sont sentis plus mal, elle était froide ; dans 4 cas seulement, parmi ceux où l'eau était la justification du classement, la nature chaude ou froide a été mentionnée spontanément. 13 % raisonnaient en termes de saison, température extérieure, ou moment de la journée, et 5 % justifiaient un classement comme maladie chaude par un corps chaud, ce qui suggère que la température était le déterminant-clé de la décision.

### Le sang et l'eau

Certains symptômes sont plus probablement classés comme chauds ou froids d'une façon spontanée, ou sont tels que, en leur présence, notre demande que la maladie soit classée rencontrait une réponse immédiate avec la reconnaissance tacite que le classement était là une considération appropriée. Si ces classements sont considérés en relation avec les symptômes décrits, plutôt qu'en tenant compte des raisons invoquées, un modèle lié au sang et à l'eau apparaît. Fondamentalement, qu'il y ait du sang là où il ne devrait pas y avoir de sang est signe de chaleur, et ceci est étendu à la sensation qu'il y a trop de sang ; et s'il y a manque de sang là où il devrait y en avoir, c'est froid. Qu'il y ait de l'eau (ou des substances aqueuses et par extension du mucus blanc) là où il ne devrait pas y en avoir est un signe de froid.

Ainsi, les symptômes chauds incluent les saignements de nez, une sensation de pression du sang derrière les yeux, des furoncles contenant sang et pus, du sang dans les urines, des vomissures sanguinolentes, des saignements pendant la grossesse, l'hémorragie *post partum*. Les règles et le saignement habituel après l'accouchement ne sont pas chauds, parce qu'ils sont normaux, mais l'absence de sang après la naissance de l'enfant, ou une très faible perte sanguine (manque de sang là où il devrait y en avoir) est froide. L'aménorrhée liée à la lactation ou à la grossesse n'est pas un état froid, parce qu'elle est normale, mais l'aménorrhée en dehors de ces circonstances chez une femme en âge

de procréer est une forme de maladie froide, *tessumde*. L'autre aspect du spectre chaud-froid (l'apparition de substances blanches aqueuses alors qu'il ne devrait pas y en avoir), inclut des symptômes tels que : boutons contenant de l'eau et cloques ; diarrhée profuse contenant du mucus blanc ; sinusite faisant couler le nez continuellement et migraine avec le même symptôme ; infection des yeux provoquant leur larmolement, et cataracte (blanche) ; écoulement vaginal aqueux ou blanc. Tous sont froids, comme l'est le cas d'une femme dont les jambes étaient enflées par suite de rétention d'eau.

En somme, le sang et l'eau sont les éléments essentiels de la classification en chaud et froid, et c'est sans doute par leur effet sur ces fluides hors norme que les remèdes sont classés. A la différence de certaines autres médecines humorales, l'« humide » n'est pas une catégorie séparée pour les Kel tamacheq, mais elle est toujours associée au froid, car tout ce qui est associé à l'eau est froid : une exposition excessive à l'eau peut conduire à des maladies froides, les aliments liquides sont plus froids que les mêmes aliments sous une autre forme, les symptômes chauds sont traités avec de l'eau pour les rendre plus froids. Quelqu'un qui souffre d'hématurie peut passer toute une journée dans l'eau pour combattre la chaleur humorale ; une personne souffrant de fièvre se baignera dans l'eau, et ici le traitement de la chaleur physique coïncide avec celui de la chaleur humorale.

La diarrhée semble être une exception à cette logique. Certains cas de diarrhée et de dysenterie ont été classés comme chauds, d'autres comme froids, la présence ou l'absence de sang n'étant apparemment pas un facteur pertinent dans le classement. Dans toutes les diarrhées froides, les selles étaient très liquides et on précisait qu'elles contenaient du mucus blanc ou des substances blanches, même s'il y avait aussi du sang. Deux cas de classement de diarrhée sanglante comme froide montrent la flexibilité de la classification chaud-froid, et comment elle peut être manipulée.

Cas 05-17-16D : « Elle avait une dysenterie aiguë sanglante depuis sept jours, et elle la décrivait spontanément comme froide parce que le café, qui est chaud, la soignait. Elle disait que d'ordinaire la diarrhée sanglante est chaude, et froide la diarrhée contenant du mucus blanc, et que peut-être il y avait eu du blanc qu'elle n'avait pas pu voir avec le sang, et que c'est pour cela que le café avait été efficace ».

Cas 14-02-06D : « Quand elle était à la selle, il ne vint que du sang... Elle pensa que la maladie était froide parce que le cramcram mélangé avec du lait caillé, l'un et l'autre chauds, l'ont soignée ».

Plusieurs autres personnes ont dit que la diarrhée froide est blanche et glaireuse, mais il est clair que ce n'est pas immuable, et les justifications faisant référence au traitement vont justement insister sur le rôle de l'expérience individuelle dans la manipulation de ce système explicatif.

### ***talawayt* et *azalalam***

Deux symptômes bien définis, spécifiquement *tamacheq*, sont toujours froids. *Talawayt* est une sorte particulière de douleur d'un côté de la tête, parfois associée à des yeux larmoyants (6). Les enquêteurs traduisent par migraine, mais cette douleur n'était souvent citée que comme un simple symptôme d'une autre affection (tels le mal de dents ou une infection oculaire), elle est probablement plus générale. *Azalalam* est un œdème, en particulier un œdème qui croît progressivement ou qui paraît se déplacer. Si quelqu'un décrit soit sa maladie soit un de ses symptômes comme *talawayt* ou *azalalam*, ce sera toujours froid. Le lien avec le sang ou l'eau n'est pas apparent pour *talawayt*, mais, de façon cohérente avec la logique exposée plus haut, l'œdème *azalalam* a souvent été décrit « comme s'il contenait de l'eau ».

### ***tekusse* et *tessumde* pathologiques**

*Tekusse* et *tessumde* sont des maladies à part entière qui peuvent attaquer tout un chacun. D'après les exemples rencontrés au cours de l'étude, il n'y a pas de symptômes universellement associés, bien que des douleurs osseuses aient été présentes dans tous les cas de *tessumde* (les douleurs osseuses sont aussi un symptôme de beaucoup de maladies chaudes ou non définies). Les maux de reins sont fréquemment un signe de *tessumde*, spécialement chez les femmes (voir plus bas). La chaleur, c'est-à-dire soit la température, soit les aliments chauds, était la cause des cas de *tekusse* pathologique, et la pluie, le fait de se mouiller ou le froid physique causaient *tessumde*. Cette maladie *tessumde* est très redoutée, spécialement de la part des femmes ; des symptômes tels que *talawayt*, *azalalam* et les pertes vaginales sont souvent traités sans retard pour tenter d'éviter que se développe la maladie *tessumde*.

## **Nature et fréquence relative des maladies chaudes et froides**

### **Caractéristiques générales**

Pour la population, comme pour les spécialistes, les symptômes et maladies chauds sont généralement considérés comme moins sérieux que les symptômes et maladies froids. Les maladies chaudes peuvent être violentes dans leur attaque, mais elles sont relativement faciles

---

(6) Il est intéressant que Greenwood (1981 : 9) relève ce même symptôme comme froid au Maroc. Là-bas, comme ici, ce symptôme ne semble pas se rattacher à la logique générale du système de classification.

à soigner, et elles peuvent être vaincues plus rapidement. Les maladies froides sont plus insidieuses : elles prennent possession graduellement de la personne, n'évoluant que lentement, mais elles sont également très longues à traiter. Les gens disent que les maladies chaudes sont plus communes, ce qui est corroboré par les données d'enquête (voir tableau 3).

### Le froid et les femmes

Les femmes sont particulièrement prédisposées aux maladies froides, comme le montre le tableau 3. Le rapport des maladies chaudes aux froides est de 3,9 pour les enfants, 2,4 pour les hommes et 1,2 pour les femmes. Les maladies froides des femmes ou les symptômes froids se présentent fréquemment sous la forme de problèmes gynécologiques, ou bien ils sont définis comme froids parce qu'on craint qu'ils ne se développent en problèmes gynécologiques. L'association provient du contact constant des femmes avec le sang, à la fois par la menstruation et par l'accouchement, ce qui signifie qu'il y a une plus grande probabilité d'anomalies liés au sang, ce qui les expose au « froid ». Les hommes ont moins de chances de souffrir de désordres liés au sang parce que le saignement n'est pas une part constitutive de leur physiologie.

Beaucoup de problèmes gynécologiques entrent dans le *tessumde* pathologique, et d'autres maladies gynécologiques sont généralement décrites comme froides, et craintes parce qu'elles pourraient conduire à *tessumde*, qui est une maladie très sérieuse. Pour se protéger contre *tessumde*, les femmes doivent suivre certaines prescriptions au moment des règles et après l'accouchement. C'est là l'un des rares exemples d'action préventive positive, puisque d'ordinaire les gens ne modifient pas leur régime alimentaire ou n'évitent pas certaines activités par crainte d'une maladie, chaude ou froide. Cependant, les prescriptions concernant les règles sont suivies aussi scrupuleusement que le permettent les circonstances économiques. Les deux principales causes de *tessumde* gynécologique sont le contact avec l'eau pendant les règles et un saignement insuffisant après l'accouchement. Les femmes tamacheq ne se lavent pas pendant la période de leurs règles, et dans l'idéal devraient éviter tout contact avec l'eau. Elles ont peur d'être surprises par une averse, et elles essaient d'éviter d'avoir à aller chercher de l'eau à la mare, croyant que tout contact avec l'eau réduira ou même interrompra le flux menstruel, ce qui conduira à la maladie *tessumde*, puisque le sang menstruel est sale et doit s'éliminer (7). Les femmes pauvres

(7) Le concept de sang menstruel « sale » est bien établi dans l'Islam. La proscription du contact avec l'eau n'apparaît pas dans le Coran, mais c'est une tradition tamacheq.

et de bas statut qui n'ont personne à leur service doivent aller puiser leur eau elles-mêmes, et peuvent même être obligées pendant leurs règles de passer des journées entières dans l'eau, pour y récolter des racines de nénuphar. Toute douleur des reins ou toute perte survenant alors sera interprétée comme *tessumde*.

Une femme qui ne saigne pas beaucoup après un accouchement est froide. Dans la tradition, toute femme reçoit après la délivrance une nourriture riche, chaude, pour encourager le sang à s'éliminer, parce que le sang est sale et plein d'impuretés. Si la femme saigne peu (manque de sang là où il devrait y en avoir), elle risque de développer *tessumde* plus tard.

Les symptômes de *tessumde* gynécologique sont les maux de reins et les douleurs du bas-ventre, les pertes aqueuses ou abondantes et blanches, qu'elles sentent ou non le pourri, l'aménorrhée et enfin la stérilité. Une femme qui souffre de douleurs des reins ou du bas-ventre sait qu'elle a *tessumde* et qu'elle risque de voir apparaître les autres symptômes à moins qu'elle ne se soigne. L'aménorrhée et la stérilité sont les signes de la maladie à son stade avancé. Il est reconnu que les vierges ne souffrent pas du *tessumde*, qui cependant ne se transmet pas par voie sexuelle. Que cette gamme de symptômes désigne *tessumde* n'est pas surprenant, puisque, dans sa forme avancée, cette maladie recouvre les deux éléments essentiels des maladies froides, à savoir le manque de sang là où il devrait y en avoir (après la naissance et aménorrhée), et des pertes aqueuses ou blanches là où il ne devrait pas y en avoir. Que les causes perçues soient également cohérentes avec les mêmes principes montre comment cette maladie renferme tout ce que les Kel tamacheq entendent pas chaud et froid.

Une femme mariée en âge de procréer qui ne devient plus enceinte peut décrire son ventre comme froid même si elle ne présente aucun des symptômes spécifiques de la maladie *tessumde*. Ainsi, par extension, le froid comprend la stérilité. Les femmes ayant passé la ménopause disent souvent que leur ventre est froid. Que cela tienne à la perception d'un malaise général, ou à l'interruption des fonctions normales de menstruation et reproduction, n'est pas ressorti clairement.

### **Influence de la méthodologie sur les données**

Le fait qu'il soit possible de discerner une logique assez cohérente derrière la classification tamacheq chaud-froid, applicable à beaucoup de maladies pour les diagnostiquer comme chaudes ou froides, ne doit conduire à penser ni que ce mode de diagnostic est pratiqué, ni que pour le commun des mortels la considération du caractère chaud ou froid détermine la plupart des réponses à la maladie.

L'insistance de Le Jean et de Ag Hamahady sur l'importance du chaud et du froid pour les thérapies des guérisseurs, ainsi que certaines recherches antérieures (Randall, 1984 ; Ousmane, 1981) suggéraient que cette classification était le système explicatif essentiel guidant les conduites des Tamacheq devant la maladie. En interrogeant systématiquement à ce sujet, nous avons été surpris de découvrir ignorance, étonnement et beaucoup de contradictions dans les réponses. C'était que la classification n'avait pas été utilisée spontanément pour déterminer une action.

Une telle situation est identique à celle qui a été décrite par Tedlock, quand elle discute les points faibles de beaucoup de tentatives visant à comprendre la classification humorale latino-américaine et ses dichotomies chaud-froid (Tedlock, 1987). Là-bas aussi, les tentatives consistant à imposer une logique scientifique venant d'une connaissance supposée universelle échouent pour les mêmes raisons qu'ici ; les distinctions chaud-froid ne sont que l'un des systèmes utilisés pour identifier et traiter la maladie, et la compréhension profane de cette classification varie énormément.

Le souci principal face à la maladie est la guérison, en vue de laquelle les Kel tamacheq, comme beaucoup d'autres peuples, utilisent des traitements largement connus pour traiter les symptômes concernés, sans vraiment réfléchir au « pourquoi » de tel traitement particulier. Si le traitement est efficace, on n'y pensera plus jusqu'au jour où un chercheur viendra demander pourquoi on l'a choisi. La politesse dicte que l'on réponde à sa question, et bien que certains aient dit « je ne sais pas » ou « je n'y ai pas pensé », beaucoup essaient de trouver une réponse, une justification, et y parviennent. Mais cette réponse est engendrée par la question, et elle ne reflète pas la conduite tenue face à tel épisode de maladie.

### **Chaud, froid et classes sociales**

L'opposition chaud-froid fait cependant partie intégrante de la culture tamacheq, et le vocabulaire en est souvent entendu, ce qui crée l'impression d'une large compréhension consciente de la logique classificatoire. En fait, la classification des aliments, des saisons, des personnes, des lieux et des médications demeure subjective, et définie ou bien par la réaction de l'individu à un symptôme, ou bien par extension à partir d'une situation antérieure. Souvent la température physique est le seul point de référence. Une logique préside à la classification des symptômes, mais la plupart des gens sont incapables d'articuler cette logique, en dépit du fait qu'ils connaissent certaines de ses caractéristiques (par exemple : du mucus blanc dans les selles signifie

froid). Néanmoins, interrogés sur le classement d'épisodes de maladie, beaucoup reproduisent le modèle logique construit à partir de la présence ou de l'absence de sang ou d'eau. Cette connaissance sous-jacente est moins développée dans les groupes sociaux qui se sont intégrés plus récemment à la culture tamacheq, les groupes d'anciens esclaves, qui expriment plus fréquemment leur ignorance sur la nature de leur maladie, ou n'utilisent que la température comme indice. Les *iklan* sont plus de deux fois plus souvent incapables de classer un épisode de maladie que les autres classes (tableau 4).

Il y a beaucoup de similarités entre l'usage que font du chaud et du froid les Kel tamacheq et certaines parties de la médecine galénique des humeurs, telle qu'elle est décrite par Greenwood au sujet du Maroc : « alors que les quatre humeurs sont connues de quelques experts, dans la pratique normale seul l'excès de sang est conceptualisé comme caractéristique des maladies chaudes, et l'excès de phlegme comme trait des maladies froides » (Greenwood, 1981 : 221). Si les concepts de chaud et de froid, tels qu'ils sont compris dans la culture tamacheq, avaient leur origine dans la théorie médicale arabe, où ces concepts sont incontestablement présents, la connaissance et l'usage qui en est fait chez les Kel tamacheq devraient être liés au degré d'islamisation des groupes concernés ; ce n'est pas le cas, et on constate plutôt que cette connaissance et cet usage dépendent du degré d'intégration de chaque groupe social à la culture tamacheq (et, naturellement, du degré d'assimilation des concepts). Ainsi, comparés aux autres classes sociales, les *ineslemen* ne font pas montre d'une connaissance plus développée des notions de chaud et de froid, et ne les utilisent pas plus souvent dans le traitement de leurs maladies. Les *iklan*, qui d'ordinaire ne sont Kel tamacheq que depuis 3 à 8 générations, ne semblent pas avoir acquis tous ces détails du bagage culturel tamacheq ; ils se montrent moins capables de concevoir la maladie en termes de chaud et de froid.

## Discussion

Une comparaison de la classification tamacheq chaud-froid avec les classifications qui ont été décrites ailleurs révèle certaines similarités, mais aussi des divergences. Bien que les similarités renforcent en apparence l'idée de théories universelles, elles sont toujours l'exception.

Kay et Yoder suggèrent que les femmes sont considérées comme naturellement froides à travers les cultures (Kay, Yoder, 1987). Certes, les femmes tamacheq souffrent plus de maladies froides, et la principale maladie gynécologique est le *tessumde*. Pour autant, une femme en bonne santé n'est pas froide, puisque la santé est définie chez les Kel

tamacheq par l'équilibre, c'est-à-dire l'absence de chaud et l'absence de froid. Cependant, les femmes ont une plus forte propension que les hommes à souffrir de maladies froides, à cause des conséquences physiques impliquant le sang qu'à le système reproductif, et à cause de l'association du chaud et du froid avec le sang et l'eau. Dans les cultures où la classification chaud-froid dérive probablement de la médecine humorale grecque ou arabe, selon laquelle le sang et la chaleur sont associés, il n'est pas surprenant que les femmes et leurs maladies soient classées de la façon la plus cohérente, puisque leur organisme a plus d'affections potentiellement reliées au sang.

Les détails spécifiques de *tessumde* gynécologique sont presque identiques à ceux d'une maladie coréenne, *naeng*, qui, comme *tessumde*, signifie froid physique et est utilisé pour classer des symptômes conduisant finalement à la stérilité (Kendall, 1987). Les pertes blanches ou aqueuses sont un symptôme préliminaire clé des maladies froides coréennes, comme chez les Kel tamacheq. La principale différence est que, dans le cas coréen, le froid physique cause *naeng*, alors que *tessumde* est généralement causé par l'eau (elle-même toujours froide).

Une association du froid avec la stérilité est aussi présente dans la classification chaud-froid décrite au Maroc (Greenwood, 1981). Les similarités avec le cas tamacheq sont moins suprenantes que celles du cas coréen, puisque les deux sociétés appartiennent au groupe berbère. Dans sa figure 4, Greenwood représente les symptômes, les types de maladies et les facteurs de risque des maladies froides au Maroc ; beaucoup sont valables pour les Kel tamacheq : mal de dos, mal dans la partie basse du corps, douleur interne, articulations douloureuses, raides ou enflées, mal de tête unilatéral (*talawayt* en tamacheq), vomissements, stérilité, maladie causée par le vent froid ou l'eau. La principale différence est que, au Maroc, la plupart des aliments sont chauds et la plupart des maladies froides, alors que pour les Kel tamacheq il n'en va pas ainsi. Ceci pourrait évidemment être une simple conséquence du climat et de l'épidémiologie, puisque l'expérience qu'ont les Kel tamacheq de la maladie est dominée par le paludisme, et que la plupart des fièvres sont classées comme chaudes.

Les similarités entre les classifications tamacheq et marocaine du chaud et du froid résident entièrement dans le classement des symptômes, et pas du tout dans celui des aliments ni dans les justifications qui en sont données. Aussi peut-on mettre en doute l'assertion de Greenwood selon laquelle « le point de départ de l'analyse du système humoral est la classification des aliments d'après leur qualité chaude ou froide... » (Greenwood, 1981 : 222), et ceci d'autant plus que, comme tant d'autres auteurs, il relève un désaccord marqué entre les individus lorsqu'ils classent les aliments.

L'expérience tamacheq est plus facilement intégrée au modèle explicatif élaboré par Pool (Pool, 1987), qui plaide lui aussi pour qu'on abandonne le classement des aliments comme clé pour comprendre le chaud et le froid. La thèse de Pool est que le chaud et le froid devraient être considérés comme représentant leurs effets thermiques, la chaleur mélangeant, bouillant, entraînant expansion et expulsion, le froid gelant, solidifiant, coagulant et congestionnant. Ainsi, les maladies chaudes incluent les boutons externes, les excréments (sang, diarrhée), et les maladies froides la congestion liée aux infections du trait respiratoire et les articulations bloquées des rhumatismes. Ce modèle vaut dans le cas tamacheq pour certains symptômes tels que les rhumatismes, les furoncles et les boutons, mais pas pour d'autres, alors que la logique qui classe les symptômes d'après la présence ou l'absence de sang ou de mucus et d'eau est d'une beaucoup plus grande portée. Pool tente bien d'incorporer l'association fréquente du sang et de l'eau avec le chaud et le froid, mais en fait ne réussit qu'à produire une liste d'exceptions à cette règle. Comme le sang arrive fréquemment à la surface et semble s'échapper, et qu'un manque de sang là où on en attend suggère aussi une congélation ou une coagulation, les deux théories se rapprochent.

L'usage que font les Kel tamacheq de leur classification du chaud et du froid ressemble à celui qui a été décrit pour d'autres cultures : ce n'est pas le seul modèle explicatif de la maladie, ce n'en est qu'un parmi d'autres, et il n'est généralement pas invoqué tant que d'autres traitements n'ont pas échoué. Les niveaux de compréhension et d'utilisation du chaud et du froid qu'ont le spécialiste et le profane diffèrent considérablement, mais comme les spécialistes ne sont consultés que dans une minorité d'épisodes, l'importance qu'ils assignent à la classification est rarement appliquée en pratique face à la maladie. Un biais méthodologique dont d'autres chercheurs ont fait l'expérience a été rencontré ici, qui conduit à entériner un usage apparemment cohérent et bien défini du chaud et du froid, et qui exagère grandement son importance. Comme Nichter le dit : « la question subsiste : quand les gens pensent-ils à ces choses en dehors du cas où ils sont sollicités par l'anthropologue ? » (Nichter, 1987). Pour les Kel tamacheq, la réponse est assez claire : les gens pensent à ces choses en présence d'un problème gynécologique ; ou bien lorsqu'il y a du sang là où il ne devrait pas y en avoir, ou de l'eau là où il ne devrait pas y en avoir ; en cas d'œdème (*azalalam*) ; quand les traitements antérieurs ont échoué et qu'un nouveau traitement ou aliment, dont la qualité chaude ou froide est connue du patient, a apporté une amélioration fulgurante. Cela ne concerne qu'une petite minorité d'épisodes, et, même dans ces cas, il est rare que des considérations tenant au chaud et au froid déterminent effectivement la conduite face à la maladie et le traitement.

Beaucoup de gens ont une compréhension subconsciente de la classification, de son rôle et des concepts importants, sans être nécessairement capables de les articuler, mais comme le niveau de cette compréhension est lié au degré d'intégration dans la culture tamacheq, même lorsqu'ils sont sollicités par l'anthropologue, les nobles et les personnes libres de bas statut seront plus à même de penser à ces choses que les *iklan* qui n'ont été assimilés que récemment.

Cette étude a été financée par l'*Aide de l'Eglise Norvégienne*, Mali, et je remercie Rhissa, Ali, Anasarat, Doudou, Birama Djan Diakité pour tout leur travail de terrain. Je voudrais aussi remercier Mirjam de Bruyn, Sarah Castle, Yannick Le Jean, Claude Pairault et Mike Winter pour leurs commentaires sur les versions antérieures de cet article.

## ANNEXE

**Tableau 1 : Classement spontané des aliments en chauds et froids (comparé au classement donné par Le Jean, 1986, p. 52)**

	chaud	froid	Le Jean chaud ou froid
<b>viande en général</b>	6	0	dépend de l'animal
<b>produits laitiers</b>			
beurre	11	2	chaud
lait frais (chèvre, vache, chamelle)	1	13	chaud
lait caillé	12	5	froid
<b>grains</b>			
mil	20	1	chaud
sorgho	1	3	froid
fonio	19	7	?
cramcram	10	2	chaud
bouillie de riz	0	2	froid
<b>divers</b>			
sel	4	5	chaud
piment	2	3	?
sucre	0	4	?
café	2	0	?
bouillie de racines de nénuphar	1	1	?

**Tableau 2 : Classement de quelques maladies fréquentes en chaude ou froide**

	chaude	froide	ne sait pas	autre	N
<i>idmaren</i> (= poitrine : bronchite)	4	3	5	0	12
<i>tenadi</i> (= fièvre)	62	9	13	10	94
<i>italban</i> (= ver de Guinée)	9	0	0	1	10
<i>diarrhée :</i>					
<i>tuffit</i>	2	0	4	0	6
<i>azal n tessa</i> (ventre qui coule)	2	3	4	0	9
<i>tekma n tessa</i> (ventre douloureux)	2	7	2	1	12
<i>tessa n ashni</i> (ventre de sang)	0	2	0	0	2
<i>adjoubourou</i> (rhume)	10	7	3	0	20

**Tableau 3 : Classement des épisodes de maladie en réponse à la question**

	chaud	froid	chaud et ne s'applique froid	ne sait pas	non réponse	N
hommes	55	23	6	1	17	2 104
femmes	53	45	2	3	30	0 133
enfants (moins de 15 ans)	78	20	0	5	39	0 142

N.B. : — les données manquent pour 6 cas

— le  $\text{Khi}^2$  sur les différences entre femmes et hommes pour les trois catégories chaud / froid / ne sait pas est significatif avec  $p < 0,005$

**Tableau 4 : Classement des épisodes de maladie selon la classe sociale**

	chaud	froid	chaud et froid	classé	ne sait pas	ratio
<i>illelan</i> nobles	58	24	3	85	16	0,19
<i>illelan</i> libres de bas statut	29	15	0	44	8	0,18
<i>iklan</i>	99	49	5	153	86	0,41

N.B. : le  $\text{Khi}^2$  sur les différences entre *iklan* et *illelan* pour la capacité à classer (« classé » ou « ne sait pas ») est significatif avec  $p < 0,001$ .

## RÉFÉRENCES

- AG HAMAHADY El Mehdi (1988) : *Nosographie tamachèque des gastro-entérites dans la Région de Tombouctou*, thèse de médecine, Bamako, 1988.
- ANDERSON, E.N. Jnr (1987) : « Why is humoral medicine so popular ? », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 331-7, 1987.
- COPPO Piero, Arouna KEITA (eds) (1990) : *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Proxima Scientific Press, Trieste, 1990.
- CORMONT Catherine (1988) : *Essai sur la féminité bambara (Mali) : des conduites traditionnelles aux pratiques modernes face à l'infécondité*, thèse de doctorat, Université François-Rabelais, Tours, 1988.
- GREENWOOD Bernard (1981) : « Cold or spirits ? Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system », *Soc. Sc. Med.* 15B, 219-235, 1981.

- KAY Margarita, Marianne YODER (1987) : « Hot and cold in women's ethno-therapeutics : the American Mexican West », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 347-55, 1987.
- KENDALL Laurel (1987) : « Cold wombs in balmy Honolulu : ethnogynaecology among Korean immigrants », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 367-76, 1987.
- KOO Linda C. (1987) : « Concepts of disease causation, treatment and prevention among Hong Kong Chinese : diversity and eclecticism », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 405-17, 1987.
- LADERMAN Carol (1987) : « Destructive heat and cooling prayer : Malay humoralism in pregnancy, childbirth and the post partum period », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 357-65, 1987.
- LE JEAN Yannick (1986) : *Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la Région de Tombouctou*, thèse de médecine, Université de Paris-Sud, 1986.
- NICHTER Mark (1987) : « Cultural dimensions of hot, cold and sema in Sinhalese health culture », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 377-87, 1987.
- OUSMANE Mohamed (1981) : *La médecine traditionnelle tamachèque en milieu malien*, thèse de médecine, Bamako, 1981.
- POOL Robert (1987) : « Hot and cold as an explanatory model : the example of Bharuch District in Gujarat, India », *Soc. Sc. Med.* 25, 4, 389-99, 1987.
- RANDALL Sara C. (1984) : *A comparative study of three Sabelian populations : marriage and childcare as intermediate determinants of fertility and mortality*, PhD thesis, University of London, 1984.
- RANDALL Sara, Birama Dian DIAKITÉ, Claude PAIRAULT (1989) : *Enquête socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, INRSP, Bamako, Document Sciences sociales, mai 1989 [édition révisée : octobre 1989].
- TEDLOCK Barbara (1987) : « An interpretative solution to the problem of humoral medicine in Latin America », *Soc. Sc. Med.* 24, 12, 1069-1083, 1987.
- TINTA Sidiki, Claude PAIRAULT (1990) : *Enquête socio-sanitaire dans le cercle de Bandiagara 1989-1990*, Document Sciences Sociales, INRSP, Bamako, 1990.
- WINTER Michael (1984) : « Slavery and the pastoral Twareg of Mali », *Cambridge Anthropology*, 1984.

## DEUXIÈME PARTIE

### QUÉRIR DES SOINS

« Santé est nostre vie, comme très bien déclare Aripbron Sycionien.

Sans santé n'est la vie vie, n'est la vie vivable...

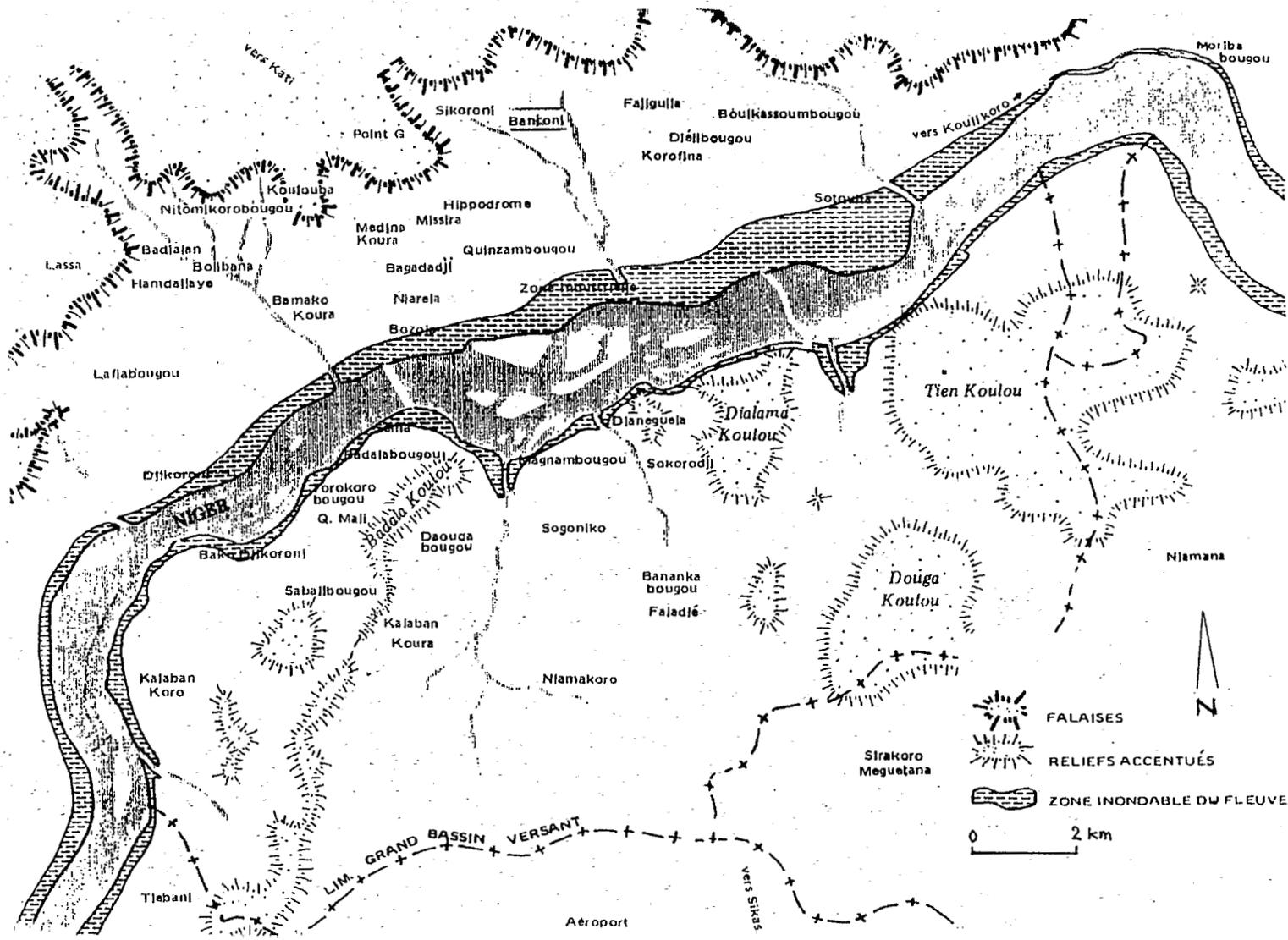
Sans santé n'est la vie que langueur ; la vie n'est que simulachre de mort.

Ainsi doncques vous, estant de santé privez (c'est-à dire mors), saisissez-vous du vif, saisissez-vous de vie (c'est santé). »

Prologue de l'Authheur M. François RABELAIS, pour le *Quatrième Livre des faicts et dictz héroïques de Pantagrue*, Paris, 1552.

# LES QUARTIERS DE BAMAKO

D'après Kalis DIARRA, *Environnement, conditions de vie et systèmes de santé à Bamako (Mali)*, thèse de doctorat, Bordeaux III, 1992, p. 32.

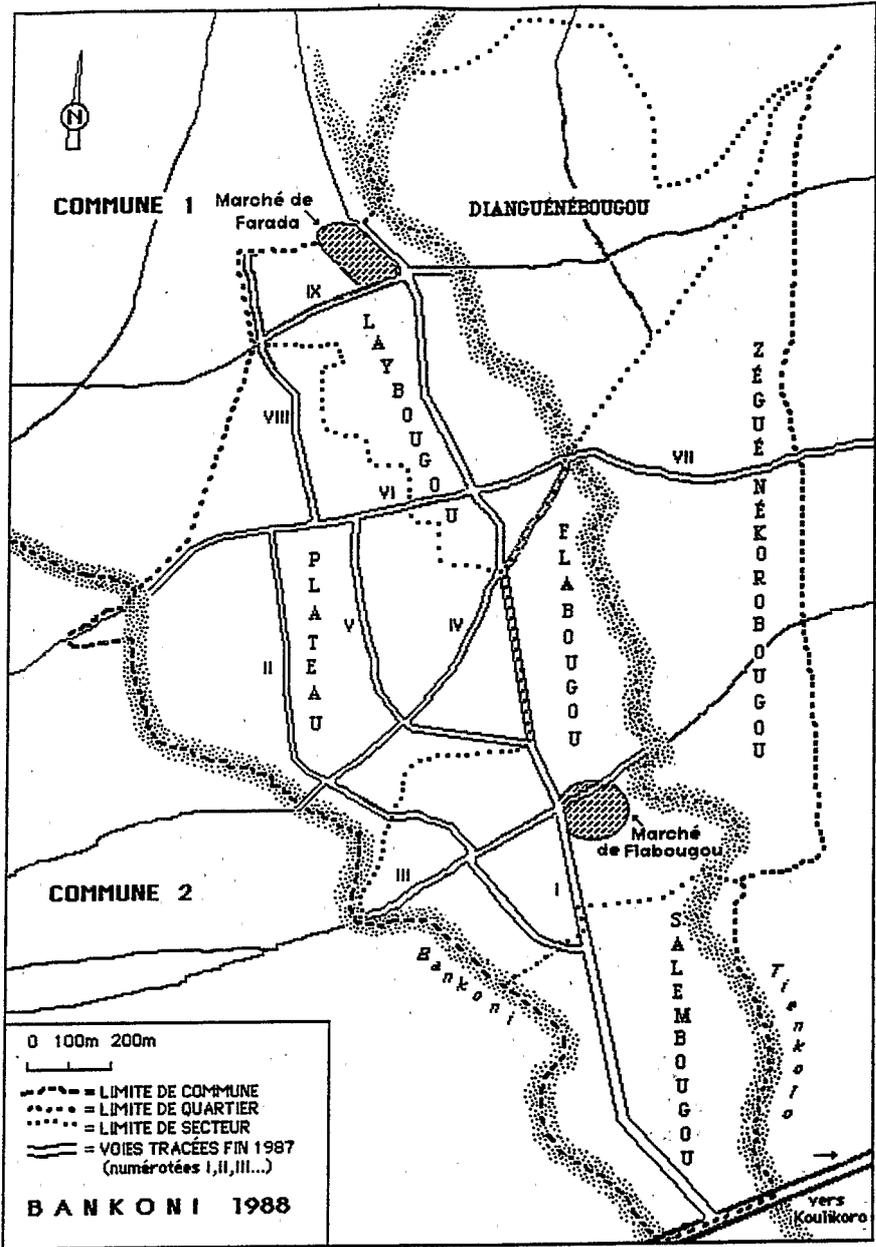


## **Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni**

par Birama Djan DIAKITÉ, Tiéman DIARRA, Sidy TRAORÉ

Bankoni est un quartier populaire de Bamako, résultant d'un phénomène récent d'urbanisation spontanée. Il n'a pas été loti, les parcelles ayant été attribuées aux demandeurs, au cours des trente dernières années, par les chefs traditionnels des premières familles à avoir occupé le terrain ; il ne bénéficiait jusqu'en 1987 d'aucune voie goudronnée, ni d'éclairage public, ni de branchements électriques privés, ni de réseau de distribution d'eau, évidemment d'aucun équipement sanitaire. Sa population est de l'ordre de 70 000 habitants, d'origines diverses : c'est un quartier dans lequel séjournent beaucoup d'habitants temporaires, élèves ou étudiants hébergés chez leurs « logeurs », travailleurs saisonniers venant en ville passer la saison sèche, émigrants arrivant de la campagne pour tenter leur chance dans la capitale et s'installant d'abord chez des parents ou villageois de même origine.

La situation sanitaire des quartiers urbains pauvres est désormais une préoccupation pour les spécialistes de santé publique. La façon dont les services offerts sont utilisés, et perçus, conditionne l'efficacité de toute action qui sera entreprise en vue de contrôler tel ou tel problème de santé, comme par exemple les risques liés à l'extension du SIDA. Or, on sait seulement, aujourd'hui, à partir de quelques témoignages et de très rares travaux, que chacun arrive en ville avec ses savoirs traditionnels, ses interprétations de la maladie, ses techniques thérapeutiques ; et que, au contact des réalités de la ville, naît un syncrétisme culturel qui emprunte à la fois aux systèmes traditionnels et modernes (Rougémont, Brunet-Jailly, 1989 : 205) ; les malades tendent



donc à utiliser tous les recours qui leur sont accessibles et suivent, dans la mesure de leurs moyens, un peu de chacune des prescriptions reçues, sans conviction, sans adhésion préalable. L'insuffisance de pareilles généralités appelle un effort de recherche sur le recours aux soins, les représentations relatives aux soins, et les dépenses de santé dans les quartiers pauvres des grandes villes africaines.

Nous avons enquêté dans le quartier de Bankoni au cours des années 1988 et 1989, et les résultats que nous présentons ci-dessous proviennent de deux sources essentielles : une enquête longitudinale menée auprès de 412 ménages entre mars 1988 et avril 1989 a permis d'étudier les recours aux soins et les dépenses de santé des ménages pendant une année complète (Diakité *et alii*, 1990) ; par ailleurs, une enquête auprès des dépôts de médicaments desservant le quartier a fourni des informations complémentaires sur l'automédication, la prescription et la consommation pharmaceutiques (Anonyme, 1989).

## 1. Le recours aux soins

Nous voudrions caractériser les recours à l'automédication ainsi que les recours auprès des thérapeutes, traditionnels et modernes, ainsi que les recours à des personnes sans qualification.

### 1.1 L'automédication

Sous toutes ses formes, l'automédication est souvent le premier recours, et c'est ainsi qu'on traite d'ordinaire des pathologies telles que gale, courbature, dysenterie, maux de bouche, fièvre, mal de main, maux des yeux (*nyèdimi*), rougeole, diarrhée (*kòndòboli*), maux de tête, de ventre, toux, rhume, hypertension, paludisme (*sumaya*), etc., quitte à recourir simultanément, si nécessaire, à d'autres soins. En fait, si une maladie persiste, il est de moins en moins fait recours à l'automédication. Ainsi, à la première étape des soins, il y a 54 % d'automédication, à la deuxième 37 % et à la troisième 27 % seulement.

Ce comportement diffère de celui qui a été observé à la même époque, à Bamako, dans les familles des fonctionnaires de l'éducation et de la culture (Brunet-Jailly 1988 : 32), dans lesquelles le recours à l'automédication augmente avec le rang de l'étape : 20,5 % à la première, 31,9 % à la seconde et 42,8 % à la troisième. Mais le faible taux de recours à l'automédication à la première étape ne traduit pas nécessairement une représentation différente de la maladie, ou une perception différente de l'efficacité des divers types de soins. En effet, le personnel

de l'éducation et de la culture doit justifier de sa maladie aux yeux de l'employeur, et cette contrainte purement administrative peut expliquer un recours plus fréquent et plus précoce aux services de santé modernes.

Le recours à l'automédication varie en fonction du sexe et de l'âge (Diakité *et alii* 1990 : 87). Entre 15 et 34 ans, les femmes font plus appel à l'automédication que les hommes. Cela peut être dû à la nature de leurs occupations -travaux de ménage, petit commerce- qui leur laissent peu de temps, ou au manque de ressources, ou au fait qu'elles se servent des conseils et informations reçus de femmes connues pour leur expérience des problèmes liés aux grossesses. Il est également possible que les femmes connaissent mieux que les hommes certaines médications traditionnelles, et, parce qu'elles s'occupent de la santé des enfants en bas âge, certains médicaments modernes. Notons aussi que le recours à l'automédication varie avec l'âge : élevé pour les enfants de 0 à 4 ans, il diminue ensuite jusqu'à 25 ans, s'élève entre 25 et 35 ans, et diminue à nouveau après 40 ans.

Certains chefs de ménage disposent d'une pharmacie familiale qui peut servir pour l'automédication. D'après leurs déclarations, ces médicaments, aussi bien traditionnels que modernes, sont utilisés contre des pathologies variées : affections pulmonaires, algies multiples, bilharziose, courbatures, diarrhée, douleurs thoraciques, éruptions cutanées, gale, hypertension, inflammation des lèvres, maux d'yeux, maux de tête, maux de ventre, paludisme, plaie, rhume, toux.

Au total, le recours à l'automédication est important : il représente 57 % des soins. Mais cela ne veut pas dire pour autant qu'à Bankoni il n'y a pas de recours aux thérapeutes.

## 1.2 Le recours aux thérapeutes

Pour certaines pathologies, les malades ont recours, en général et presque immédiatement, à un spécialiste de la médecine traditionnelle ou de la médecine moderne.

D'après les déclarations des enquêtés, les affections qui justifient le recours à un spécialiste sont par exemple les suivantes : morsures, choléra, gonococcie, *dusukundimi* (maladie du cœur), *kôrôti* (maladie causée par un pouvoir magique), difficulté d'uriner, handicap physique, varicelle, ballonnement, enflure des testicules, crises cardiaques, dépression mentale, inflammation des lèvres, fracture, dentition, otite, hémorragie, bronchite, *nyôni* (rougeole), *jinèbana* (maladie causée par un « djin » ou « diable »), inflammation de la langue, appendicite.

Ce recours au spécialiste peut être facilité par les relations personnelles que l'on entretient avec lui. Plus de 25 % des chefs de ménage

enquêtés signalent qu'ils ont des connaissances dans le milieu de la santé : avec des médecins, des infirmiers ou des pharmaciens, mais aussi des tradipraticiens. Il arrive que ces relations jouent sur le coût des prestations : 33 chefs de ménage, soit 7 % d'entre eux, déclarent bénéficier de la gratuité des soins, 25 chefs de ménage (6 %) payer moins cher les soins et 15 (3 %) recevoir gratuitement des médicaments.

### 1.2.1 Le recours aux tradithérapeutes

Le recours aux tradithérapeutes est peu fréquent : sur 1488 malades, seulement 66 (soit 4,4 %) ont fait appel à eux. Leur clientèle est composée en majorité d'adultes (24 à 44 ans), et d'enfants de moins de 4 ans ; les mères de famille représentent à elles seules 62 % de cette clientèle.

Les tradipraticiens sont consultés pour une gamme variée de pathologies. Les familles citent les suivantes : paludisme, maux de ventre, bilharziose, toux, affections pulmonaires, courbatures, diarrhée, asthénie, maux de bouche, hypertension, difficulté d'uriner, mal à la main, *farigan* (fièvre), maladie génitale, maladie infantile, pneumonie, mal de sein, *sumuni* (furoncle), mal de cou, dentition, *senkari* (fracture de la jambe), jaunisse, vomissement, *nyama*, *tògòtògònin* (dysenterie), *mugu* (luxation), *jinèbana* (maladie causée par un « diable »). Aucune maladie cependant n'est exclusivement réservée au traitement traditionnel : même pour le *nyama*, le *kòròti*, ou le *jinèbana*, on fait aussi appel à la médecine moderne. En milieu tamacheq, au contraire, certaines maladies, telles que *alshinan* (maladie causée par un diable), *tikrikawan* (maladie causée par un sorcier), *teshort* (maladie causée par le « mauvais œil ») ne sont jamais traitées par la médecine moderne (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 25).

Mais on peut se demander si certains malades ne changent pas de recours lorsqu'ils ne sont pas convaincus par les premiers diagnostics et les premiers traitements des tradipraticiens : seule une étude détaillée des itinéraires thérapeutiques permet de répondre à cette question (voir plus bas 1.4).

Les résultats de l'enquête menée à Bamako auprès du personnel de l'enseignement et de la culture, montrent que, dans ce groupe socio-professionnel, on a plus recours à la tradithérapie que dans le quartier populaire de Bankoni : 6,4 % (Brunet-Jailly, 1988 : 31), au lieu de 4,4 %. Une enquête menée dans le Gourma relève un taux de recours aux marabouts de 5,7 %, à quoi s'ajoute la consultation des tradithérapeutes proprement dits (4,1 %) : cela reste encore modeste si l'on tient compte, pour ces populations très dispersées et nomades, de la difficulté d'accès aux formations sanitaires. Par rapport aux cas précédents,

le recours à la médecine traditionnelle est très élevé dans l'arrondissement de Didiéni, situé au cœur d'une zone rurale connue comme très respectueuse des traditions bambara : 70 % (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 57).

Si la médecine traditionnelle a donc toujours une place dans les décisions de recours des malades, cette place paraît fonction du milieu culturel et des pathologies, car, en première analyse, le niveau individuel d'instruction ne semble pas avoir une incidence déterminante sur cette attitude : en effet, le personnel de l'enseignement et de la culture a plus recours à la tradithérapie que la population de Bankoni, dans laquelle on compte 59,5 % de non-scolarisés et à peine 2 % de scolarisés du secondaire ou du supérieur.

Certains pensent qu'une partie des recours à la médecine traditionnelle sont motivés par l'idée que la médecine moderne, du fait de son origine étrangère, serait incapable de soigner telle ou telle maladie conçue comme typiquement autochtone (voir le chapitre 6). Cependant, notre enquête n'a enregistré aucune maladie qui soit adressée exclusivement à la médecine traditionnelle.

Notons encore que le coût de la tradithérapie n'est pas toujours le plus bas. Si, dans certains cas, ce coût se limite, comme le veut une certaine tradition, à une rémunération symbolique du tradipraticien, obligé et honoré de mettre ses connaissances au service d'un proche, dans d'autres cas le prix exigé atteint des montants très élevés pour certaines pathologies : par exemple, les tarifs de O.C., tradipraticien du quartier varient de 2 000 à 150 000 F CFA (Diakité *et alii* 1990 : 96).

### 1.2.2 Le recours à la médecine moderne

Nous traitons ici de consultations effectuées dans un centre de santé, dans un hôpital ou toute autre institution sanitaire publique ou privée. D'après nos données, alors qu'on a dénombré 1488 épisodes de maladie auprès de 2699 personnes dans l'année, les recours aux soins d'agents de la santé modernes ne sont que 593, ce qui donne un taux de fréquentation de l'ordre de 22 %, très supérieur à la moyenne nationale (qui ne dépasse guère 10 %), mais néanmoins très faible : en moyenne, chaque personne a un contact tous les cinq ans avec les services de santé modernes.

On remarque aussi que ce type de recours se répartit ainsi : 34 % concernent des enfants de moins de dix ans, 35 % des femmes et 31 % des hommes. Cette structure n'est pas très différente de celle de la population, et donc on ne retrouve pas, du côté de la médecine moderne, la sélection qui est apparue à propos de la consultation des tradipraticiens, où l'on voyait que les femmes représentaient près des deux tiers de la clientèle.

D'après les déclarations des familles, la dépense moyenne par consultation est remarquablement faible : on a enregistré, pour l'ensemble des 593 recours à un agent de la santé moderne, une dépense en espèces, pour la consultation seule, d'environ 118000 F CFA, ce qui représente un coût moyen de 199 F CFA. Le même calcul mené sur les consultations de tradipraticiens et les dépenses correspondantes aboutit à un coût moyen de 914 F CFA (d'après Diakitè *et alii* 1990 : 70).

La faiblesse du coût de la consultation en médecine moderne tient en partie à l'existence, au moment de l'enquête, de deux centres de santé privés confessionnels aux environs immédiats du quartier. Ces centres, qui offraient des consultations et d'autres prestations sanitaires à un coût modique, étaient très fréquentés par la population de Bankoni.

### 1.3 Recours aux personnes sans qualification

On regroupe ici les recours à un ensemble de personnes qui n'appartiennent ni aux professions de la médecine moderne, ni au groupe des tradipraticiens : ce sont, dans leur majorité, des auxiliaires de la médecine moderne (manœuvres, gardiens, cuisiniers...), qui se font passer, dans le quartier, pour *dògòtòrò*, seul terme dont dispose le bambara pour désigner le personnel de santé moderne.

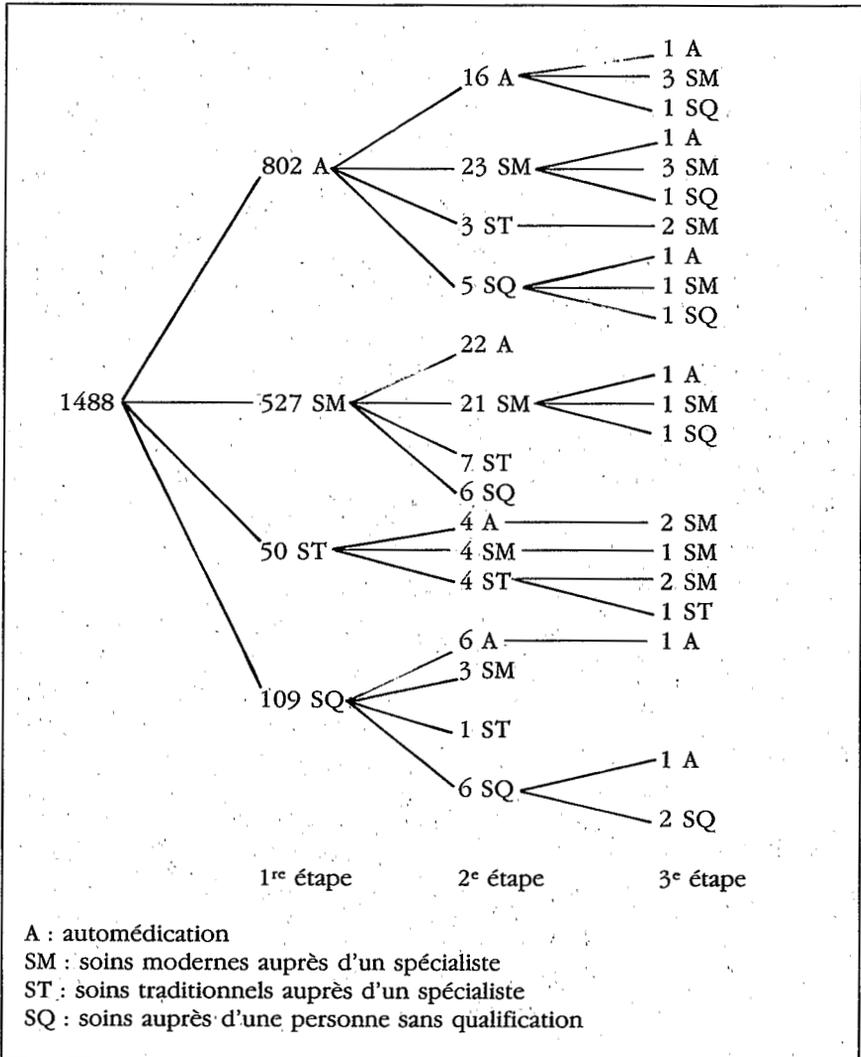
Ces praticiens s'occupent, en gros, des mêmes affections que les autres thérapeutes : maux de tête, paludisme, maux de ventre, maux oculaires, dermatose, douleur thoracique (*kògòdimi*), toux (*sògòsògò*), plaie, courbature, diarrhée, dysenterie, maux de la bouche, douleurs osseuses, rhume, fièvre (*farigan*), maux cardiaques (*dusukundimi*), *laminabo*, caries dentaires (*sumu*), maladie génitale, rougeole, varicelle (*kulenson*), rhumatismes, fractures de bras, jaunisse, vomissements, furoncles, bronchite, oreillons, ver de Guinée, tentative de suicide.

Parmi les 109 malades qui se sont adressées, à la première étape de leur recours aux soins, à des personnes sans qualification, 51 % sont des hommes et 49 % des femmes : le sexe ne semble donc pas affecter le recours à cette catégorie de praticiens. Mais ce type de recours concerne principalement les enfants de moins de 5 ans (23 % des cas) et les adultes de 35 à 45 ans (32 %).

### 1.4 Itinéraires thérapeutiques

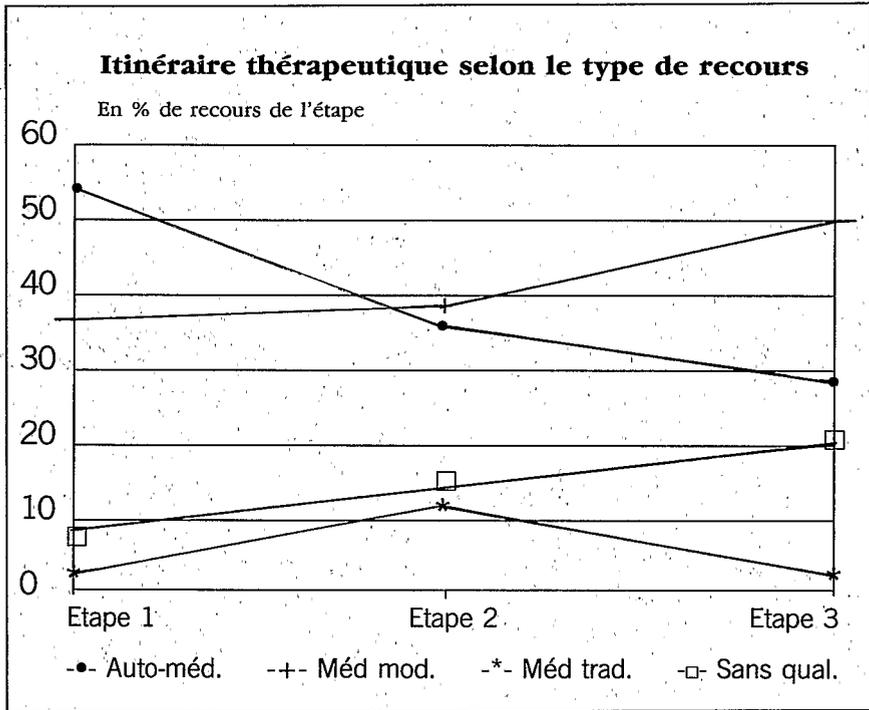
L'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès). Les types d'itinéraires rencontrés dans l'enquête sont représentés ci-après par un arbre sur lequel apparaissent les effectifs à chaque étape.

## Arbre des recours



Cette représentation confirme deux observations antérieures. D'abord, si, en première étape, la population de Bankoni a généralement recours à l'automédication (54% des cas), en deuxième intention (mais 9% seulement des épisodes donnent lieu à une deuxième étape), elle s'adresse plus généralement à la médecine moderne (39% des recours de deuxième étape). Ensuite, si les épisodes faisant l'objet d'une troisième étape sont rares dans l'absolu (30 cas sur 1488), ils

représentent une proportion non négligeable (23 %) des recours de deuxième étape, et cette troisième étape est caractérisée par une certaine convergence vers la médecine moderne (50 % des recours de la troisième étape s'adressent à la médecine moderne).



On remarque aussi que la fréquence d'une troisième étape (nombre de recours de troisième étape rapporté au nombre des recours de deuxième étape) est plus grande (32 %) lorsque la première étape a été l'automédication, et encore plus grande (38 %) lorsque cette première étape a été le recours à un agent de la médecine moderne (10 %) ou le recours à une personne sans qualification (25 %). Autrement dit, il semble bien qu'on donne plus de risque à la maladie de traîner lorsqu'on décide de la soigner à son début par l'automédication (ou par la tradition, mais le nombre de cas est trop faible pour conclure valablement) ; et, au contraire, on a plus de chance de ne pas atteindre la troisième étape lorsqu'on commence à se soigner par la médecine moderne dès le début de la maladie. La durée des traitements dépend aussi de

la nature de la maladie, mais cet aspect du problème ne sera pas abordé ici. On n'étudie pas non plus les cas de non-recours et leurs motivations.

En ce qui concerne les recours simultanés à plusieurs types de soins (ces cas ne sont pas représentés sur l'arbre des recours), nos remarques porteront uniquement sur la première étape et sur les associations entre automédication et les trois autres types de soins. Ainsi, parmi les 802 malades qui ont pratiqué l'automédication à la première étape, 62 (soit 8 %) ont aussi fait appel à des personnes sans qualification, 53 (soit 7 %) à un agent de la médecine moderne, et 27 (soit 3 %) à un tradithérapeute. Il semble que les malades n'ont ni préférence préalable, ni conviction établie en faveur d'un type de soins déterminé. Ils profitent au maximum de tout ce qui est à leur portée.

## 2. Dépenses de santé

Nous répartirons ces dépenses selon le type de soins et selon le mode de paiement (en espèces ou en nature). Les dépenses en nature ont été évaluées en multipliant les quantités des biens utilisés par les prix pratiqués dans le quartier.

### 2.1 Niveau des dépenses de santé

La dépense annuelle moyenne de santé par ménage est de 6285 FF CFA. La taille moyenne du ménage étant de 6 personnes, la dépense de santé par tête est donc de l'ordre de 1047 FF CFA (Diakit<sup>é</sup> *et alii* 1990 : 50).

Les dépenses de santé sont d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses des ménages : 1,16 % des dépenses totales (Diakit<sup>é</sup> *et alii* 1990 : 70). Une enquête de la direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI) sur les dépenses des ménages urbains a aussi constaté que la santé constitue le dernier poste des dépenses (Anonyme 1989 : 21). Les autres études réalisées au Mali abondent dans le même sens. Ainsi, la part des dépenses de santé dans le budget des ménages représente seulement 4 % du revenu dans les familles des agents de l'enseignement et de la culture vivant à Bamako (Brunet-Jailly 1988 : 13), moins de 4 % à Dioila et Didiéni, à peine 5 % à Kangaba (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 77).

Ce faible niveau des dépenses peut avoir plusieurs interprétations. Il est peu probable que la maladie soit rare à Bankoni. Mais il est possible que la population soit peu disposée à dépenser directement pour sa santé : en témoignent les propos de certains, pour qui les impôts, taxes et cotisations que perçoit le gouvernement devraient lui permettre

de financer certaines dépenses de la population, en l'occurrence les dépenses de santé.

Un tel raisonnement connote une certaine éducation politique, véhiculant une conception de l'Etat-providence ; mais il est vrai que plusieurs gouvernements continuent à proclamer que la gratuité d'accès aux services de santé est un droit fondamental pour les citoyens (Ferranti 1984 :434), et il est vrai que la santé est un thème de choix pour les démagogues. En outre, depuis les indépendances, les populations des villes ont bien compris qu'elles étaient assistées, et que cette situation leur est plus profitable que tout effort de développement ; du reste, les professionnels de la santé et les politiciens n'hésitent jamais à prendre en paroles le parti des indigents des villes pour défendre en pratique les intérêts des privilégiés, l'idée de la gratuité des services de santé servant d'abord à cela. Cette interprétation est effectivement compatible avec le fait que l'effort des ménages est encore plus faible en ville qu'il ne l'est à la campagne, comme le montrent les chiffres cités ci-dessus.

Ce qui précède, toutefois, ne tient aucun compte ni de la diminution considérable du niveau de l'activité des services de santé, ni de l'effondrement quasi général de leur qualité, et même de leur simple moralité, depuis une vingtaine d'années. Ce phénomène affecte autant la campagne que la ville, et il se produit, en même temps qu'apparaît, par exemple, un désintéret des familles pour la scolarisation des enfants, dans un contexte où, le développement à l'occidentale étant devenu vraiment improbable, un certain traditionalisme se manifeste, entre autres, par un nouvel attrait en direction de l'islam (pour autant qu'il puisse être considéré comme une tradition depuis sa pénétration en Afrique), ou par un renouveau d'engouement théorique en faveur de la médecine traditionnelle, etc. Dans ce mouvement de repli sur un passé idéalisé, la résignation face à la maladie redevient une attitude courante. Il est même possible que la lutte contre la maladie, lorsque celle-ci se déclare, ne soit pas un objectif en soi. Elle est entreprise lorsque le rassemblement des moyens financiers nécessaires est une façon de contribuer — obligation qui pèse sur chaque individu — au renforcement des structures sociales traditionnelles : on se mobilisera pour soigner un vieux patriarche parce que, s'il est atteint, tous ses dépendants, qui se surveillent mutuellement, doivent montrer qu'ils lui font allégeance en apportant leur concours à une action collective. Mais, que cette dernière soit symbolique ou technique n'importe pas. Bref, il est possible que la santé ne constitue pas une priorité pour les habitants de Bankoni, qui consacrent l'essentiel de leurs moyens à l'alimentation, à l'habillement et aux dépenses socio-culturelles, ces dernières étant précisément celles qui permettent de participer aux fêtes et cérémonies selon la tradition, tout en abandonnant au destin la gestion de la maladie.

## 2.2 Structure des dépenses de santé

Nous avons réparti les dépenses de santé des ménages en cinq postes (consultation, médicament, analyses de laboratoire, transport, et hospitalisation) en distinguant les types de soins (modernes ou traditionnels) et les modes de paiement (en espèces ou en nature) dans chaque cas.

### Structure des dépenses annuelles moyennes par ménage à Bankoni (en FF CFA)

	espèces	nature	total
consultation :			
moderne	270	16	286
traditionnelle	85	57	142
médicaments :			
modernes	4801	55	4856
traditionnels	210	6	216
hospitalisation	226	0	226
analyses	234	0	234
transport	325	0	325
total	6151	134	6285

Ainsi, une part considérable (81 %) de ces très faibles dépenses de santé est consacrée à l'achat des médicaments ; viennent ensuite, par ordre d'importance décroissante, les consultations (7 %), les dépenses de transport pour raison de santé (5,17 %), les analyses de laboratoire (3,72 %) et enfin les hospitalisations (3,59 %). Les paiements sont effectués en espèces dans 98 % des cas.

L'importance des dépenses de médicaments appelle quelques commentaires.

## 2.3 Les dépenses en médicaments

La part des médicaments dans les dépenses de santé des ménages était en 1988 de 49 % à Didiéni, 63 % à Dioila, 87 % à Kangaba (Brunet-Jailly *et alii*, 1988), et en 1989 de 60 % chez les travailleurs de l'enseignement et de la culture de Bamako (Brunet-Jailly, 1988 : 50). A l'except-

tion de Kangaba, c'est donc dans un quartier urbain pauvre que la proportion maximale est atteinte. Il est vrai que toute maladie, quelle qu'elle soit, entraîne en pratique l'achat de médicaments, modernes ou traditionnels ; et que les médicaments modernes sont, de loin, les plus utilisés. Mais la politique menée par le Mali en matière d'approvisionnement pharmaceutique joue aussi son rôle.

La population du Mali, une des plus pauvres de la planète, paie les médicaments à des prix qui sont, en ordre de grandeur, le double des prix pratiqués en France. Le coût des ordonnances est donc sans doute le principal obstacle au recours aux soins, et une explication importante de la place de l'automédication.

Une analyse des prescriptions et des prescripteurs réalisée dans le quartier de Bankoni en 1989 (Traoré 1989), a montré le faible coût des produits achetés en automédication : 544 FF CFA contre une moyenne de 1 791 FF CFA pour les ordonnances servies par les mêmes officines ou dépôts (Traoré 1989 : 46) ; elle a aussi montré que cela tient en partie au petit nombre de produits acquis à chaque achat (en moyenne 1,36 produits par achat, cf. Traoré 1989 : 25). Une étude menée au Sénégal a également permis d'observer que 87 % des achats auto-prescrits ne concernent qu'un seul produit, avec un prix unitaire inférieur à 1000 FF CFA, alors que le coût moyen d'une ordonnance est de 2000 FF CFA.

À Bankoni, la même enquête a révélé que les ordonnances, qui sont délivrées en pratique par n'importe qui (elles ne portent pas obligatoirement l'identification du prescripteur), et qui ne sont vérifiées par personne (à l'époque de l'enquête, il n'y avait aucun pharmacien diplômé dans les officines et dépôts pharmaceutiques de la ville de Bamako), contiennent une forte proportion de produits inutiles (Traoré 1989 : 48), et sont si coûteuses que les malades achètent seulement une partie de ce qui leur est prescrit : les personnes qui sont venues munies d'une ordonnance ont acheté 80 % de la valeur des médicaments prescrits (Traoré 1989 : 46), mais évidemment on ne sait rien de ceux qui n'ont même pas cherché à savoir ce que leur coûterait l'ordonnance. Ces pratiques sont d'ailleurs jugées conviviales, puisque la présentation d'une ordonnance n'est jamais nécessaire, et que, ordonnance ou pas, les parents ou le malade choisissent eux-mêmes ce qui leur semble bon, ce qui est dans leurs moyens, ou ce que, désintéressé ou pas, le vendeur leur conseille.

Ainsi l'auto-médication permet d'éviter la consultation, chère dans le secteur privé et éprouvante dans le secteur public (Traoré, 1989 : 31) ; mais comme personne ne peut garantir la qualité de l'auto-médication, aucun esprit soucieux de santé publique ne saurait s'en satisfaire. Hélas, l'alternative, la prescription, ne vaut guère mieux, comme on le montrera plus loin.

### 3. Les déterminants des recours aux soins et des dépenses de santé

Nous tentons de préciser ici l'effet de certaines caractéristiques du ménage, ou du chef de ménage, sur les recours aux soins et sur les dépenses de santé.

#### 3.1 Variables étudiées

Les variables utilisées sont : le niveau d'instruction du chef de ménage, le montant de ses revenus, le lien qui l'unit aux malades de son ménage, la durée de son installation dans le quartier, le sexe et l'âge des enfants malades. On sait que la décision de recourir aux soins revient au chef de ménage, qui doit assumer la charge des dépenses.

Les niveaux d'instruction des chefs de ménage ont été classés en quatre groupes : pas de scolarisation, le niveau primaire (six ans de scolarité au moins sans redoublement), le niveau du second cycle (neuf ans de scolarité au moins sans redoublement) et le niveau supérieur au second cycle (plus de neuf ans de scolarité au moins sans redoublement).

Pour mesurer le revenu, nous avons choisi les dépenses totales car, comme dans beaucoup d'enquêtes directes auprès des ménages, les revenus déclarés sont manifestement inférieurs aux revenus réels et aux dépenses. Il est vrai que, dans ces quartiers populaires, certaines sources de revenu, à cause de leur caractère très irrégulier, ou éventuellement litigieux, ou plus ou moins légitime, ne sont pas faciles à déclarer.

Les enfants ont été groupés en trois classes d'âge : moins de 2 ans, 2 à 7 ans, 7 à 14 ans.

Pour la durée d'installation, nous avons classé les ménages en trois catégories : les ménages nouvellement installés (depuis moins de 6 ans), les ménages intermédiaires (dans le quartier depuis 6 à 15 ans) et les anciens ménages (présents à Bankoni depuis plus de 15 ans).

En ce qui concerne les liens de parenté, la faiblesse numérique de certains groupes nous a contraint, d'une part, à renoncer dans certains cas à comparer les « frères et sœurs » aux « cousins et cousines », et d'autre part, à regrouper les « neveux et nièces » avec les « enfants adoptifs » sous le vocable « autres enfants ».

Pour les dépenses de santé, nous utilisons quatre postes : les dépenses de consultation, les achats de médicament, les frais d'hospitalisation, et les autres dépenses (par exemple : dépenses de transport pour raison médicale, dépenses d'analyses médicales).

Nous avons tenu compte d'éventuelles interrelations entre les variables ci-dessus présentées. Ainsi, pour l'étude de l'impact du niveau d'ins-

truction sur les dépenses de santé, on doit prendre en compte la relation très probable entre le niveau d'instruction et le revenu. Nous avons donc comparé les dépenses des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage. Ces comparaisons n'ont montré aucune différence significative dans les dépenses totales des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage, sauf entre les dépenses des ménages dont le chef est non scolarisé et celles des ménages dont le chef a suivi une scolarité de niveau primaire ( $t = 2,25$  ;  $ddl = 61,97$  ;  $p = 0,02$ ).

De la même manière, on pouvait craindre que le revenu soit lié à la durée d'installation dans le quartier. Les différences entre les nouveaux ménages et les ménages intermédiaires, d'une part, les nouveaux ménages et les ménages les plus anciens, d'autre part, sont significatives (respectivement  $t = 4,44$  ;  $ddl = 317,5$  ;  $p < 0,001$  ; et  $t = 4,09$  ;  $ddl = 145,42$  ;  $p < 0,001$ ). Mais il n'y a pas d'écart significatif entre les dépenses totales des ménages intermédiaires et celles des anciens ménages.

Nous avons testé le caractère significatif des différences dans tous les cas où les effectifs étaient suffisants.

### 3.2 Déterminants des recours aux soins

En utilisant certaines des variables présentées ci-dessus, nous étudions d'abord la relation entre l'automédication et les caractéristiques retenues, puis les effets de ces mêmes caractéristiques sur le recours aux praticiens modernes, aux praticiens traditionnels et aux personnes sans qualification.

Le niveau d'instruction du chef de ménage ne modifie pas le recours à l'automédication. La proportion de recours des patients qui ont été scolarisés, et quel que soit le niveau de scolarisation, ne diffère pas de façon significative de celle qui a été observée chez les non scolarisés.

On ne note pas de liaison statistiquement significative entre le lien de parenté et le recours à l'automédication.

La proportion des hommes qui ont fait appel à l'auto-médication (55 %) est statistiquement plus élevée que la proportion des femmes qui ont fait de même (51 % avec khi-deux = 4,1 ;  $ddl = 1$  ;  $p = 0,03$ ).

La durée d'installation du ménage dans le quartier influence le recours à l'automédication (khi-deux = 8,15 ;  $ddl = 2$  ;  $p = 0,01$ ). La proportion d'automédication varie en sens inverse de la durée d'installation dans le quartier : plus on est ancien dans le quartier moins on pratique l'automédication. Les nouveaux ménages et les ménages intermédiaires pratiquent plus l'automédication que les ménages anciens. Respectivement les écarts réduits sont de 2,4 au seuil de 0,01 et de 3,01 au seuil de 0,002 ; et il n'existe pas de différence entre le

taux de recours des nouveaux ménages et celui des ménages intermédiaires.

L'instruction du chef de ménage n'influence pas le recours aux praticiens (modernes ou traditionnels) ni aux personnes sans qualification.

De même que le lien de parenté ne joue pas sur le recours à l'automédication, il n'influence pas non plus les autres types de recours.

La distribution par sexe des malades ayant recours aux praticiens modernes, aux praticiens traditionnels, ou aux personnes sans qualification ne montre pas de différence significative. Si les hommes ont plus recours à l'automédication que les femmes, on ne remarque pas pareille différence dans le recours aux autres types de soins.

Le recours aux différents praticiens (infirmiers, sages-femmes, médecins, tradipraticiens, aides soignants et personnes sans qualification) est très affecté par l'ancienneté d'installation du ménage à Bankoni (khi-deux = 23,25 ; ddl = 10 ; p = 0,009). Nous avons comparé uniquement les anciens ménages aux nouveaux, et la comparaison porte sur les proportions de recours aux médecins, aux tradipraticiens et aux personnes sans qualification. Les anciens ménages consultent plus les médecins que les nouveaux ménages (écart réduit = 2,66 ; p = 0,0002). En revanche, les nouveaux ménages font beaucoup plus appel aux tradipraticiens que les anciens ménages (écart réduit = 2,39 ; p = 0,01). On ne note pas de différence entre les proportions de recours aux personnes sans qualification.

### 3.3 Déterminants des dépenses de santé

Le revenu, à lui seul, ne permet pas d'expliquer le niveau des dépenses de santé. Pour apprécier les motifs qui déterminent ou concourent à la prise en charge des frais de santé, nous utiliserons certaines caractéristiques socio-économiques disponibles des ménages.

Le niveau d'instruction du chef de ménage n'affecte que légèrement les dépenses de santé. Un seul effet significatif a été observé pour les dépenses de consultation entre les non-scolarisés et ceux qui ont le niveau du second cycle ( $t = 2,01$  ;  $ddl = 39,7$  ;  $p = 0,02$ ). Pour les autres postes de dépenses (achats de médicament, dépenses d'hospitalisation et autres dépenses), nous n'avons pas relevé de différence significative. Bien que faiblement, l'instruction joue un rôle dans la détermination du niveau des dépenses totales et probablement dans leur structure.

Pour les liens de parenté, nous comparerons les « fils et filles » aux « autres enfants », ensuite les « frères et sœurs » aux « cousins et cousines ». Il n'y a pas de différence significative en fonction du lien de

parenté dans le niveau des dépenses d'hospitalisation ou dans celui des autres dépenses de santé. En revanche, le lien de parenté joue sur les dépenses de consultation et les achats de médicaments. En moyenne, les dépenses de consultation consacrées aux « fils et filles » sont plus élevées que celles effectuées pour les « enfants adoptés » ( $t = 1,95$  ;  $ddl = 8,81$  ;  $p = 0,08$ ). De même, les achats de médicaments pour les « frères et sœurs » atteignent environ le triple (en moyenne 2323 contre 900) des dépenses effectuées à ce titre pour les « cousins et cousines » ( $t = 2,26$  ;  $ddl = 42,2$  ;  $p = 0,02$ ).

Quel que soit le poste de dépense considéré, il n'y a aucune différence significative entre les tranches d'âge (telles qu'elles ont été définies plus haut). Par contre, le sexe du patient affecte les dépenses de consultation et les achats de médicaments. Les dépenses de consultation consacrées aux femmes sont plus importantes que celles engagées pour les hommes (1009 contre 674 francs en moyenne,  $t = 2,17$  ;  $ddl = 178,12$  ;  $p = 0,03$ ). De même les achats de médicaments effectués pour les femmes sont plus élevés que ceux concernant les hommes (en moyenne 1622 contre 1202,  $t = 2,65$  ;  $ddl = 1364$  ;  $p = 0,008$ ).

L'ancienneté d'installation est associée au niveau des dépenses de médicament : les ménages anciens ont une dépense moyenne plus élevée que celle des ménages intermédiaires ( $t = 1,9$  ;  $ddl = 530$  ;  $p = 0,05$ ). Pour les autres postes (dépenses de consultation, frais d'hospitalisation et autres dépenses) et les autres groupes, on ne note pas de différence significative.

Au total, on ne peut qu'être frappé par la faiblesse des associations entre les caractéristiques disponibles du recours aux soins ou des dépenses de santé, dans notre échantillon, et les caractéristiques disponibles des membres des ménages. Le niveau d'éducation du chef de ménage n'est lié de façon significative qu'aux dépenses de consultation et aux dépenses totales : mais le fait d'avoir été scolarisé semble compter beaucoup plus que le niveau scolaire à proprement parler. Les liens de parenté sont associés à des différences en ce qui concerne les dépenses de consultation et les achats de médicaments, mais pas en ce qui concerne les recours. On peut comprendre ce paradoxe en imaginant que le chef de famille, pour donner l'apparence de l'équité, engage tous les malades de sa famille dans le même itinéraire thérapeutique, mais se réserve, lorsqu'il s'agira de déboursier, le droit de considérer le lien de parenté et d'introduire des différences.

La seule association qui retienne l'attention est celle qui fait intervenir la durée d'installation à Bankoni. Parfois les ménages intermédiaires ne se distinguent pas des nouveaux ménages, et parfois des ménages anciennement installés, mais il y a plusieurs associations significatives dans lesquelles la durée d'installation joue. Ici on peut évoquer deux hypothèses, qui sont éventuellement complémentaires. Selon la

première, les nouveaux arrivants se comporteraient d'abord comme au village d'où ils viennent, puis peu à peu s'intégreraient au mode de vie urbain et apprendraient à recourir aux services de santé. Selon la seconde, les ménages anciens, qui ont pris l'habitude de fréquenter les praticiens modernes à l'époque où les formations sanitaires « tournaient bien » continuent sur cette lancée, alors que l'état actuel des services de santé les rend peu attractifs pour les nouveaux arrivants.

#### 4. La prescription

D'une façon générale, à Bankoni, tout le monde est prescripteur. Les malades et leurs parents sont prescripteurs des médicaments auto-consommés. Les infirmiers du premier cycle, les infirmiers diplômés d'Etat, les sages-femmes, les médecins, les pharmaciens, les étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie en cours de formation ou exclus pour avoir échoué aux examens, et tout autre porteur de blouse blanche, serait-il simple manoeuvre dans un hôpital, sont des prescripteurs officiels aux yeux d'une population qui ne sait pas faire la différence entre les qualifications. On peut se demander ce que les Ordres professionnels, créés depuis plusieurs années, ont fait pour mettre un peu d'ordre et de moralité dans leurs rangs, et pour défendre l'exercice professionnel contre les charlatans.

L'analyse des prescriptions recueillies dans les dépôts pharmaceutiques enquêtés, où les malades venaient se faire servir, donne les résultats suivants :

- le nombre moyen de produits prescrits par ordonnance est de 3,24, il varie entre 2,28 pour les étudiants en médecine et 4,2 pour les infirmiers du premier cycle (Traoré 1989 : 25) ;

- le nombre moyen de produits acquis par achat est de 1,78 (Traoré 1989 : 41) ;

- sur 2380 produits prescrits, il y a eu 544 cas de substitution (Traoré 1989 : 42) ; la substitution est donc couramment pratiquée (dans plus d'un cas sur cinq) par des vendeurs sans qualification pharmaceutique ;

- sur 1 718 produits différents prescrits, seulement 106, soit 6,16 %, étaient désignés par leur DCI (dénomination commune internationale).

Pour quelques affections courantes (paludisme, rougeole, toux, diarrhée, céphalées, parasitoses, douleur abdominale, dermatoses, gastrites, conjonctivite), nous avons pu classer les médicaments prescrits en produits nécessaires, produits d'accompagnement et produits inutiles. Le coût des premiers varie entre 150 et 434 FF CFA, tandis que celui des seconds (qui accélèrent la guérison ou empêchent la

complication de la maladie) et des produits inutiles peuvent atteindre respectivement 435 et 1161 FF CFA. La part du coût des produits nécessaires dans le coût total des produits prescrits est très variable d'une pathologie à l'autre : 21 % seulement pour les cas de paludisme ou de douleur abdominale, cas dans lesquels les professionnels prescrivent à tout va ; environ 50 % pour les cas de rougeole, toux, diarrhée, gastrites ; environ 70 % pour les cas de dermatoses ou de parasitoses ; 100 % dans les seuls cas de conjonctivite (Traoré 1989 : 48).

S'il était nécessaire de prouver qu'une prescription plus soucieuse de la capacité du malade à l'exécuter, et une politique pharmaceutique préoccupée de santé publique plutôt que de bénéfices privés, sont réalisables, il suffirait de se tourner vers le centre de santé de l'ASACOB (Association Santé Communautaire de Bankoni, mais *an sago-ba* signifie aussi, en bamanan, « notre grande volonté », « notre grand désir »). Ouvert dans le quartier depuis février 1989, dirigé par un médecin, ce centre de santé entièrement autofinancé offre, à prix coûtant, de vraies consultations médicales (c'est-à-dire des consultations données par un médecin diplômé) suivies de prescriptions en DCI ; un « magasin santé », fonctionnant en son sein, exécute les prescriptions ; les soins infirmiers sont fournis gratuitement pendant la semaine qui suit chaque consultation médicale. Le coût moyen de l'ordonnance est de l'ordre de 600 FF CFA.

## Conclusion

Ce qui vient d'être exposé illustre parfaitement le contraste dramatique entre ce que les gens disent et ce qu'ils font réellement. A Bankoni comme dans beaucoup d'autres milieux bamanan, on dit en beaucoup d'occasions, *kènèya ka fisa ni ko bèe ye*, ou bien *kènèya ka fisa ni fèn bèe ye* : la santé vaut mieux que tout. Le niveau des dépenses de santé (dernier poste des dépenses des ménages) à Bankoni contredit plutôt cette affirmation. De même, les déclarations publiques relatives à la politique de santé du pays n'ont qu'une relation indiscernable, si elle existe, avec la réalité des décisions prises au jour le jour, et la triste histoire de l'Initiative de Bamako au Mali est là pour le prouver.

La réalité à laquelle une politique de santé publique se doit de faire face est la suivante. L'automédication, qui est la façon normale de traiter la moitié des épisodes morbides, en première intention, est dangereuse, car les malades ne savent pas ce dont ils ont besoin pour améliorer leur état de santé, et parce que le personnel chargé de la vente des médicaments, sans formation pharmaceutique (à l'époque de l'enquête), cherche surtout à faire des recettes. La prescription elle-

même est abandonnée à n'importe qui, et les Ordres professionnels ne se préoccupent ni de la qualité des soins ni de l'honorabilité des professions. Le commerce des médicaments est éhonté, du fait de la politique des achats et des prix menée alors par la société nationale bénéficiant du monopole d'importation et de distribution. Il le reste aujourd'hui du fait de la politique de privatisation à bride abattue lancée par l'ancien régime pour satisfaire à ses intérêts et à certaines injonctions de la Banque Mondiale. Cette politique n'a pas été jusqu'à présent révisée par le nouveau régime.

Les achats de médicaments constituent plus de la moitié des dépenses de santé. Une politique des médicaments essentiels et d'approvisionnement dans les conditions les plus favorables, comme y invitait l'Initiative de Bamako, apparaît donc comme une priorité. L'approvisionnement en DCI permettrait de diviser par quatre le coût de l'approvisionnement pharmaceutique du pays (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 46).

A ces problèmes, il est possible d'apporter des solutions techniques, et c'est là le devoir des professionnels. Mais, dans la définition de ces solutions, il faudra tenir compte des comportements de la population. Ces comportements sont en partie déterminés par l'effondrement de la qualité et de la moralité des services publics de santé, et il est sûr que la privatisation ne résoudra pas, à elle seule, ce problème, parce que le secteur privé n'offrira pas nécessairement des prestations de meilleure qualité. On voit déjà, par exemple, que la création d'officines privées ne signifie pas que les pharmaciens diplômés participent personnellement à la vente des médicaments : ils emploient un personnel non qualifié, comme le faisait la Pharmacie Populaire du Mali.

Mais ces conduites en matière de santé sont aussi en partie déterminées par un héritage culturel dans lequel la maladie est plus couramment conçue comme la sanction bien méritée d'une faute, ou comme une fatalité inéluctable, que comme une défaillance de la nature, susceptible d'être corrigée par le seul recours à la raison et à la connaissance scientifique. La faiblesse des ressources consacrées à la santé par les familles urbaines ne peut pas s'expliquer correctement par la seule idée que l'Etat devrait prendre en charge la santé, ni par le seul effondrement de la qualité des services offerts, mais par l'effet conjugué de plusieurs facteurs qui concourent à l'apparition d'un habituel syncrétisme médical (cf. chapitre suivant) : recul de l'alphabétisation de la population, recul de la qualification et de la conscience professionnelle des agents de la santé, méfiance envers des connaissances importées, repli sur des comportements ostensiblement traditionalistes.

## RÉFÉRENCES

- ANONYME (1989) : *Enquête sur les dépenses des ménages en milieu urbain (mai 1985 à juin 1986), Résultats définitifs*, Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Projet de renforcement de la gestion publique de l'économie malienne, janvier 1989, 202 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1988) : *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako*, I.N.R.S.P., Bamako, 1988, 42 p.
- BRUNET-JAILLY J., DIARRA T., SOULA G. (1988) : *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale*, Compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioila, Kangaba entre avril 86 et juillet 87, I.N.R.S.P., Bamako, janvier 1988, 99 p.
- BRUNET-JAILLY J., COULIBALY S.O., DIARRA K., KOITA A. (1989) : *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, Organisation Mondiale de la Santé, document WHO/SHS/NHP/89.10, 1989, 167 p.
- DIAKITÉ B.D., TRAORÉ S., DIARRA T., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*, volume 1, I.N.R.S.P., Bamako, novembre 1990, 150 p.
- DUBUC M. (1989) : *Soins de santé primaires et médicaments en Afrique subsaharienne : à quel prix ?* thèse de médecine, Lyon I, octobre 1989, 106 p.
- FERRANTI D. (1984) : *Stratégies pour le financement des services de santé dans les pays en développement*, *Revue trimestrielle de statistiques sanitaires mondiales*, 37, 4, 1984, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- RANDALL S.C., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Enquête socio-sanitaire et économique dans le Gourma*, I.N.R.S.P., Bamako, 1989, 106 p.
- ROUGEMONT A., BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin, Paris, 1989, 752 p.
- TRAORÉ S. (1989) : *Etude de la consommation médicamenteuse dans le quartier à Bankoni*, thèse de médecine, Bamako, 1989, 86 p.



## **Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni**

par Tiéman DIARRA

Les représentations de la maladie en milieu traditionnel ont fait l'objet d'études fort instructives (par exemple : Collectif, 1986). L'enquête socio-économique et sanitaire que nous avons conduite en 1988 et 1989 dans le quartier de Bankoni nous a donné l'occasion de nous entretenir avec des malades et leurs parents, de façon très libre, sur les attitudes adoptées face à certains épisodes morbides survenus dans les familles, sur la façon dont ces épisodes avaient été vécus par les uns et les autres, sur les expériences d'hospitalisation, la manière dont elles ont été perçues par le patient et ses proches. En outre certains entretiens collectifs, organisés notamment avec les femmes et les notables du quartier, ont porté sur les problèmes de santé de Bankoni. A partir de cet ensemble d'entretiens, qui ont été enregistrés, transcrits et dont une petite partie a été publiée (Collectif, 1991), il est possible de tenter une approche des représentations qui, dans ce quartier, président au choix des thérapeutes et contribuent, de ce fait, à déterminer les itinéraires thérapeutiques.

Nous abordons les représentations au sens large sans pouvoir en épuiser tous les registres (cf. Collectif, 1986). En particulier, nous ne présentons aucune donnée sur les représentations de la maladie, bien que le classement de telle ou telle maladie dans certaine catégorie de l'étiologie populaire puisse déterminer le choix du recours et les caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique.

Nous n'ignorons pas que, pour beaucoup d'auteurs, et quasiment tous les praticiens de la santé publique, les itinéraires thérapeutiques seraient essentiellement — certains diront exclusivement — déterminés

par des facteurs « objectifs », plutôt que par les représentations. Certes, notre enquête a confirmé que l'accessibilité économique détermine dans certains cas d'abord le recours à l'automédication ou aux guérisseurs, la suite dépendant alors du succès ou de l'échec du premier recours (Diarra *et alii*, 1990). Cependant, ce n'est pas seulement une question de prix, parce que la médecine moderne ne coûte pas systématiquement plus cher que la médecine traditionnelle ; mais l'accessibilité économique a d'autres aspects que le prix : le tradithérapeute offre souvent des prestations à la carte, en fonction du statut du malade, de ses relations avec le malade ou sa famille, de la notion de gravité, liée aux représentations de la maladie. Mais un tradipraticien de Salembougou, qui ne demande pas plus de 2.000 F CFA pour des maladies comme les maux de ventre, prend entre 20.000 F CFA et 150.000 F CFA lorsqu'il s'agit de pathologies comme la stérilité ou la folie. D'une façon générale, les malades savent que les tradipraticiens demandent des honoraires beaucoup plus élevés lorsqu'ils jugent que l'état du patient est grave ; et ils l'acceptent. On peut donc élargir l'argument économique, et augmenter sa puissance explicative, en se bornant à classer les représentations parmi les déterminants des recours aux soins.

Au reste, certains observateurs reconnaissent que les représentations jouent un rôle subsidiaire. Ainsi, par exemple, Claude Raynaud présente les disparités économiques comme une source d'inégalité devant la maladie à Maradi (Raynaud, 1989), et tente de construire des indices de train de vie pour mesurer leur impact sur les choix thérapeutiques. Mais il constate que certaines représentations de la maladie permettent seules d'expliquer certains recours. Il évoque par exemple des pathologies telles que « la grossesse de plusieurs années », « le serpent du ventre », « la chaleur du ventre », qui ne correspondent à aucune symptomatologie médicale précise (Raynaud, 1989 : 490).

Pour nous, le rôle des représentations est beaucoup plus profond : elles ne servent pas seulement à expliquer quelques exceptions à une règle selon laquelle les recours seraient essentiellement déterminés par le pouvoir d'achat des malades ou de leurs familles, elles servent à expliquer tous les recours et tous les itinéraires thérapeutiques. D'ailleurs, Anne Luxereau a montré que, à Maradi même, « les idées que les gens se font de la santé, de la maladie, restent prévalentes et orientent leur choix, autant que la réputation dont jouissent les thérapeutes (médecins et infirmiers compris), et déterminent les itinéraires thérapeutiques » (Luxereau, 1989 : 330).

Les entretiens auxquels nous avons procédé nous ont montré que les malades ont très souvent, en matière de fréquentation des services de santé modernes, des attitudes qui ne s'expliquent que par les représentations qu'ils se font des connaissances médicales modernes et de la compétence des praticiens. En deuxième lieu, nous aborderons les

représentations que révèle l'enquête en ce qui concerne les actes de la médecine moderne, et les attentes thérapeutiques qui découlent de ces représentations. On fera une place, enfin, au fondement commun de beaucoup de ces représentations, et de quelques autres probablement : un fort préjugé de défiance à l'égard des congénères.

### **1. Représentations de la connaissance médicale et de la compétence professionnelle**

Le recours aux soins est généralement favorisé par la facilité d'accès aux thérapeutes, que cette facilité soit appréciée en termes de distance, ou d'accessibilité financière, ou d'accessibilité culturelle, etc. De fait, à Bankoni, dans la très grande majorité des cas, le malade ou ses parents commencent par les formations sanitaires les plus proches : centre de santé de Korofina, dispensaire de Sikoroni, dispensaire de Diélibougou, centre de santé de Missira. Si l'hôpital est moins souvent fréquenté, c'est qu'il est plus éloigné, mais surtout qu'il est considéré (ici, comme ailleurs, cf. Gruénais, 1989) comme réservé aux cas graves, comme le lieu du désespoir : il arrive qu'après une intervention chirurgicale le malade demande à rentrer immédiatement chez lui, comme ce malade de Salembougou qui a absolument tenu à revenir aussitôt s'aliter chez lui, de crainte que ses parents ne soient pris de panique en entendant dire qu'il était retenu à l'hôpital.

Mais la proximité géographique d'une formation sanitaire ou bien du lieu d'exercice ou d'habitation d'un thérapeute ne suffit pas toujours à justifier les recours des malades. Ce qu'on vient de dire à propos de l'hôpital montre que les représentations que les malades se font de ce lieu, de cette institution, des prestations fournies par les thérapeutes qui y travaillent, peuvent être déterminantes. On découvre alors de nombreux itinéraires inattendus.

Ainsi, une malade a quitté l'hôpital de Sikasso, où elle n'avait pas trouvé satisfaction, pour venir à Bamako, au dispensaire du Secours Catholique Malien (SECAMA) dans le quartier de Diélibougou. Quels éléments interviennent dans sa décision ? Le premier est que, pour elle, Bamako est globalement le lieu d'une plus grande compétence médicale. A Bamako, le choix du dispensaire du SECAMA est motivé par d'autres raisons que la malade n'a pas cachées : elle a appris que ce centre est tenu par des « toubab », que le coût des soins est modique et que le personnel fournit des prestations de qualité. Ceux qui travaillent dans ce dispensaire sont, en effet, considérés comme des connaisseurs, et jouissent d'un considérable capital de confiance. Peu importe, aux yeux de la malade, le fait de passer d'un hôpital à un dispensaire. Les espoirs de guérison ne reposent pas sur le classement

administratif de la formation sanitaire, ni sur son niveau technique ou son équipement, mais seulement sur la représentation que la patiente en a et sur la réputation des agents qui y travaillent.

Le cas d'une autre malade, habitant Flabougou, obéit à cette même logique. Souffrant d'une maladie des yeux, elle est partie de Bamako pour aller à Nouna, dans un centre de santé tenu par des « pères blancs » au Burkina Faso. La distance importait peu pour elle, pourvu qu'elle fût guérie. Elle était persuadée que ce centre soignait mieux les maladies ophtalmiques, et elle attendait qu'on opère là-bas son œil. Mais, lorsqu'elle est arrivée, le spécialiste était absent, et on a donc conseillé à la malade de revenir au Mali pour s'adresser à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine (I.O.T.A.), installé à Bamako même. Elle en connaissait d'ailleurs l'existence avant d'aller au Burkina Faso, mais elle cherchait un lieu « sûr », et le centre de santé de Nouna répondait à son attente, notamment parce qu'il est tenu par des médecins compétents, des médecins blancs.

Les représentations relatives au thérapeute sont donc souvent déterminantes dans les décisions de recours. Le malade est d'abord convaincu ou non de la qualité des prestations du thérapeute, et par elle de sa compétence ; partant, il opte pour tel ou tel recours. Or, si l'insatisfaction à l'égard du personnel des services de santé est absolument générale (une seule personne, parmi soixante, a exprimé un sentiment contraire), et si elle est d'autant plus profonde qu'elle est exprimée par des gens dont l'attitude est d'ordinaire parfaitement soumise, elle a une autre caractéristique : elle révèle un préjugé commun, selon lequel non seulement les médecins africains « font du n'importe quoi », « s'en fichent », mais encore selon lequel ils ne parviennent pas à acquérir la maîtrise des connaissances de la médecine moderne qu'ils pratiquent. A Bamako, comme en dehors de Bamako (Tinta, 1991), on parle de ces praticiens qui « miment ».

Voici comment s'exprime une femme de Zéguénékorobougou, pour laquelle la médecine moderne est devenue moins efficace depuis qu'elle n'est plus, ici, aux mains des « toubab » : « les « toubab » connaissent les maladies et les remèdes. Ils étaient compétents. La médecine moderne est du domaine prévilégié des « toubab », nous autres, nous les imitons. « Le propriétaire d'une chose est différent de l'usufruitier » (*kotigi ni tigiba, të kelen ye*). Tel autre, aujourd'hui mendiant à Dianguénébougou, pense qu'il ne serait pas aveugle s'il avait été soigné par un « toubab » à l'IOTA. « J'étais prêt à payer à nouveau les 500 F CFA pour une nouvelle consultation, pourvu qu'elle soit faite par un "toubab". » Il y a là l'idée que le transfert de connaissances est impossible, ou que les deux systèmes de connaissances ne peuvent pas communiquer. Dans ce sens, citons encore les remarques incidentes d'un tradithérapeute du Plateau, qui prétend qu'il peut soigner tout ce que

la médecine moderne traite aujourd'hui. Quand on lui demande pourquoi, il répond : « Des agents de santé viennent me voir pour leurs problèmes. J'ai soigné la femme d'un médecin africain, je peux te dire son nom ». Et d'ajouter : « Aucun médecin toubab n'est venu me voir ». Mais il y a autre chose encore. En effet, à la fin de l'une des premières rencontres avec les notables, chez le chef de secteur de Plateau, l'un d'eux, s'adressant à un « toubab » responsable de l'étude a dit ceci : « Nous sommes rassurés, parce que nous savons qui vous êtes, vous autres. Il n'y a pas de surprise avec vous ». La discussion avait porté sur les problèmes de santé du quartier, et les participants savaient pourtant que le « toubab » n'était pas médecin. La confiance immédiate qu'inspire le médecin « toubab » est un cas particulier de la confiance dont tout technicien blanc est, d'office, investi.

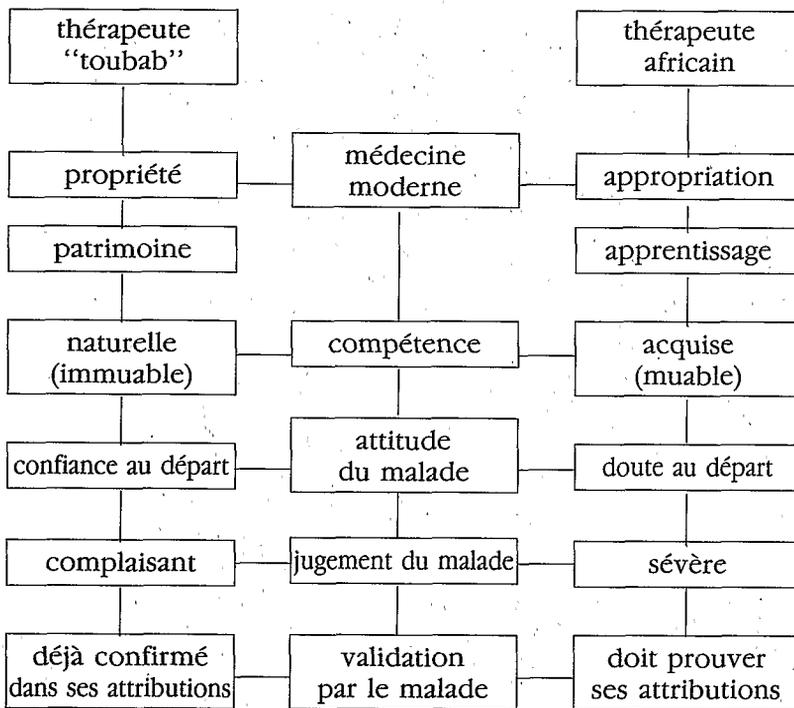
Ainsi, les productions mentales des malades et de leur famille, telles que diffusées dans leur entourage, sont nourries de représentations sur les médecins noirs et les médecins blancs. La médecine moderne est considérée comme avant tout celle des Blancs : elle est la propriété des thérapeutes blancs, puisqu'elle appartient à leur patrimoine, d'où leur compétence en quelque sorte naturelle, et immuable ; l'attitude du malade est donc de faire confiance a priori, et ce jugement favorable n'a pas besoin de validation, puisque le médecin blanc est confirmé dans ses attributions par sa simple qualité d'héritier. Au contraire, cette médecine, loin d'être la propriété du thérapeute noir, repose chez lui sur une connaissance qu'il tente de s'approprier, qui n'est pas du domaine de son patrimoine, mais de celui de l'apprentissage ; la compétence qui en résulte demeure donc labile, et l'attitude initiale du malade sera le doute ou au moins la circonspection. Pour devenir positif, son jugement devra être validé à chaque étape, le médecin noir ayant à prouver ses capacités dans chacun de ses actes. Le schéma I récapitule ces éléments.

Que ces représentations et perceptions apparaissent fondées sur des stéréotypes et préjugés, qui en constituent le noyau, ne saurait surprendre. L'important est de mesurer jusqu'où va le rôle de ces préjugés.

Ainsi, le grade du praticien, grade qu'il est d'ailleurs difficile de discerner (le moindre manœuvre des services de santé se fait appeler docteur), n'est pas, sauf rares exceptions (celle que constituent les patients scolarisés, par exemple) un critère essentiel dans le jugement porté par le malade. Ce qui compte surtout, c'est l'histoire personnelle et l'identité du thérapeute. On comprend alors l'importance tout à fait considérable que prend le fait de connaître quelqu'un dans une formation sanitaire. Le choix de certains recours repose moins sur des critères de compétence que sur le fait que le malade a des rapports avec un ou des praticiens qui y travaillent. Une femme de Zéguénékro-bougou est partie accoucher à la maternité de Missira parce qu'elle

y connaissait au moins une personne ; une autre du même quartier conduit toujours ses enfants à la PMI de Korofina parce que son frère y travaille ; une femme de Bankoni Plateau a emmené son enfant, au ventre ballonné, à l'hôpital du Point G, parce que sa coépouse y travaille ; une femme de Flabougou a refusé de faire vacciner ses enfants à Korofina, et s'est rendue avec eux au centre de santé de Missira, où elle connaissait quelqu'un. D'ailleurs, un homme qui avait une fracture du genou, et qui est satisfait de son traitement à l'hôpital Gabriel-Touré, explique pourquoi : « j'ai été bien traité par le docteur A.T. ; il s'est bien occupé de moi ; mon épouse est infirmière, le personnel de l'hôpital a été gentil avec moi ».

## Schéma 1

**Représentations préalables à une consultation médicale**

Au contraire, une dame dit qu'elle ne va plus à la maternité de Korofina parce que « lorsqu'on y est inconnu, on n'y a aucune considération ». Un notable de Bankoni précise qu'il faut être « bien vu » :

d'après lui, dans un certain hôpital de Bamako, les médecins et les infirmiers ne s'occupent pas de gens qui n'ont pas les moyens ; « mais s'ils voient quelqu'un de bien habillé, ils se disent qu'il est capable de quelque chose, ... de faire quelque chose, ... alors ils s'occupent de lui ; mais dans le cas contraire, on reste avec son malade sur les bras... ». Une femme de Laybougou, bien informée de l'existence d'un nouveau centre de santé dans le quartier, dit clairement : « je ne suis jamais allée à l'ASACOBAMA, parce que je n'y connais personne ».

A l'inverse, certaines relations de confiance peuvent se nouer dans des conditions d'extrême rapidité. Ainsi, une femme de Flabougou qui avait été hospitalisée pour des maux de tête persistants nous a raconté qu'elle a, un beau jour, quitté l'hôpital avec une « prescription orale » d'une vieille qui était au chevet d'un autre malade dans la même salle, et qui avait conseillé un traitement traditionnel du mal avec des feuilles de nénéphar.

Quelles que soient les relations de confiance antérieures au recours, le thérapeute africain doit, pour chaque nouveau cas et à chaque étape, convaincre en obtenant des résultats rapides et incontestables. Le malade n'a pas confiance dans le système des connaissances mises en œuvre par telle personne qualifiée, il n'accorde pas non plus une confiance aveugle à cette personne qui entreprend de le soigner. Le malade va juger le thérapeute au résultat qu'il obtiendra face à son propre cas. Les malades non satisfaits sont toujours prêts à abandonner tel praticien et à explorer d'autres recours. Le meilleur thérapeute n'est pas celui qui a des compétences théoriques reconnues, mais plutôt celui dont les performances, la pratique, comportent le plus de réussite aux yeux des malades et de tous ceux qui peuvent avoir recours à lui directement ou indirectement.

Lorsqu'une décision thérapeutique produit une frustration, le malade met en cause la compétence du praticien. On comprend alors que les malades ne fassent pas toujours recours aux structures censées détenir les meilleures compétences ou fournir les meilleures prestations. Une telle situation a été décrite par Elisabeth Dorier qui constate qu'à Brazzaville les patients ont davantage recours à l'infirmier du quartier, bien que les dispensaires publics offrent plus de garantie de succès et des prestations gratuites (Dorier, 1989 : 275). « Pour l'infirmier comme pour son patient, peu importe la phase diagnostique, et peu importe au malade le niveau de formation théorique du soignant : son rôle est de mettre aussitôt en œuvre un traitement des symptômes, et de bien accomplir les actes qu'on attend de lui : pansement, injection, perfusion » écrit-elle (*id.* : 276).

La compétence devient fonction de l'expérience, de la pratique et surtout des performances. Le jugement initial, la représentation sont fonction de l'identité, de l'itinéraire professionnel, des pratiques propres

au thérapeute. Satisfaction, frustrations, déceptions du malade font et défont l'identité professionnelle du thérapeute, la consolident ou la modifient, et déterminent la poursuite ou l'abandon de la thérapie. Les rapports entre malade et thérapeute constituent à chaque rencontre une histoire personnelle. Derrière chaque contact se profile une histoire ou une nouvelle se construit. Cela a une incidence sur la manière dont le malade perçoit le thérapeute, et même sur ses attentes qui peuvent être variées : prévenances à son égard, gratuité de soins et/ou de médicaments, qualité de la prestation. Le malade a toujours des attentes et même des attentes thérapeutiques.

## 2. Représentations des actes thérapeutiques

Le cas d'un malade de Salembougou est révélateur à cet égard. Souffrant d'un doigt, il a commencé par une longue phase d'automédication, en utilisant une pommade achetée à la pharmacie. Il est remarquable qu'il ne puisse pas dire le nom de ce produit ; il explique lui-même qu'il n'a pas cherché à retenir un nom, et que tout ce qui l'intéressait était l'efficacité. Faute d'effet de ce premier traitement, il a fini par aller à l'hôpital, où il a été amputé de son doigt. Ce malade se montre extrêmement déçu des soins reçus à l'hôpital : son objectif était de guérir et pour lui, amputer n'est pas soigner, c'est supprimer la partie malade. Il avait donc une attente thérapeutique assez précise, au moins par les actes qu'elle refuse. Il considère que le médecin n'a pas été à la hauteur de la tâche : il attribue l'issue de son hospitalisation au fait d'avoir été mis dans les mains d'un thérapeute africain, donc peu compétent. A l'en croire, un médecin européen « toubab » n'aurait pas agi de la sorte. Il affirme lui aussi : « Les Africains font du n'importe quoi. Ils s'en fichent ».

Plus généralement, chaque malade a son idée sur divers types de traitements : il apprécie ou valorise certains, qu'il considère efficaces ; il en craint d'autres. Ainsi, par exemple, le malade qui a été amputé du doigt après avoir tenté de se soigner pendant six mois par automédication a justifié ce délai en disant qu'il redoutait les injections, et qu'il savait qu'on en fait à tout malade hospitalisé. Il n'est pas le seul à avoir cette idée. Une tradipraticienne de Bankoni-Plateau nous a dit : « A l'hôpital, on te fait des piqûres, des piqûres, mais rien ». Pour d'autres, les injections sont responsables de paralysies, et causent donc la poliomyélite : hélas, il est bien vrai que les piqûres de Quinimax sur le nerf sciatique ont des conséquences dramatiques, et trop fréquentes. Une femme de Flabougou illustre cette perception : « Quand les enfants vont dans les centres de santé, je ne sais ce qui se passe. Je ne sais si ceux qui font les injections sont fautifs ou à quoi cela est dû.

Mais toujours est-il que les enfants en reviennent frappés de « polio ». Et cela devient une autre maladie dont il faut s'occuper. Il y avait moins de « polio » avant parce que les parents avaient peur d'aller dans les centres de santé. Nos mères connaissaient des plantes. Mais aujourd'hui, dès que quelqu'un a mal à la tête, on pense au centre de santé ; dès qu'il se fait égratigner par une brindille, on lui dit de se rendre au centre de santé. Les médecins, aussi compétents soient-ils, ne peuvent pas tout soigner. »

En revanche, d'autres enquêtés considèrent les injections comme la meilleure thérapie. Une jeune femme de Salembougou pense que les injections sont plus efficaces puisque le médicament pénètre directement dans le corps. Une telle attitude a été constatée par Elisabeth Dorier à Brazzaville, où se manifesterait un grand engouement des malades pour les injections : la sensation physique, la douleur ressentie au moment de l'administration du produit, sont perçues comme autant de gages de l'entrée en action du médicament (Dorier, 1989 : 276).

La femme de Salembougou qui préfère les injections a, par contre, peur des interventions chirurgicales. « Je n'aime pas les opérations, j'ai peur d'être endormie et d'avoir le corps ouvert ».

Les sujets ont donc des craintes sélectives, ou des préjugés favorables, par rapport à certains actes de la médecine moderne. Mais ils ont aussi des idées souvent très arrêtées sur le type de médecine qui soignera leur cas. Il ne s'agit évidemment pas seulement des tradipraticiens qui font preuve d'une totale confiance dans leurs dons, et l'imposent notamment à leurs enfants. Il s'agit de cas nombreux et variés dans lesquels les malades déclarent qu'ils ont choisi la médecine moderne parce qu'ils considèrent qu'elle est seule efficace pour traiter le mal dont ils souffrent. Tel un homme de Zéguénékorobougou, qui, pour soigner une hémorragie dont sa femme souffrait, n'a utilisé que les services de la médecine moderne parce que selon lui celle-ci était plus efficace dans un tel cas. Tel un malade de Flabougou, souffrant d'un mal de ventre consécutif à une douleur « qui se promenait dans son corps sous la forme d'une boule », et qui se dit certain que seule la médecine moderne est capable de le soigner ; qu'il s'agit d'extraire le mal qui est matérialisé par la boule (un kyste), et qui, ne provenant pas d'un sort jeté par autrui, ne relève pas d'une cure traditionnelle. Telle une jeune femme de Salembougou qui conseille le recours exclusif à la chirurgie pour les maux de ventre dont souffre sa « copine », à la suite d'un avortement provoqué. Telle cette vieille femme de Salembougou, souffrant de douleurs à la poitrine et dans les côtes, allant consulter à l'hôpital, pour se voir délivrer une ordonnance comportant sept médicaments et coûtant vingt-sept mille francs CFA : comme son fils n'a pas cet argent, elle décide d'attendre sans avoir recours à aucune autre médication ou consultation.

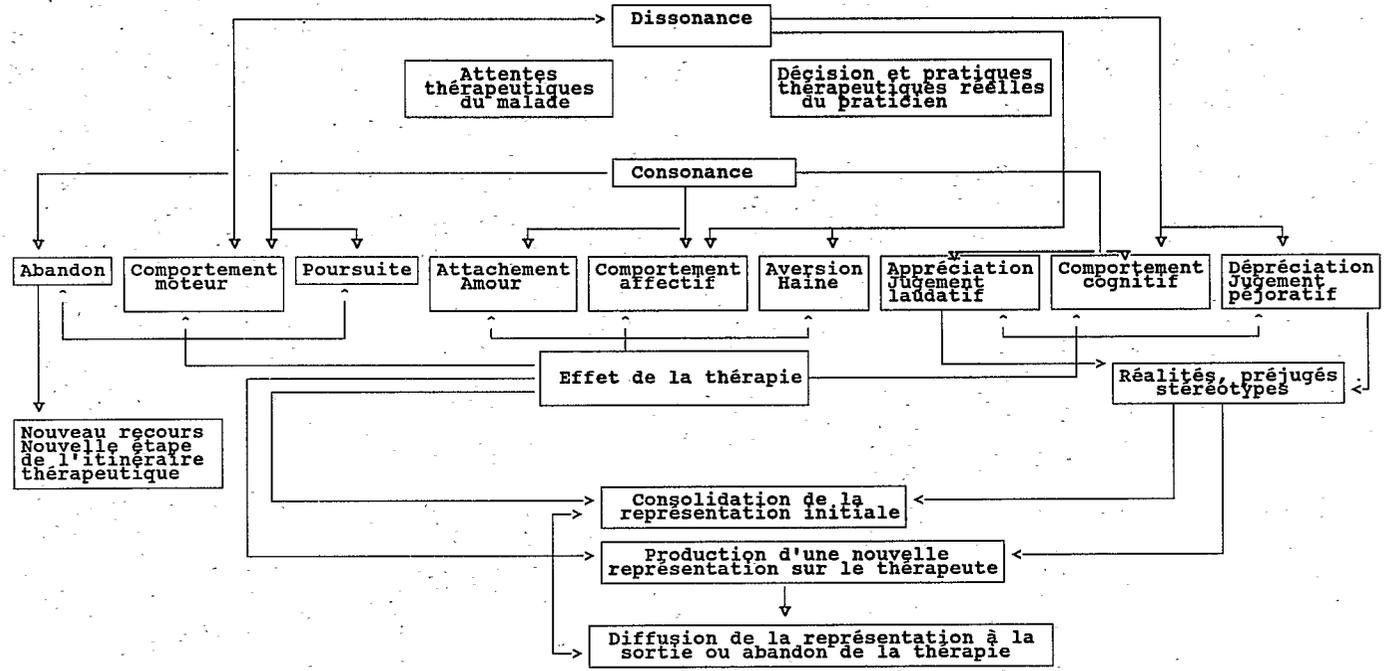


Schéma 2  
 Représentations, comportements et itinéraires thérapeutiques

D'autres exemples sont plus frappants encore, parce qu'ils traduisent des ruptures par rapport à la tradition. Ainsi, pour une longue maladie psychosomatique de son fils, un couple de Bankoni-Plateau s'en est tenu à la médecine moderne : la mère avait proposé de consulter un tradithérapeute, mais le fils lui-même, âgé d'une trentaine d'années, n'en a pas voulu et a refusé tout médicament traditionnel (Collectif, 1991), alors même qu'il attribue sa maladie à la rupture d'un interdit alimentaire naguère imposé par un devin pour la réussite de ses entreprises. A Dianguénébougou, on a relevé un autre exemple de disparité entre l'étiologie supposée et le genre de recours envisagé : une femme, persuadée que la maladie dont elle souffre depuis une dizaine d'années résulte d'un mauvais sort qu'on lui a jeté, exprime son diagnostic en termes de *dabalibana* (maladie due à un « travail » d'autrui) ; mais elle répugne cependant à tout traitement traditionnel parce que, chrétienne, elle estime ne pouvoir guérir que grâce à sa foi, avec l'aide de la mission catholique (par l'intermédiaire du Secours Catholique malien).

Rares sont cependant les décisions fermes et définitives du genre de celles que nous venons d'illustrer. D'une façon générale, les malades, tout en ayant leurs attentes et leurs craintes, seront influencés par tout écart entre la représentation et la pratique. Toute dissonance, évidemment inévitable, entre les attentes et craintes du patient, et les décisions et pratiques thérapeutiques réelles du praticien sera un événement générateur de comportements moteurs, affectifs ou cognitifs chez le patient. Ce dernier peut abandonner la médication ou le traitement proposés, et fuir le lieu de l'événement ; ou bien s'attacher au thérapeute ; ou ressentir une aversion manifeste ou voilée pour lui ; et, de toutes façons, cristalliser des pensées, opinions et jugements sur sa personne. Comme on le sait, les comportements cognitifs sont nourris des comportements affectifs, et l'ensemble peut entraîner des comportements moteurs.

L'itinéraire effectif du malade est donc tributaire des événements thérapeutiques. La compétence du praticien est appréciée à travers la consonance entre les attentes thérapeutiques du malade et les décisions et pratiques thérapeutiques réelles du praticien. La relation malade-thérapeute est d'une grande importance et peut être affectée dès le départ par la représentation que le premier a du second. Ensuite, elle peut se consolider ou se modifier en fonction de la dissonance ou de la consonance entre attentes et décisions thérapeutiques. Enfin l'effet de la thérapie peut aussi modifier les comportements découlant de cette dissonance ou consonance : méfiance, doute, confiance.

Tout se passe comme si le malade avait lui-même une connaissance de la thérapie qui convient à son cas. Tout acte thérapeutique a

une acceptabilité vécue et intériorisée par le malade, en fonction de son histoire personnelle faite aussi de fantasmes, de souhaits, de craintes, de peurs, comme cela apparaît dans le cas de la malade qui est allée à Nouna et du jeune qui a été amputé du doigt.

### **3. D'une médecine à l'autre : coexistence pacifique ou « allélophagie » ?**

Les entretiens font état de très peu de recours exclusifs à une médecine donnée. Cependant, nous relevons quelques cas de recours exclusif à la médecine moderne : pour une hémorragie, de la part d'une femme de Zéguénékorobougou ; pour traiter un kyste, de la part d'un homme de Flabougou ; pour soigner un « mal de poitrine », dont souffrait une femme âgée de Salembougou ; pour venir à bout, par la chirurgie, des « maux de ventre » dont souffre son amie, de la part d'une autre femme de Salembougou ; pour soigner une angine, de la part d'une fille du même quartier. Un cas inattendu se présente aussi dans cette liste : celui de la femme de Dianguénébougou qui, catholique, a eu recours à la médecine moderne, et à elle seule, pour se délivrer d'un « mauvais sort ». Peut-être faut-il remarquer que plusieurs de ces cas présentent des symptômes bruyants ou inquiétants ; mais le nombre des observations n'est suffisant, ni pour trancher sur ce point, ni pour savoir si la concentration de plusieurs cas dans le seul quartier de Salembougou signifie quelque chose.

Les recours exclusifs à la tradithérapie sont également rares, peut-être même rarissimes, si l'on excepte le cas, particulier à cet égard, des tradipraticiens eux-mêmes. A vrai dire, il n'y en a qu'un dans nos observations : une femme de Zéguénékorobougou a traité ses douleurs abdominales par la médecine traditionnelle. En revanche, certains des tradipraticiens enquêtés ont affirmé n'avoir jamais eu recours aux soins modernes, et deux d'entre eux n'auraient pas fait vacciner leurs enfants. Il en est un pour préciser fièrement que ses médicaments sont les plus efficaces, puisqu'ils assurent aussi une protection contre le mauvais sort. Bien entendu, ces attitudes et déclarations participent d'une stratégie médiatique visant la clientèle, à laquelle il est bon de faire croire que la science de la tradition est suffisante et complète ; pourtant, ces convictions ne s'accompagnent d'aucune hostilité à l'égard de la biomédecine, comme le montrent plusieurs déclarations (une herboriste et une tradipraticienne de Laybougou, une tradipraticienne de Flabougou, un tradithérapeute de Salembougou). Remarquons simplement qu'aucun exclusivisme symétrique ne s'exprime ni n'apparaît du côté des agents de la santé moderne.

Mais de tels exemples sont quasi insignifiants devant la multitude de cas de recours multiples : plus de cinquante cas de ce genre dans les entretiens. Ainsi, dans la plupart des cas, l'itinéraire thérapeutique est pluriel et l'on comprend d'ailleurs parfaitement que, si une pathologie persiste, la représentation que le malade en a peut changer. Ainsi certains ont commencé par la tradithérapie pour finir par la biomédecine, d'autres les alternent ou font même des recours simultanés au deux médecines. Nous avons rencontré plusieurs cas de recours à la médecine moderne puis à la tradithérapie : une femme pour le traitement de l'ictère dont souffre son enfant, un homme de Dianguéné-bougou pour l'onchocercose et l'éléphantiasis qui l'affectent, un autre de Bankoni-Plateau pour des maux de ventre et de poitrine, etc. Plusieurs autres études ont décrit des itinéraires thérapeutiques complexes où interviennent les deux médecines (Jeannée, Salem, 1989 : 205 ; Coppo, Keita, 1990 : 25 ; Werner, 1989 : 352).

Ainsi, après avoir reconnu que les recours sont choisis, dans bien des cas, en fonction des représentations que les malades ou leurs familles se font soit de l'origine de la maladie (étiologie), soit des capacités curatives des médecines ou des praticiens qui leur sont accessibles, il paraît judicieux de convenir que l'étiologie perçue peut évoluer. Nous ne nous référons pas, ici, à la distinction entre cause constante et cause variable dont parle Sylvie Fainzang à propos des étiologies chez les Bisa du Burkina Faso (Fainzang, 1986), bien que les faits qu'elle évoque puissent jouer aussi sur l'itinéraire thérapeutique : nous envisageons simplement que la représentation puisse se modifier au cours de l'expérience de la maladie et du traitement.

Ici, nous n'avons pas réuni beaucoup d'éléments sur les étiologies ou la nosologie, ce dont nous occuperons dans une étude ultérieure. Certains cas rencontrés incitent à la réflexion. Par exemple un malade de Salembougou a évoqué deux représentations concomitantes de sa maladie : hypertension et *kortè* (un sort jeté). Il a fait recours à la médecine moderne pour pallier le désordre biologique causé par l'hypertension (considérée comme émanant de *banakisè* une " graine de maladie "). Mais, pour lui, ce recours était incapable de neutraliser l'événement de ce désordre, ce qui explique la dualité de son itinéraire thérapeutique. A juste titre, Marc Augé a considéré la maladie comme une forme élémentaire de l'événement (Augé, 1983) ; elle donne l'occasion au malade, à ses parents, à ses relations, de mettre en œuvre des savoirs. Cet événement impliquant d'autres personnes que le malade lui-même, on passe du désordre biologique au désordre social (Augé, 1983 : 76 ; Bonnet, 1988 : 79). C'est pourquoi Andras Zempléni a parlé d'usages sociaux de la maladie à travers les expériences pathologiques des individus (Zempléni, 1986 : 19), et a considéré le diagnostic comme une démarche judiciaire inversée (*id.* : 18).

## Conclusion

Nous avons cherché à comprendre comment les représentations sur le thérapeute et la thérapie pouvaient orienter les choix thérapeutiques. En tout état de cause, l'itinéraire thérapeutique est pluriel et dynamique. Nous pourrions faire l'hypothèse de l'existence d'une mémoire de l'itinéraire thérapeutique chez les malades — comme il y a, selon Philippe Boucquier, (1991 : 2), une mémoire de l'itinéraire professionnel chez les jeunes migrants de Dakar — et nous interroger sur la profondeur de cette mémoire, la permanence ou la disparition de certains de ses éléments.

Thérapie de l'intérieur, la biomédecine a recours aux analyses chimiques pour le diagnostic et procède par la chirurgie, les injections, l'ingestion de médicaments, tandis que la tradithérapie, opérant de l'extérieur, procède plutôt par onction, massage, incantations sur les parties malades, et fonde son diagnostic, entre autres moyens, sur la divination et sur l'écoute des *jinèw*. Dans le premier cas la thérapie est individuelle, dans le second cas elle est surtout systémique, dans la mesure où des recours intermédiaires sont proposés (offrandes, sacrifices) impliquant d'autres protagonistes que le malade et le thérapeute.

Les itinéraires sont tributaires des représentations se rapportant à chaque maladie. Ils peuvent aussi être modifiés par la dissonance ou la consonance entre attentes thérapeutiques du malade et décisions et pratiques du thérapeute. En passant facilement de l'usage du sérum à celui de la feuille de nénuphar, le malade ne voit ni opposition ni compétition entre deux médecines. Il veut tout simplement tirer le maximum de bénéfice de leur existence. Pour lui l'essentiel, bien souvent, c'est d'être guéri. Mais on peut se demander dans quelle mesure sa mémoire de l'événement, tout au long de son itinéraire thérapeutique, ne valorise pas un type de recours plutôt qu'un autre. Nos données actuelles ne nous permettent pas de répondre à cette question.

## RÉFÉRENCES

- AUGÉ M. (1983) : « Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement », *Le sens du mal*, Ed. des archives contemporaines, Paris, 1983, p. 35-91.
- BONNET D. (1988) : *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, ORSTOM, Paris, 1988, 138 p.
- BOUCQUIER Ph. (1991) : *L'insertion professionnelle des jeunes à Dakar*, Communication au Séminaire IFAN-ORSTOM sur Processus d'insertion urbaine et itinéraires résidentiels, professionnels et familiaux, Sally Portudal (Sénégal), mai 1991.

- COLLECTIF (1986) : « Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI<sup>e</sup> Année, Tome LXXXI, 216 p., Paris, 1986.
- COLLECTIF (1991) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*. Volume 2 : *Ce qu'en disent les gens du quartier*, INRSP, Bamako, février 1991, 64 p.
- COPPO P., KEITA A. (1990) : *Médecine traditionnelle, acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Edizioni e, Trieste, 1990, 320 p.
- DIARRA T., DIAKITÉ B., TRAORÉ S., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*. Volume 1 : *Etude socio-économique et sanitaire*, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.
- DORIER, E. (1989) : « Le service public et son double à Brazzaville », in : *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 271-279.
- FAINZANG S. (1986) : « Le temps des causes. Une réflexion sur la pensée étiologique des Bisa du Burkina Faso », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI<sup>e</sup> Année, Tome LXXXI, Paris, 1986, p. 187-196.
- GRUÉNAIS M.E. (1989) : « Situations de maladie à Brazzaville, causes urbaines du désordre social », *Urbanisation et santé dans le tiers monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 313-317.
- JEANNÉE E., SALEM G. (1989) : « Situations particulières des zones urbaines », in Rougemont A., BRUNET-JAILLY J. : *Planifier, gérer évaluer la santé en pays tropicaux*, Ed. Doin, Paris, 1989, p. 193-218.
- LUXEREAU A. (1989) : « Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger) », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 319-331.
- RAYNAUT C. (1989) : « Disparités socio-économiques et santé à Maradi », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 477-505.
- TINTA S. (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara au Mali, volume 2 : Acceptabilité et participation*, INRSP, Bamako, mai 1991, 63 p.
- WERNER J.F. (1989) : « Du symptôme au système, une exploration anthropologique des diarrhées du jeune à Pikine », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 347-353.
- ZEMPLÉNI A. (1986) : « La "maladie" et ses "causes" », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI<sup>e</sup> Année, Tome LXXXI, Paris, 1986, p. 13-44.



## Problèmes de nomades au Gourma

Birama Djan DIAKITÉ

L'enquête socio-sanitaire à laquelle nous avons participé chez les Kel tamacheq entre décembre 1988 et février 1989 (Randall *et alii*, 1989 ; *infra*, ch. 11) devait permettre à l'Aide de l'Eglise Norvégienne (A.E.N), organisation non gouvernementale intervenant dans le Gourma depuis 1984, de comprendre pourquoi les services publics de santé étaient si peu fréquentés dans cette zone. Il fallait, pour élucider cette question, arriver à savoir ce que la population concernée fait, ce qu'elle dit qu'elle fait, et ce qu'elle aimerait faire en cas de maladie. Un autre aspect de la question était de voir la possibilité pour cette population de prendre en charge le personnel para-médical, afin d'assurer la pérennité de telle ou telle action spécifique qui pourrait être lancée avec les moyens de l'ONG.

Notre étude a porté sur des campements comptant 362 personnes, mais 46 individus étaient absents au moment de l'enquête ; cette population se répartissait entre 51 ménages appartenant à 16 campements, les uns et les autres choisis au hasard. Au cours de l'enquête, 385 épisodes morbides ont été enregistrés, dont 305 de "dernière maladie".

La société tamacheq se caractérise par une hiérarchie sociale très marquée, dont les principales classes peuvent être présentées comme suit :

- les nobles, c'est-à-dire les anciens guerriers, mais aussi leurs vassaux *imgbad* et les familles des marabouts ;
- les *illelan* de bas statut, personnes libres mais non nobles ;
- les *bella* indépendants, anciens esclaves, désormais libres ;
- les *bella* dépendants, qui vivent aujourd'hui encore dans la famille de leurs maîtres.

Notre échantillon était formé de 25 ménages de *bella* indépendants, de 10 ménages d'*illelan* de bas statut et de 16 ménages « nobles » ou assimilés.

### 1. Recours aux soins

Dans ce qui suit, nous distinguons les recours externes aux soins modernes, les recours externes aux soins traditionnels et l'automédication (à partir de remèdes coutumiers ou/et de médicaments pharmaceutiques). On appelle « soins modernes » tous ceux qui sont donnés au malade par un personnel dit « qualifié » : médecins, infirmiers, sages-femmes, matrones, aides-soignants, secouristes ; on désigne par « soins traditionnels » les recours à un spécialiste traditionnel (en pratique un marabout ou une guérisseuse) consulté en dehors de la famille ; l'automédication recouvre tous les soins donnés au malade par un proche ou par lui-même. On appelle étape la période séparant les débuts de deux traitements différents.

Nous avons enregistré 486 recours pour 385 épisodes, soit en moyenne 1,26 recours par épisode. 75 épisodes n'ont pas été soignés, et 310 ont été suivis de soins. A propos des premiers, les arguments suivants ont été entendus : « la mort a été trop brusque, nous n'avons pas eu le temps de donner des soins », « nous ne connaissons aucun traitement contre la maladie », « j'attends que mon maître décide pour moi », « la maladie n'a pas atteint la phase où il faut intervenir » (généralement pour le *karzaley*, qui est une forme de bejel, il faut attendre que tous les boutons sortent avant de partir au dispensaire), « nous attendons le Bon Dieu ».

La répartition des recours, selon leur rang, par type de soins, est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 1

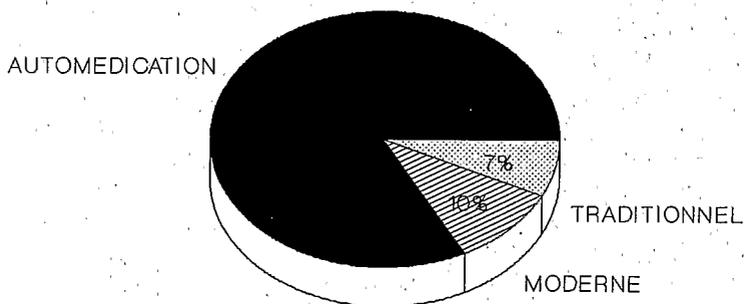
#### Répartition des recours selon leur rang par type de soins

rang	automédication	modernes	traditionnels	total
1 <sup>re</sup> étape	276	19	15	310
2 <sup>e</sup> étape	81	13	11	105
3 <sup>e</sup> étape	34	8	3	45
4 <sup>e</sup> étape	5	4	3	12
5 <sup>e</sup> étape	4	3	2	9
6 <sup>e</sup> étape	2	1	1	4
7 <sup>e</sup> étape	0	1	0	1
total	402	49	35	486

L'automédication est utilisée dans 83 % des cas sur l'ensemble des étapes (mais dans 89 % des cas en première étape). Toutes les substances (animales, végétales et minérales) disponibles à proximité du campement peuvent servir de médicament. Mais, en médecine populaire tamacheq, quand un individu tombe malade, il faut en priorité le faire vomir, le purger pour nettoyer son « intérieur », ou trouver un calmant pour le soulager.

Les marabouts et les guérisseuses, qui sont en pratique les tradipraticiens dans ce milieu, deviennent de plus en plus rares : 4 guérisseuses seulement ont été rencontrées au cours de l'étude. Les marabouts sont consultés pour les maladies que l'entourage suppose causées par des diables (*alsbanan*), le mauvais œil (*teshort*) ou des sorciers (*tikrikawan*) ; on fait appel aux guérisseuses pour les maladies gynécologiques. Par contre chez les Haalpulaaren du Sénégal, malgré une importante tradition islamique, on a recours à des guérisseurs traditionnels « contre-sorciers », ce qui traduit une survivance de la croyance préislamique (Fassin, 1986 : 1122).

GRAPHIQUE 1: REPARTITION DES RECOURS SELON LE TYPE DE SOINS



INRSP

Pour les autres maladies, cette population nomade, dans la majorité des cas, préfère les soins modernes (surtout pour le *karzaley*, ou quand

la maladie est très grave), mais le recours est extrêmement rare à cause de certains facteurs (physiques, économiques et culturels) :

— le mode de vie nomade : cette population est très dispersée, très mobile, constamment à la recherche de l'eau et de pâturages, les deux éléments qui conditionnent la vie des éleveurs (cf. Rougemont, Brunet-Jailly, 1989 : 221) ; il lui est difficile de recourir aux services de santé, qui ne sont donnés que dans des centres fixes, au chef-lieu d'arrondissement. En outre, le problème d'hébergement se pose pour ceux qui ont fait le déplacement en vue d'obtenir des soins : il n'est pas rare de voir un malade demander toute la série des injections en un seul jour pour éviter d'avoir à revenir ou à séjourner au chef-lieu d'arrondissement.

— la distance, puisque les campements se trouvent éloignés des chefs-lieux d'arrondissement où travaillent les agents de santé.

— le paiement en espèces des consultations modernes (voir tableau 8), alors que même les ménages qui sont assez riches pour payer la consultation et les médicaments ne disposent généralement pas d'argent liquide, étant donné que les échanges se font en nature dans les campements. En outre, les ménages aisés sont rares, car cette population a été durement éprouvée par la sécheresse des années 1973 et 1984 : elle a perdu beaucoup de son bétail, qui constitue la seule richesse du milieu. Le pâturage se dégrade d'année en année, réduisant ainsi la majeure partie de la population à une pauvreté absolue ; ainsi, certaines estimations permettent de chiffrer à 80 % les pertes du cheptel en 1973 (Coulibaly, 1990 : 3) et une étude chez les Wodaabe (Bororo) du Niger a montré que seules 10 % des familles enquêtées avaient pu reconstituer un troupeau adéquat dix ans après la sécheresse de 1973 (Rougemont, Brunet-Jailly, 1989 : 231).

— l'exode rural, cause et conséquence de la pauvreté : les hommes abandonnent leurs femmes et leurs enfants, partent en direction de la Côte-d'Ivoire ou du Niger, pour chercher du travail, et tout le poids du ménage retombe sur la femme qui, selon la tradition, ne peut prendre aucune décision importante (par exemple, celle de se rendre à une consultation) en l'absence de son mari.

— la survivance d'un féodalisme générateur d'inégalités : les bergers, presque irremplaçables dans leur rôle de gardien des animaux, ont rarement accès aux consultations (qui supposeraient qu'ils s'absentent). De même, les soins que reçoivent les *bella* dépendants vivant avec leur maître sont subordonnés à l'utilité que ce dernier leur reconnaît.

— l'inadaptation des services offerts : les agents de santé exerçant dans le Gourma sont des hommes ; or les femmes (et spécialement les femmes nobles) n'acceptent pas de se faire soigner par un homme.

— une habituelle résignation : pour beaucoup de familles, c'est Dieu qui rend un homme malade, et c'est lui aussi qui le soigne ; et la mort d'une vieille personne est normale, c'est même la guérison ultime.

Nous allons maintenant aborder l'analyse des recours en fonction d'un certain nombre de caractéristiques socio-économiques des malades : leur sexe, leur âge et leur statut social. Pour interpréter ces chiffres, il sera utile de se référer au tableau 2, qui donne la répartition de l'ensemble des individus de l'échantillon (qu'ils aient reçu des soins ou non) selon ces mêmes caractéristiques.

Tableau 2

**Répartition de la population présente de l'échantillon selon l'âge, le sexe et le statut social des individus**

Statut social	Enfant (0-15ans)	Adulte homme	Adulte femme	Total
Noble ou assimilé	26	25	25	76
<i>Illelan</i> bas statut	26	16	13	55
<i>Bella</i> indépendant	65	32	44	141
<i>Bella</i> dépendant	23	7	14	44
Total	140	80	96	316

La répartition des recours aux consultations selon la classe sociale des malades apparaît dans le tableau 3.

En rapportant le nombre des épisodes qui apparaît dans la dernière colonne du tableau 3 au nombre d'individus d'après le tableau 2, on remarque que le nombre d'épisodes morbides signalés par les enquêtés varie selon la classe sociale : il est de l'ordre de 1,22 en moyenne, mais va de 1 pour les *illelan* de bas statut à 1,3 pour les nobles et assimilés, les *bella* se trouvant dans une position intermédiaire. En outre, tous les épisodes signalés ne donnent pas lieu à recours : ainsi, il y a recours pour 27 % des épisodes chez les nobles et assimilés (27 recours sur 100 épisodes), pour 23 % (13 recours sur 56 épisodes) chez les *illelan* de bas statut, pour 16 % chez les *bella* indépendants, et pour 11 % seulement chez les *bella* dépendants ; la différence entre les premiers et les derniers est significative (écart réduit : 2,52). Enfin, la proportion des épisodes qui donnent lieu à un recours aux soins modernes varie considérablement : elle est de 24 % chez les nobles et assimilés (qui semblent n'utiliser qu'exceptionnellement les services des marabouts et guérisseuses), mais de 4 % seulement chez les *bella* dépendants ; on peut encore remarquer que, si les nobles ou assimilés s'adressent presque exclusivement aux soins modernes, lorsqu'ils recourent

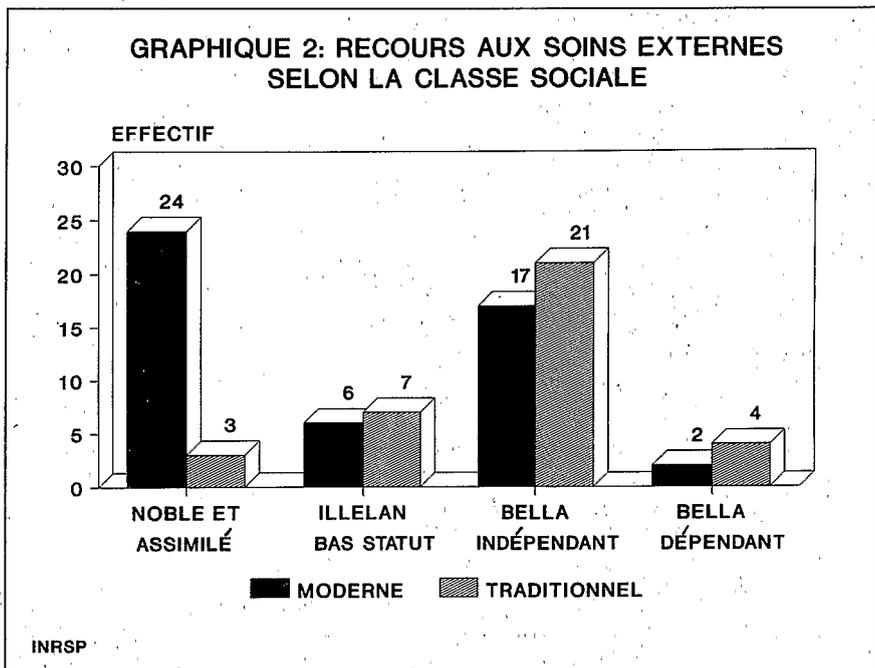
aux soins, les *illelan* de bas statut et les *bella* indépendants répartissent leurs recours à peu près par moitié entre soins modernes et soins traditionnels, alors que chez les *bella* dépendants les deux tiers des recours s'orientent vers les soins traditionnels. Il est probable que, chez les nobles ou assimilés, la plus grande fréquence des recours aux soins modernes s'explique par le fait qu'ils sont généralement plus riches et peuvent se procurer de l'argent en espèces pour payer les soins.

Tableau 3

**Recours aux consultations selon la classe sociale des malades**

classe sociale	modernes	traditionnelles	total épisodes
Noble ou assimilé	24	3	100
<i>Illelan</i> bas statut	6	7	56
<i>Bella</i> indépendant	17	21	176
<i>Bella</i> dépendant	2	4	53
Total	49	35	385

Le graphique 2 représente la répartition décrite par les chiffres des deux premières colonnes du tableau 3.



Malgré les conséquences des sécheresses, évoquées plus haut, la population tamacheq ne forme pas, actuellement, un groupe homogène sur le plan économique : toutes les familles n'ont pas été touchées de la même manière, et certaines ont pu reconstituer quelques troupeaux de différentes tailles.

Dans le tableau suivant nous avons réparti les ménages en riches (ceux qui possèdent plusieurs vaches et/ou chameaux : 9 ménages comptant 46 personnes), moyens (ceux qui possèdent plusieurs moutons et/ou chèvres : 22 ménages comptant 128 personnes) et pauvres (les 20 ménages qui ne possédaient que quelques petits animaux et vivaient quotidiennement de la cueillette, au total 142 personnes).

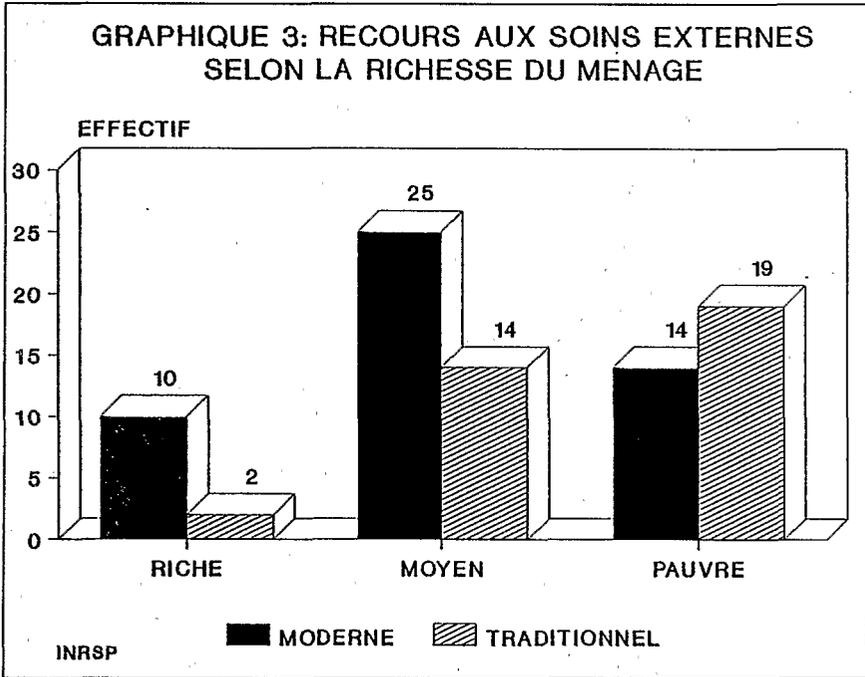
Tableau 4  
**Recours aux soins externes selon la richesse du ménage**

	modernes	traditionnels	total épisodes
riche	10	2	86
moyen	25	14	167
pauvre	14	19	132
Total	49	35	385

Source : Randall *et alii*, 1989, tableau 10.

Le graphique 3 illustre ces données.

Une différence significative a été relevée plus haut entre les nobles ou assimilés et les *bella* dépendants (cf. tableau 3) ; une autre apparaît ici entre les riches et les pauvres (cf. tableau 4) : les recours représentent 14 % des épisodes chez les riches, 12 sur 86, et 25 % chez les pauvres, 33 sur 132 (avec un écart réduit de 1,96). Mais, en même temps, on dénombre 1,8 épisode de maladie par habitant chez les riches, 1,3 seulement dans la classe des revenus moyens, et 0,9 chez les pauvres. Il y a donc une plus faible proportion de recours, mais une morbidité déclarée plus importante, chez les riches ; une plus forte proportion de recours, mais une morbidité déclarée plus faible, chez les pauvres. Ces différences de sens contraire ne sont pas d'interprétation facile. On comprend mieux que les pauvres s'adressent aux soins traditionnels pour plus de la moitié de leurs recours : ils ne disposent pas de liquidité et payent généralement en nature, ce qui n'est pas admis dans les services de santé moderne.



La répartition des recours aux soins externes selon l'âge du malade est fournie par le tableau 5.

Tableau 5

**Recours aux soins externes selon l'âge et le statut**

	Recours enfants	Total épisodes	Recours adultes	Total épisodes
Noble ou assimilé	4	32	22	68
<i>Illelan</i> bas statut	5	23	8	33
<i>Bella</i> indépendant	10	71	29	105
<i>Bella</i> dépendant	4	21	2	32
Total	23	147	61	238

Les enfants (moins de 15 ans), au nombre de 140 (cf. tableau 2), totalisent 147 épisodes et les adultes, au nombre de 176, déclarent 238 épisodes. Les adultes ont plus fréquemment recours aux soins externes que les enfants : pour 26 % des épisodes chez les premiers (61 sur 238) et 16 % chez les seconds (23 sur 147), la différence est significative (écart réduit = 2,29). Les parents sont responsables de la faible fréquentation des services de santé par les enfants : en raison de la distance, ce sont les parents qui doivent conduire leurs enfants dans une formation sanitaire, et c'est à eux qu'il incombe aussi de prendre les décisions et de s'engager à payer les frais qui en découleront.

Le tableau 6 donne les recours aux soins externes, selon le sexe du malade, pour les adultes.

Tableau 6

**Recours aux consultations selon le sexe chez les adultes**

	homme	femme
Noble ou assimilé	12	10
<i>Illelan</i> bas statut	4	4
<i>Bella</i> indépendant	8	21
<i>Bella</i> dépendant	1	1
Total	25	36

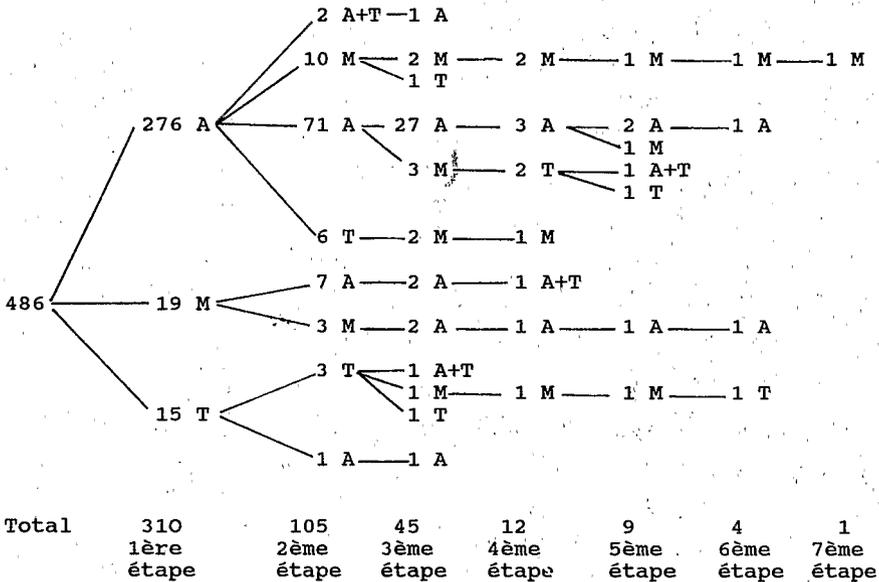
Comme on a dénombré 104 épisodes morbides chez les hommes et 134 chez les femmes, on ne constate pas de différence significative dans les taux de recours selon le sexe.

Dans la pratique, les recours que nous avons analysés ci-dessus s'organisent en itinéraires thérapeutiques : la maladie peut entraîner plusieurs recours, à des soins de type différent, et l'itinéraire thérapeutique est la séquence des recours entrepris par un malade donné pour faire face à une maladie donnée. L'ensemble des itinéraires thérapeutiques relevés au cours de l'enquête est représenté par l'arbre ci-après.

Dans cet arbre, dont nous avons éliminé les branches qui ne correspondent à aucune observation, les types de soins sont désignés par les lettres ci-dessous :

- A = automédication
- M = soins modernes
- T = soins traditionnels
- A + T = soins simultanés

Arbre de recours aux soins



Les chiffres indiquent le nombre de recours. Les chiffres qui concernent les soins simultanés doivent compter double, si l'on veut retrouver le total des recours en additionnant les chiffres figurant sur l'arbre.

A l'aide de cet arbre, on constate que l'automédication domine les étapes de recours assez largement, alors qu'à Bankoni, quartier populaire de Bamako, la prédominance de ce type de recours s'arrête à la première étape (Diarra *et alii*, 1990 : 85). On note aussi que, dans le Gourma, les itinéraires thérapeutiques sont plus longs (comptent un plus grand nombre d'étapes) qu'à Bankoni, où les recours faisant l'objet d'une troisième étape sont rares (Diarra *et alii*, 1990 : 85). A partir de ce genre d'observation, on pourrait par exemple se demander si les soins reçus en ville sont plus efficaces que ceux qui sont dispensés en milieu nomade.

Dans les deux cas, les soins simultanés (A + T), qui sont d'une importance négligeable en fréquence relative, concernent uniquement la médecine traditionnelle (T) et l'automédication (A).

## 2. Dépenses de santé

Sauf dans les campements où exerçait un secouriste, la population n'était pas informée du tarif de 200 F CFA, alors en vigueur dans toute la région, pour la consultation et les premiers soins durant une semaine (Randall, 1992 : 7). D'après les déclarations des enquêtés, les tarifs rencontrés en pratique varient beaucoup : 50 F chez une « femme toubab » (blanche) et chez un Père blanc français, 150 ou 200 F CFA chez les secouristes. Quelques malades ont déclaré avoir souvent payé plus de 5000 F CFA aux infirmiers et autres agents de la santé. Certaines personnes n'ayant pas eu d'informations récentes sur ces tarifs continuaient toujours à penser que la médecine moderne était très chère, et par conséquent ne la fréquentaient pas.

Nous avons regroupé les dépenses de santé suivant le type de soin : automédication (il s'agit alors du coût des ingrédients pour la préparation des médicaments domestiques), soins modernes (consultations et achats de médicaments), soins traditionnels, et nous avons isolé les dépenses de sacrifices. Pour chaque type de soins, nous avons considéré le mode de paiement : en espèces ou en nature.

D'après nos observations, la médecine traditionnelle est la plus chère. Ainsi, une guérisseuse traite certains maux des yeux à 50 000 F CFA, tarif unique ; les parents d'une malade ont payé deux chameaux, plus 10 vaches, à un marabout. L'auteur d'une étude antérieure en milieu tamacheq (Le Jean, 1986 : 32) a fait des observations similaires : pour une durée moyenne de 15 jours, le prix du traitement traditionnel est de 7 500 F CFA, mais il atteint 35 000 F CFA en cas de déplacement du guérisseur pour une durée indéterminée.

La médecine traditionnelle semble par ailleurs être mieux adaptée : les paiements peuvent se faire en espèces et/ou en nature, au comptant ou à tempérament ; les prix sont négociables et le paiement ne sera demandé qu'après constatation d'un bon résultat ; le guérisseur reçoit chez lui les malades, mais il se déplace également (Le Jean, 1986 : 28) ; et, évidemment, cette médecine est aussi la plus familière.

Concernant les dépenses effectuées en nature, les animaux s'expriment en nombre de têtes, les grains en kilogrammes, en sacs, en *ana-fara* (mesure locale tamacheq), en pots, en "tasses", en verres, ou en vans ; le lait et le beurre sont mesurés en litres ou en outres. Nous avons comptabilisé ces dépenses en appliquant à chaque article le prix pratiqué sur le marché local.

Pour les dépenses de santé effectuées en espèces, nous aboutissons à une estimation de 206 935 F CFA pour l'ensemble des épisodes de dernière maladie, soit une dépense moyenne de 678 F CFA par personne. Dans les tableaux 7 et 8, les dépenses en nature sont décrites et leur valeur est estimée en francs CFA.

**Tableau 7**  
**Estimation en valeur des dépenses effectuées en nature**  
**pour les 305 épisodes de dernière maladie**

Nature	Quantité	× prix unitaire	valeur en F CFA
Chameau	2	× 125 000	250 000
Bovin	12	× 100 000	1 200 000
Caprin	108	× 4 500	486 000
Ovin	6	× 6 000	36 000
Poulet	10	× 600	6 000
Fonio	3 vans 14 mesures 48 kg 2 sacs 2 "tasses"		
	soit 306 kg	× 75	22 950
Cram-cram <sup>1</sup>	10 kg	× 100	1 000
Lait	1 outre		
	soit 12 litres	× 100	1 200
Mil	2 kg		
	soit 2 pots 4 kg	× 100	400
Sucre	1 kg	× 300	300
Pagne	1	× 3 000	3 000
Voile	1	× 5 000	5 000
Tabac	2 verres	× 100	200
Fromage	1 "tasse"		
	soit 25	× 75	1 875
Beurre	7 litres	× 1 250	8 750
Tassutit <sup>2</sup>	1	× 2 500	2 500
Outre	1	× 1 500	1 500
Thé	100 g		
	soit 1 paquet	× 500	500
Total des dépenses			2 027 175

Pour payer des soins, on utilise fréquemment une chèvre, animal le plus commun dans le Gourma (généralement chaque ménage en possède au moins une). On utilise aussi beaucoup le fonio, graine sauvage très largement récoltée par les nomades.

(1) *Cenchrus biflorus*, graine sauvage comestible très fine, comme celle du fonio.

(2) Sorte de natte en paille tressée, qu'on dresse entre le sol et le bas de la tente pour se protéger du vent.

Les dépenses en nature consacrées à la santé, pour le traitement des mêmes épisodes de maladie et pendant la même période, représentent, en ordre de grandeur, dix fois les dépenses en espèces.

Tableau 8  
Répartition des dépenses de santé par type de soin  
pour les 305 épisodes de dernière maladie

- Automédication :	
espèces	5 285 F CFA
nature	1 verre de tabac
- Soins modernes :	
espèces	108 850 F CFA
nature	0
- Soins traditionnels :	
espèces	92 800 F CFA
nature	chameau : 2
	bovin : 10
	caprin : 19
	fonio : 2 sacs, 10 kg, 8 mesures
	thé : 100 g
	lait : 1 outre
	mil : 2 pots
	sucre : 1 kg
	pagne : 1
	voile : 1
	tabac : 2 verres
	fromage : 1 tasse
	beurre : 7 litres
	<i>tassutit</i> : 1
	outre : 1

Cette longue liste d'articles variés, utilisés pour payer un service rendu, atteste que nous sommes dans une société de troc où chaque bien, quelle que soit sa nature, peut jouer le rôle de monnaie. Un service qui devrait être rémunéré uniquement et immédiatement en monnaie s'adaptera difficilement à une telle société.

La dépense moyenne par recours est de 2 221 F CFA pour 49 recours aux soins modernes, et de 42 040 F CFA pour 35 recours aux soins traditionnels.

### 3. Les sacrifices

Les sacrifices, très courants, isolés ou accompagnés d'autres soins, sont considérés comme efficaces pour l'amélioration de l'état d'un malade. On a dénombré pendant notre enquête 94 cas de sacrifices occasionnés par la maladie. En fréquence relative, 52 % de ces cas sont le fait de *bella* affranchis. L'objet et/ou l'animal sacrifié dépend de l'état de gravité de la maladie et du pouvoir économique du malade et/ou de ses parents.

Les sacrifices qui ont été effectués uniquement pour la maladie et dont les montants sont connus se répartissent comme suit :

bovin	2
caprin	89
ovin	6
coq	10
cram-cram	10 kg
mil	2 kg
fonio	3 vans, 38 kg, 6 mesures, 2 tasses.

Soit une valeur totale de 648 500 F CFA pour les 94 sacrifices enregistrés, et donc une valeur moyenne par sacrifice de 6 899 F CFA.

Les animaux sacrifiés sont égorgés, car, pour un Tamacheq, faire un sacrifice d'animal, c'est verser le sang.

### 4. Discussion et conclusion

Le premier trait marquant des soins est la prédominance de l'automédication (83 % des cas) par rapport aux autres types de soins. Ce même phénomène a aussi été observé, mais toutefois dans une moindre mesure, chez les habitants de Bankoni, quartier populaire de Bamako, où l'automédication représente 56 % des premiers recours aux soins (Diarra *et alii*, 1990 : 87) ; il est encore présent, mais beaucoup plus faible, à Bamako également, dans des familles de fonctionnaires (enseignants ou agents du ministère de la culture) : les recours à l'automédication représentent 21 % des recours de première intention et 28 % du total des étapes des itinéraires thérapeutiques (Traoré, Diakité, 1991 : 8).

Dans le Gourma, comme ailleurs au Mali, les guérisseurs traditionnels deviennent de plus en plus rares. En outre, sont-ils moins fréquentés qu'ailleurs parce que le recours à la médecine traditionnelle coûte ici considérablement plus cher que le recours à la médecine moderne ? Les moyennes que nous avons observées sont respectivement de

42 040 F CFA et de 2 221 F CFA. Cela s'explique par les cas de maladies imputées à des diables, sorciers ou mauvais œil, qui conduisent à des soins coûteux, relevant des tradipraticiens.

Le coût d'un recours à la médecine moderne, bien qu'étant faible par rapport à celui du recours à la médecine traditionnelle, reste tout de même très élevé au regard du tarif officiel dans cette région : 2 221 F CFA en moyenne par recours, d'après notre enquête, alors que le tarif des formations sanitaires publiques pour une semaine de traitement est, en principe, fixé à 200 F CFA. Deux explications éventuellement concomitantes s'imposent : soit les agents de santé demandent plus que prévu, soit les malades achètent ailleurs les médicaments non disponibles au dispensaire.

Les nobles et assimilés ont plus recours aux soins externes que les autres classes sociales. Cela s'explique par le fait qu'ils sont relativement plus riches et disposent du moyen de transport le plus adapté au Gourma (les chameaux). L'accès aux marchés leur permet de résoudre le problème de liquidité, et le déplacement vers un dispensaire leur est alors relativement plus facile. Dans certains cas, ils peuvent faire venir l'infirmier en lui envoyant un chameau.

Il aurait été intéressant de connaître la part des dépenses de santé dans le budget des ménages. Ceci nous aurait permis d'apprécier l'importance qu'on accorde aux problèmes de santé ; malheureusement nous n'avons pu recueillir aucune information sur les dépenses totales des familles.

Le système de santé étatique est mal adapté aux réalités sociales, culturelles, économiques et géographiques de ce milieu :

- les agents de santé qui y travaillent ne comprennent pas la langue du milieu ;
- les dispensaires sont fixes, établis dans les chefs-lieux d'arrondissement, alors que la population nomadise ;
- le paiement se fait uniquement en espèces dans le service de santé moderne, alors que survit dans ce milieu une économie de troc ; selon notre enquête, 91 % des dépenses de santé sont faites en nature ;
- les agents de santé sont généralement des hommes qui, selon la tradition du Gourma, ne peuvent pas soigner les femmes.

Dans les campements où le processus de sédentarisation est déjà amorcé autour de certaines activités de l'AEN (jardinage, puits, centre d'alphabétisation fonctionnelle, magasin de céréales), les contraintes culturelles de la coutume sont moins marquées.

Si l'on veut améliorer la fréquentation des services de santé, diverses mesures seraient indiquées (pour plus de détail, voir le chapitre 11) :

- renseigner la population, par un effort spécifique permettant d'atteindre effectivement les campements, et dans les campements les femmes aussi bien que les hommes, sur les services offerts et les conditions de fonctionnement actuelles des services publics de santé ;
- former et mettre à la disposition de la population nomade un personnel para-médical nomade, composé de femmes et d'hommes ;
- favoriser la création, dans chaque campement qui en aura compris l'intérêt et qui sera capable de l'organiser et de la gérer, d'une caisse communautaire pour les dépenses de santé, caisse où les familles verseront une provision en espèces lorsqu'elles auront vendu quelque produit au marché, et à laquelle elles pourront emprunter, en cas de maladie, les espèces nécessaires au paiement des soins modernes ;
- approvisionner les services de santé publics en médicaments essentiels achetés aux prix le plus bas et vendus à prix coûtant ;
- si possible, intégrer les activités de santé dans les activités économiques et sociales entreprises au Gourma.

## RÉFÉRENCES

- BRUNET-JAILLY J., DIARRA T., SOULA G. (1988) : *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale*. Compte-rendu d'une enquête réalisée entre avril 1986 et juillet 1987 dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla, Kangaba, I.N.R.S.P., Bamako, 1988, 99 p.
- COULIBALY C. (1990) : « La question touareg », *Le Cauris*, Bamako, 2, août-septembre 1990.
- DIARRA T., DIAKITÉ B.D., TRAORÉ S., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni, Etude socio-économique et sanitaire*, vol. 1, I.N.R.S.P., Bamako, 1990, 150 p.
- FASSIN D. (1986) : « La Bonne mère. Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal », *Social Science and Medicine*, 23, 11, 1986, pp. 1121-1202.
- LE JEAN Y. (1986) : *Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la région de Tombouctou*, thèse de médecine, Paris, 1986, 114 p.
- RANDALL S. C., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Enquête socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, I.N.R.S.P., Bamako, édition révisée, octobre 1989, 106 p.
- RANDALL S.C. (1992) : *L'utilisation des sciences sociales pour bâtir des interventions sanitaires appropriées : le cas de l'AEN au Gourma (Mali)*, avril 1992, 16 p. - Cf *infra*, chapitre 11).

ROUGEMONT A., BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin, Paris, 1989, 752 p.

TRAORÉ S., DIAKITÉ B.D. (1991) : *Comparaison de la consommation médicale d'un quartier populaire à celle des familles de l'enseignement et de la culture à Bamako (Mali)*, communication présentée au Colloque de géographie et socio-économie de la santé, Paris, 23-25 janvier 1991, version révisée pour publication, février 1991, 18 p.



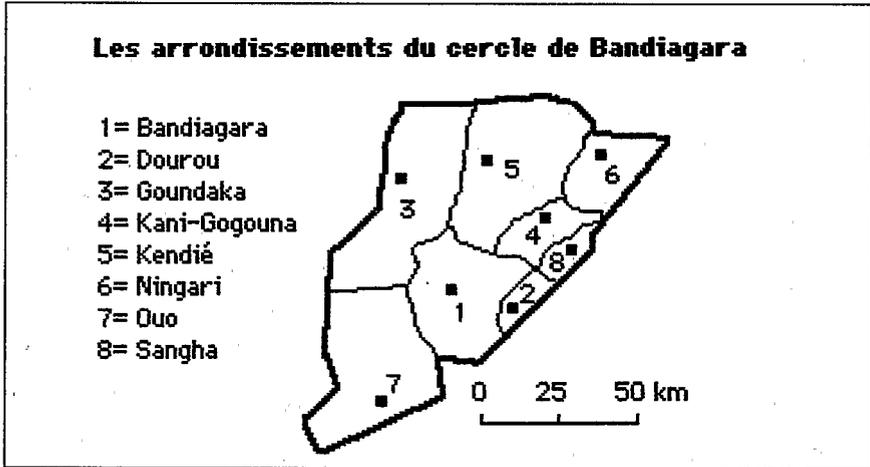
## Les services de santé du cercle de Bandiagara

par Sidiki TINTA

Le difficile contexte national et international pour les pays d'Afrique au sud du Sahara (poids de la dette, ajustement structurel, sous-développement économique et social...) est au premier plan des obstacles actuels pour faire fonctionner des services de santé censément accessibles aux populations : témoin, au cours de la dernière décennie, une fréquentation non seulement faible, mais encore décroissante. Nous avons essayé de préciser les causes de ce phénomène en observant le cas du cercle de Bandiagara, au Mali (voir carte p. 250). Ce cercle, d'une superficie de 7 500 km<sup>2</sup> compte environ 183 000 habitants, dont 95 % de Dogon. L'agriculture constitue la base de l'économie et occupe 93 % de la population. Il s'agit essentiellement de la culture du petit mil, bien que, depuis 1970, le maraîchage se développe autour de petits barrages construits avec l'aide de diverses organisations non gouvernementales (ONG). La sécheresse persistante a rendu plus que jamais capital le problème de l'eau, et entraîné un exode rural de plus en plus massif. L'infrastructure routière est très mal développée. Le plateau est rocailleux avec une altitude moyenne de 300 à 600 mètres (Anonyme, 1985).

C'est dans le cadre d'une étude entreprise, en 1989, à la demande et grâce à un financement de la GTZ (agence allemande de coopération apportant son appui aux soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara) que nous avons rassemblé les données nous permettant une réflexion sur le thème de la fréquentation des centres de santé du cercle de Bandiagara.

Les responsables du programme de soins de santé primaires se sont en effet inquiétés de la faible fréquentation des services de santé moderne et se sont interrogés sur ses causes. Afin d'orienter leur



programme, ils ont souhaité avoir de plus amples informations sur le fonctionnement de ces services, mais aussi sur les conduites habituelles de la population dogon en matière de santé. Il faut souligner ici que, malgré l'abondance de la littérature sur la civilisation dogon, bien des points restent encore à élucider sur les représentations et comportements des Dogon en matière de santé.

De nos investigations il ressort que deux catégories essentielles de motifs sont à la base d'une faible fréquentation des formations sanitaires. Les premiers, bien connus, concernent le manque de moyens engendrant une mauvaise qualité des prestations fournies dans les services de santé, et nous n'y reviendrons qu'à la fin de ce chapitre. Car nous estimons plus importantes les raisons d'ordre culturel, qui tiennent à ce que la médecine moderne n'intervient pas sur un terrain vierge, mais s'est installée dans un milieu qui avait ses propres pratiques en matière de santé. Dans cette cohabitation, il semble qu'il y ait de grandes difficultés réciproques d'adaptation, qui se manifestent de multiples façons : à travers le processus de prise de décision en matière de santé, dans les représentations autochtones de la maladie, dans les conduites habituelles en cas de maladie, et dans les formes de la concurrence entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Ces divers aspects de la situation méritent un examen attentif.

### **La prise de décision en matière de santé**

Dans la communauté dogon, c'est en famille que sont affrontés les problèmes de la santé individuelle et collective. Il existe un réseau

de responsabilité, fondé sur les liens de parenté, et cette solidarité se manifeste à l'occasion de certains événements comme, par exemple, la prise en charge d'un malade.

La prise de décision incombe le plus souvent au chef du lignage, *ginna bagna* (1), ou au chef de famille, *ginè bagna* ! (2). Mais d'autres facteurs tels que le statut social du malade (position de parenté et d'âge), sa capacité d'assumer directement les dépenses, de mobiliser ses propres ressources ou celles d'autrui, la nature du mal, etc., peuvent intervenir dans la désignation sociale du décideur. La décision peut aussi être collective, par exemple dans le cadre d'un conseil de famille » (3). Ce dernier intervient en particulier dans les cas d'impuissance sexuelle, de sortie inopinée de la « maison des femmes menstruées » (4), de « maladie incurable » (5), ou en cas de maladie d'un vieillard.

Ainsi, le statut social du (de la) malade et les rapports de domination/dépendance qui s'y rattachent prédéterminent la désignation du « décideur » (Tinta, Pairault, 1990 : 17-19) et l'importance des ressources à mobiliser. Par exemple, l'enfant qui n'a pas atteint quatre ou cinq ans n'est pas considéré comme une « personne » (6), et l'assistance familiale dont il bénéficiera en cas de maladie sera moins importante que celle qui sera régulièrement accordée à un vieillard de 80 ans. Ne dit-on pas, d'ailleurs, lorsqu'un enfant meurt en bas âge, « Si l'eau est versée mais que reste la jarre, Dieu merci ! », pour signifier que la mort de l'enfant importe moins que la vie des parents, car s'ils restent en vie, ils auront d'autres enfants ? De même, la décision de recours concernant l'enfant, jusqu'à l'âge du mariage, appartient d'abord à sa mère, qui doit tout de même prendre conseil auprès de certaines personnes (mère, ou sœur aînée du mari...). Le père n'interviendra qu'en cas de recours externe entraînant des dépenses importantes. Au contraire, dans le cas d'un aîné social, la décision de recours est généralement prise soit par le chef de famille soit par le chef de lignage, ou même par le conseil de famille. Les ressources mobilisées sont celles du malade et/ou de la famille, *ginè*, ou du lignage, *ginna*. Ainsi, plus on s'élève dans

(1) Contraction de *ginè na bagna*, de *ginè*, maison, famille, *na* = grand, mère, originel, *bagna* = maître ; la formule désigne donc le responsable de la grande famille lignagère. Sur les graphies dogon ici utilisées, voir la note (18).

(2) C'est le chef d'un groupe domestique indivis (cf. Tinta, Pairault, 1990).

(3) *ba-ulum moondu*, de *ba-ulum* = pluriel de *ba-i* = enfant du père ; le syntagme désigne principalement les hommes ayant une ascendance paternelle commune ; et *moondu* = assemblée.

(4) *ya punun ginè*, de *ya-punun* = femmes en règles + *ginè* = maison ; cette sortie a lieu en cas de règles si douloureuses qu'on redoute une issue fatale.

(5) *jun bajugu bèmoo lè*, de *jun* = mal, maladie + *bajugu* = guérir + *bèmoo* = pouvoir + *lè* = négation (exemples : la lèpre ; l'épilepsie).

(6) Cet âge est celui auquel l'enfant considéré acquiert son *giru-giru* ; le *giru-giru* est l'enfant qui suit son aîné immédiat à deux ou trois ans d'intervalle.

l'échelle des statuts, plus la structure sociale et les ressources mobilisées sont importantes, et inversement, le niveau de cette mobilisation diminue d'autant plus que le malade est plus jeune.

L'explication de ce phénomène est simple. Normalement, la prise en charge d'un enfant malade incombe d'abord à ses ascendants directs, père et mère, puisqu'on suppose que ce malade n'a encore ni ressources propres ni descendants susceptibles de lui venir en aide. Eventuellement, si ses ascendants directs n'ont pas de moyens, et si dans sa parenté certains ont les moyens d'intervenir mais refusent de le faire, on peut user de la force de pression que sont les neveux utérins (enfants des sœurs et cousines) : ces derniers peuvent obliger le chef de lignage à prendre en charge, dans la mesure de ses moyens, l'enfant malade. Eventuellement, les neveux utérins (qui peuvent être les petits neveux du chef) pourraient menacer ce dernier, s'il ne s'exécutait pas, de casser la jarre des ancêtres. Comme il en est le gardien, il mourra si on la casse, et par conséquent il préférera s'exécuter.

Mais ce chef de lignage est lui-même, dans la société traditionnelle, responsable des biens et personnes de toute la communauté. S'il vient à tomber malade, il peut dans certaines conditions faire usage de tous les biens sous sa garde, et tous ses descendants sont moralement tenus de lui apporter leur concours, au risque de subir une lourde réprobation sociale dans le cas contraire. Certes, sous l'effet de l'islam et du christianisme, la grande famille s'effrite au profit de la famille nucléaire. Même dans ce contexte, cependant, les relations parentales se réactivent à l'occasion de la solidarité qui se manifeste pour la prise en charge d'une vieille personne malade. Et cette solidarité peut aussi jouer en défaveur du malade, lorsqu'il est l'auteur d'une faute grave mettant en danger la vie de la société : ainsi, à Dourou, un homme qui devint fou après avoir détruit la « maison des femmes menstruées », dont l'inviolabilité est sacrée, mourut sans aucune assistance familiale.

A cela, il faut cependant ajouter que, chez les Dogon comme dans beaucoup d'autres sociétés, le statut social de « malade » n'est reconnu que par référence aux valeurs qui, dans ladite société, définissent le normal et le pathologique, en l'occurrence les représentations de la maladie.

### **Des représentations de la maladie**

Dans la pensée populaire dogon, la maladie est un « étranger » (7) qui trouble la quiétude des hommes. Généralement, la maladie est interprétée comme le signe d'un désordre social : elle serait la négation de

---

(7) *jun ozu galanèi*, de *jun* = mal, maladie + *ozu* = route + *galanèi* = passant.

l'état de paix ou « paix-santé » (selon l'expression de J. Bouju, *in* Tinta, Pairault, 1990) dans un système circulaire qu'on peut se représenter comme suit :

... la paix-santé (*jam*) > engendre la force (*pagna, sèmbè*) > génératrice de l'ordre des choses de la vie et du monde (*alapè*) et de pureté (*puroolu, lègèli*) > entretenant la paix-santé (*jam*)...

Inversement :

... l'impureté, la souillure (*yama*) > engendré le désordre (*alapè kooroo*) > générateur de faiblesse (*pagna/sèmbè kooroo*) > créant l'état de douleur (*jun*) > détruisant la paix-santé...

Le rétablissement de la paix rompue résulte de l'intervention du « tradipraticien » (8), chargé de diagnostiquer (lorsqu'il est devin) et/ou de traiter (lorsqu'il est devin-guérisseur ou seulement guérisseur) la maladie, de prévenir tout autre malheur ou de favoriser le bonheur de son client. Il doit rétablir la paix-santé, en traitant le mal qui l'avait chassée. Alors, la nature sociale de la maladie justifie qu'on y apporte une cure sociale. L'exemple de l'interdit du python le montre bien.

Le python (*na*) est le « grand interdit » (*dama gara*) du clan Karambé : ce serpent fut, semble-t-il, un allié de l'ancêtre Karambé, et pour cette raison, aucun membre du clan ne doit faire de mal à un python ; au contraire, il doit lui offrir un sacrifice chaque fois qu'il en rencontre un. En contrepartie, le python ne mord pas un membre du clan. Si cela se produit, alors le mal sera beaucoup plus profond qu'une simple morsure, et il signifiera que la victime ou l'un de ses ascendants aura violé l'interdit et se sera donc rendu « impur ». Cette notion d'impureté, de souillure, est culturelle : elle signifie que celui par la faute duquel le désordre social est arrivé paye sa culpabilité de la perte de sa qualité d'« homme » auprès de ses concitoyens ; et il ne la retrouvera que lorsque la faute à l'origine de la « souillure » aura été réparée. Il s'agit d'une souillure lourde de conséquences, car elle est contagieuse : si l'auteur ne répare pas, ses descendants, dans certains cas, et tout le lignage dans d'autres, pourraient être porteurs de l'« impureté ».

On peut appliquer ici la théorie de la « pluralité causale » exposée par A. Zempléni (1986 : 15 sq.), qui distingue cause, agent et origine de la maladie. Dans l'exemple du boa, la cause est la morsure du serpent, l'agent est le serpent lui-même, mais l'origine est la transgression de l'interdit du boa. Dans ces conditions, il faut non seulement traiter la blessure, mais surtout réparer, par des rites appropriés, la faute qui l'a provoquée. Par suite, le rôle du spécialiste traditionnel sera d'assurer à la fois le traitement symptomatique (par exemple soigner la plaie

(8) Selon les cas, on parle communément de « guérisseurs » (hommes ou femmes), de « prêtres d'autel ancestral », de « marabouts », de « matrones », ou d'« accoucheuses », etc. (Tinta, Pairault, 1990 : 7).

laissée par la morsure du serpent) et le traitement étiologique (faire disparaître la cause de la morsure). Ce dernier est le plus important, il pré-sage des moyens et du résultat de la lutte contre la maladie, car « les thérapies que l'on trouve dans toute société découlent généralement des principales croyances en matière de causalité qui sont à l'origine du traitement » (Foster, 1983).

Il faut souligner que la théorie de A. Zempléni s'applique d'abord aux maladies dues à la transgression d'un interdit (notre exemple) et, dans certains cas, aux maladies dues aux sorciers et aux génies. Mais, alors, l'origine de la maladie peut être une simple contingence (rencontre avec un vent chargé de mauvais génies) ou bien une faute de la victime (qui par exemple sera entrée délibérément dans un lieu « hanté »). Toutefois, même dans le cadre des maladies de transgression où la théorie s'applique systématiquement, la sanction est tempérée suivant que la faute est intentionnelle ou découle d'une simple inattention.

L'étiologie dogon renvoie principalement à quatre catégories « causales » (cf. Zempléni, 1986 : 27-28) : Dieu (*Amba*), le sorcier (*dauru* ou *dugo*), la transgression d'un interdit ancestral et les génies. Ces catégories se combinent avec un classement en causes chaudes et causes froides ; et selon que la cause est « chaude » ou « froide », la maladie est dite « chaude » (*oogu*) ou « froide » (*kelu*). Le consensus local développe cette dichotomie de la façon suivante :

cause chaude > maladie chaude = maladie mâle > décours rapide ;  
cause froide > maladie froide = maladie femelle > décours lent.

Chaque maladie a une forme « chaude » et une forme « froide ». S'il est sûr que cette forme n'a pas un impact direct sur le type de recours (moderne ou traditionnel), elle influe sur la rapidité du recours, puisque la consultation de spécialistes (traditionnels ou/et modernes) est beaucoup plus prompte dans le cas d'une maladie « chaude » que dans celui d'une maladie « froide ».

Les spécialistes tiennent grand compte de cette distinction dans leur diagnostic, puisqu'elle est fondamentale pour le traitement : la maladie « chaude » appelle un traitement « chaud » qui en viendra rapidement à bout, alors que pour la maladie « froide », qui s'installe lentement, le traitement « chaud » paraît inefficace, puisque la maladie durera avant d'être vaincue. Il faut donc un traitement adapté au rythme de la maladie.

La forte proportion de recours à l'automédication peut s'expliquer en partie par l'idée répandue que la maladie est honteuse, ou source de honte, mais aussi par la façon brutale dont les spécialistes traditionnels ont été traités (nous reviendrons sur ce dernier point).

La maladie est honteuse justement parce qu'elle peut être causée par la transgression d'un interdit. Dès lors qu'on se décide à consulter

un devin, on sait que la faute commise sera connue de tous, ne serait-ce que par les procédures de purification qu'implique la thérapie. La maladie est source de honte, aussi, dans la mesure où le diagnostic du devin risque de l'avérer contagieuse : ceci peut conduire, dans le plus bénin des cas, à des mesures d'évitement à l'égard du malade (et de sa famille), et au pire à son exclusion du village.

Pour cette raison, les Dogon tardent à se déclarer malades ; ils préfèrent prévenir. La prévention est assurée principalement par l'« évitement des interdits » (9) et le respect des « pratiques ancestrales » (10). En respectant ces règles de prévention, on se protège de la « souillure » (*yama*), ce qui permet d'augmenter sa propre force et aide à ne pas tomber malade. Ainsi, comme la maladie exprime généralement le viol d'un interdit, le respect des traditions est en soi une garantie contre la maladie, laquelle n'est pas seulement un dysfonctionnement physique, mais le signe d'un désordre social.

### Des interprétations aux conduites en cas de maladie

En cas de maladie, l'itinéraire normal commence par l'automédication et se poursuit, si la situation ne s'est pas améliorée, par la consultation de spécialistes traditionnels ou/et d'agents de la santé moderne. Les taux de recours à l'automédication, aux spécialistes traditionnels et aux services modernes de santé ont été estimés respectivement à 50,7 %, 16,1 % et 19,4 % (Coppo, Keita, 1990 : 20,31,32).

Le substrat des traditions ancestrales continue de fonder, à Bandiagara, les pratiques concernant la santé humaine. Le Dogon de Bandiagara est un rural sédentaire, fréquentant peu les services de santé modernes. Il reste confiant dans la médecine traditionnelle, dont les fondements socio-culturels reposent sur une expérience ancestrale. La « médecine du Dogon » s'est longtemps suffi à elle-même pour tenter de protéger, maintenir et améliorer la qualité de la vie de ce peuple. Elle est pratiquée par des spécialistes, que leur communauté estime compétents. Dans cette communauté, n'est pas tradipraticien qui veut, comme le signale clairement la distinction entre le « guérisseur » (*jognu-gnoognoonè*) et « celui qui mime » ou *dabu kananè* (11) : le premier

(9) *dama ta*, de *dama* = interdit + *ta* = éviter, dans le sens de respecter ce qu'il faut faire ou ne pas faire.

(10) *oze yege*, de *oze* = ensemble des pratiques, coutumes + *yege* = arranger, organiser.

(11) La distinction porte sur le mode d'acquisition du savoir : le guérisseur acquiert son savoir par hérédité ou révélation (assimilée à un don de Dieu). Celui qui mime "fait semblant" ; il est généralement considéré comme un simple marchand ambulancier : tout juste lui achète-t-on quelques plantes médicinales connues du milieu.

bénéficie d'un don conféré par Dieu, ou d'un héritage légué par ses ancêtres, alors que l'autre n'est qu'un intrus dans un domaine qui n'est pas habituellement le sien dans la société.

La situation du second est semblable à celle que décrit G.M. Foster dans un autre contexte : celui des « phytothérapeutes et autres thérapeutes tels que les *curanderos* de la pathologie humorale latino-américaine », dont les connaissances des propriétés des plantes et les compétences en matière de traitement sont acquises généralement auprès de tradipraticiens plus âgés ; leurs soins sont cependant considérés comme strictement limités par le fait que « l'élément surnaturel ou magique n'appartient pas à leur répertoire, ce qui est significatif du point de vue de ce que le malade attend du thérapeute » (Foster, 1983 : 20). Considéré comme bénéficiaire d'un don conféré par les ancêtres ou par Dieu pour le bien de la communauté, le guérisseur et son patient se trouvent dans une communion de croyances partagées. C'est pourquoi, par exemple, les incantations proférées par le tradipraticien, ou les gestes qu'il accomplit, sont admis par les consultants comme ceux-là même d'une autorité connue pour jouer le rôle d'intermédiaire entre les forces du mal et les puissances surnaturelles. Pour certains (Koumaré, 1983), d'ailleurs, il faut parler de « puissance du verbe » plutôt que d'« incantation », ce dernier terme étant jugé péjoratif, alors que la première serait une des particularités de la médecine traditionnelle africaine.

L'« efficacité » (12) thérapeutique est ici avant tout d'origine symbolique, puisque l'attente du malade va au-delà du traitement symptomatique. Quand il consulte, c'est pour rétablir un certain équilibre social rompu à travers sa personne. Pour ce faire, il faut rechercher l'« origine » de la maladie, et la vaincre, car un traitement symptomatique n'aurait qu'un effet temporaire ; il faut donc un traitement radical, qui, dans des « communautés où domine le modèle de l'équilibre » (Foster, 1983 : 20), sera toujours l'occasion de cérémonies et de gestes rituels.

Considérons le cas d'une femme qui décède en couches en milieu dogon. Cet événement est éminemment grave, parce qu'il fait peser une menace sur toute la communauté : une telle mort est interprétée comme la sanction des ancêtres à l'égard d'une communauté qui a failli à ses obligations vis-à-vis d'eux, par exemple en omettant de faire les sacrifices qu'ils attendent. Ainsi offensés, les ancêtres choisissent de rappeler à l'ordre cette communauté, à travers l'un de ses membres ; pour ce faire, ils jettent la « souillure » sur un homme marié qui sera atteint jusqu'aux organes de procréation, et cette « semence souillée » transmettra alors une pathologie mortelle à l'occasion de chaque rapport

---

(12) Le mot est pris ici au sens de « résultats obtenus » ; l'efficacité concerne l'économie des moyens mis en œuvre pour atteindre ces résultats (voir l'épilogue de ce livre).

sexuel avec une femme, cette dernière n'ayant aucune chance de survivre. Pour arrêter la propagation du mal, deux mesures s'imposent ; il faut d'abord que l'homme se débarrasse de sa « semence souillée », ce qu'il ne pourra faire qu'en parvenant à violer une femme d'une autre communauté dans la brousse (jadis, une femme peul ; aujourd'hui il se rendra à la ville dans une maison de tolérance) ; il faut ensuite « purifier » le corps souillé lui-même, ce qui sera fait par des rites appropriés, *godujalè* (de *godu*, corps, et *jalè*, effleurer pour purifier).

Cet exemple montre bien la différence entre l'interprétation de la maladie par la tradition et par la biomédecine. Alors que le médecin moderne interroge le corps biologique pour comprendre la maladie dans l'ordre biologique, le tradipraticien interpelle le corps social. A partir de là, d'aucuns affirmeront (Foster, 1983 : 22) que, dans le diagnostic et le traitement, la médecine traditionnelle, éventuellement regardée comme « holistique », prend en compte aussi bien les facteurs psychosociaux que les facteurs cliniques, cependant que la médecine moderne privilégie les aspects cliniques de la maladie.

Il n'est donc pas étonnant qu'au sein des sociétés traditionnelles, les rites occupent une place de choix dans les schémas thérapeutiques. Parfois, c'est le malade lui-même qui réclame l'accomplissement des gestes, ou bien c'est un parent. Tel celui qui accompagne son fils malade chez un tradithérapeute de Bandiagara, et qui, à la fin du traitement, signale au guérisseur qu'il a omis un rituel consistant à asperger d'eau le patient. Peut-être ce parent est-il un habitué, mais son comportement montre qu'il y a une part d'autodiagnostic de la maladie, ou bien une forme d'évaluation de la qualité du traitement par le malade ou par ses proches. Faut-il alors comprendre que le malade consulte tel thérapeute d'abord et surtout en fonction de ses attentes, et des connaissances qu'il a des pratiques du guérisseur ? Ceci est d'autant plus vraisemblable que les Dogons n'ont plus en face d'eux un seul système médical, mais au moins deux, dont l'un nouveau et l'autre traditionnel, qui sont ouvertement en concurrence.

### **La concurrence entre les médecines**

L'introduction de la biomédecine s'est faite à la faveur de la colonisation. Perçue comme un apport du colonisateur, elle a été immédiatement qualifiée de « médecine de l'étranger ». A cause de ses méthodes, et notamment de l'enregistrement individuel auquel elle procédait, elle a été mal admise par la population, qui y voyait un moyen de recruter les enfants scolarisables et les futurs imposables. Ce rejet immédiat aurait pu être évité si l'introduction d'une médecine nouvelle avait ménagé la possibilité de négociations tant avec la population

qu'avec les tradipraticiens ; or c'est la brutalité qui fut la règle, notamment en matière de choix des sites des centres de santé, et en ce qui concerne les rapports avec les spécialistes traditionnels.

Comme les sites des autres bâtiments administratifs, ceux des centres de santé ont été imposés plutôt que négociés. On a choisi, par exemple, des terres de culture, voire des « lieux sacrés » (13), d'où mécontentements et méprises. Ainsi, le centre de santé de Kendié serait implanté sur un champ de la famille qui, au moment de la colonisation, détenait la chefferie ; pendant notre enquête, nous avons rencontré le chef actuel de cette famille, et nous avons eu, au fil de l'entretien, à lui poser la question de savoir quels changements il avait remarqués dans le fonctionnement du dispensaire ces derniers temps ; sa réponse a été qu'il ignorait où se situait ce dispensaire. Certains sites choisis par l'administration coloniale correspondent à des lieux dont l'inviolabilité avait depuis toujours garanti, pense-t-on aujourd'hui encore, l'ordre et la sécurité de la communauté. Dans ce cas, beaucoup s'abstiendront de fréquenter ces centres, et penseront de la sorte protéger leur propre sécurité, puisque, pour eux, aller sur ces sites revient à transgresser un interdit. Et, comme on l'a vu, la transgression entraîne la « souillure » (*yama*), qui est elle-même l'origine du désordre social, cause de fléaux individuels et/ou collectifs, dont la maladie. Exemple : la maternité de Dourou est bâtie sur un terrain séparé du village par un marigot que les femmes enceintes ne doivent pas traverser, car cela pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur propre état de santé ou sur celui de l'enfant à naître, car ce marigot est censé abriter les génies de l'eau, qui sont hostiles à la présence des femmes enceintes là où ils habitent.

Quant aux rapports entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, ils ont toujours été conflictuels. Autant pendant la période coloniale qu'après l'indépendance, les spécialistes traditionnels ont été considérés comme obstacles au bon fonctionnement des services modernes de santé. Ces praticiens de la « médecine du Dogon » ont été souvent frappés d'amendes et d'emprisonnement pour pratique illégale de la médecine. Jusqu'à une période récente, les instances de la santé moderne n'ont pas pris en compte l'appui que les spécialistes traditionnels auraient pu leur apporter. Certes, l'implantation d'un centre régional de médecine traditionnelle (CRMT) à Bandiagara a suscité quelques espoirs (14), mais l'échange entre l'équipe du CRMT et les

(13) L'expression est extensive : elle va de l'interdiction totale d'accès (par exemple dans un lieu habité par un animal déclaré grand interdit du clan) à l'interdiction partielle (s'il s'agit de lieux de culte dont la fréquentation est réservée par la tradition à certaines catégories de la population seulement).

(14) Implanté en 1986, il a pour objectif une meilleure connaissance des traitements traditionnels, et la recherche d'une collaboration entre le système traditionnel et le système moderne.

tradipraticiens ne paraît pas équilibré ; l'équipe sollicite les tradipraticiens pour apprendre à connaître et, semble-t-il, valoriser leur savoir, mais en contrepartie les tradipraticiens n'ont reçu que quelques cadeaux de céréales, et quelques subventions (ne dépassant pas 50 000 F CFA) pour leur permettre d'édifier une case. Globalement, la situation n'a donc pas vraiment changé, et l'on observe la persistance d'attitudes répressives, comme l'illustrent deux cas relevés au cours de l'enquête.

Le récit du premier est donné par le spécialiste qui en a été victime lui-même. « Un jour, on m'a appelé au dispensaire. Quand j'arrive, le docteur me demande si je peux soigner cette fracture. Je réponds : oui, mais j'ajoute que je préfère que ce soit chez moi, car il y a des choses à ne pas faire. Il insiste tellement pour que le traitement soit fait au centre, que finalement je m'incline. Après avoir donné mes soins, je dis de ne pas défaire le pansement avant trois jours, car tel est notre interdit... Mais le lendemain, ils ont ouvert le pansement, et alors le membre a commencé à enfler et à faire du pus. Le docteur envoie donc quelqu'un me chercher. J'arrive sur les lieux. Il commence à crier à mon adresse : "Tu es un vieux qui ne vaut rien, tu as gâté le pied du type..." Je dis : "Non ! Si tu veux, donne-moi le malade, je l'emmène chez moi, il va guérir." Ce qu'il accepte, en me disant que si je n'y arrive pas, il m'emmènera à la gendarmerie. Dieu merci, en 21 jours, le pied s'est rétabli » (Tinta, Pairault, 1990 : 64).

Le second cas concerne Mr B., tradipraticien, qui, dans le courant de l'année 1990-91, reçoit une malade accompagnée de son époux ; il lui prodigue ses soins et, à l'issue du traitement, la malade est guérie. C'est alors que le mari déclare avoir aussi le même mal que sa femme. B. lui donne les mêmes médicaments. Mais, après les avoir pris, le mari meurt dans la nuit suivante. B. est arrêté et remis à la justice, et y restera en détention jusqu'au 24 mars 1992, date à laquelle, après jugement, il a été condamné à trois mois de prison avec sursis. Il doit son salut à deux circonstances : l'autopsie du médecin constatant l'absence de tout élément toxique dans les produits consommés par le défunt la veille du décès, et la renonciation, de la part de la partie civile, à toute action contre B.

Si telle est l'attitude de l'Administration, la médecine traditionnelle semble jouir, auprès de la population, de plus de crédit que la médecine moderne. Ceci est, en tous cas, manifeste sur le plan de la légitimité des pratiques et du statut professionnel.

### **La légitimité des pratiques**

« Dans le milieu dogon, c'est à la société de choisir son guérisseur, son accoucheuse, en fonction de certains critères... » nous disait un

de nos informateurs. Or, les agents modernes n'ont pas été choisis par les membres de la société dogon, et ils ne bénéficient donc pas de cette reconnaissance explicite qui les rend aptes à pratiquer la médecine. Le médecin noir a été assimilé à « celui qui fait semblant » (*dabu kananè*), il mime « la médecine de l'étranger ». Cette dernière ne fait pas mieux que les marchands ambulants : elle est perçue comme simple pourvoyeuse de médicaments. Et l'efficacité de ce type de médecin, comme celle de ces marchands ambulants, est appréciée en fonction des résultats de chacun de ses actes : il sera bon si l'effet de son traitement est manifeste, il sera mauvais dans le cas contraire ; cette façon de juger a été observée ailleurs, à Bankoni, quartier populaire de Bamako, dans lequel cohabitent plusieurs ethnies (Diarra *et alii*, 1990 : 96-112 ; cf. *supra*, chapitres 5 et 6).

L'idée que la médecine moderne n'est qu'une simple pourvoyeuse de médicaments est justifiée en partie par l'absence de la dimension symbolique. C'est que, dans la pratique courante des infirmiers et médecins, il manque souvent les gestes comparables à ceux de l'auscultation, gestes qui pourtant, outre leur valeur intrinsèque, pourraient compenser, dans l'esprit du patient, ceux auxquels ce dernier est habitué en médecine traditionnelle. Car le traitement traditionnel est l'occasion d'une véritable mise en scène, où rites, incantations et cures médicamenteuses se succèdent. Cette pratique est une conséquence logique de la conception dogon selon laquelle le pathologique renvoie à l'ordre social, alors que le système moderne propose une explication limitée à la sphère de l'ordre biologique. Les deux exemples ci-dessous montrent combien la gestuelle importe, dans le schéma thérapeutique, aux yeux des patients.

Les services des « médecins ambulants », généralement ghanéens, sont plus chers que les services modernes, mais, selon nos informateurs, ils ont beaucoup plus de clients. Le secret de leur succès réside dans l'effet psychologique du stéthoscope : ils promènent cet instrument sur tout le corps du patient, ce qui est parfaitement conforme à l'attente populaire d'un examen attentif et rituel. Il faut savoir qu'en général un Dogon ne dira pas, au début de la consultation, après avoir salué le praticien, « je suis venu parce que j'ai mal ici ou là », mais « je suis venu me montrer », *min gèndè gè yèlèm* (de *min*, moi, je, *gèndè*, voir, regarder, *gè*, à cause de, *yèlèm*, venu). Une fois que le stéthoscope est passé sur tout son corps, le malade dogon est satisfait d'un diagnostic qui a été établi conformément à ses attentes, et ceci est un pas important vers l'acceptabilité du traitement.

Le second exemple montre aussi l'importance de gestes que le médecin peut demander au malade d'accomplir, et leur rôle dans l'idée que le malade se fait de l'efficacité d'un praticien. Voici un malade qui souffre de l'oreille et qui va consulter un médecin moderne. Quand

il arrive chez le médecin, ce dernier lui demande de retourner à la porte du bureau et de revenir vers lui. Le malade s'exécute. Alors le diagnostic est posé, la prescription suit, et à l'issue du traitement le malade est rétabli. Quand il parle de cette consultation, le malade établit un lien entre le geste et le résultat : « le *dògòtòrò*... est très compétent. Dès qu'il m'a vu venir, il m'a demandé de marcher à nouveau vers lui. Après ça, il a immédiatement su ce que j'avais. Le médicament qu'il m'a donné a été très bon ». Dans la première phrase, l'expression dogon que nous traduisons par très compétent, est *jognu igu woo* (de *jognu*, soins, traitement, *igu*, connaître, savoir, *woo*, être) : ses soins sont ceux d'un connaisseur.

De cela il faut, nous semble-t-il, retenir que l'importance accordée aux pratiques concrètes, qui, même exécutées dans les règles de la science et de la technique modernes, ont presque toujours valeur symbolique pour le malade par l'interprétation qu'il s'en donnera, a très certainement un impact sur la fréquentation des services de santé : si ces pratiques manquent, les Dogon se renforcent dans leur idée que « la médecine moderne ne peut pas soigner certaines maladies du pays dogon... » (Tinta, Pairault, 1990 : 64). La présence massive des agents de la médecine moderne parmi les clients des tradipraticiens confirme d'ailleurs leur opinion. Il est donc compréhensible que la consultation du médecin moderne pour obtenir le traitement « symptomatique » s'accompagne volontiers d'un traitement « étiologique » obtenu par la consultation d'un tradipraticien. Ainsi, les Dogon ne sont pas convaincus par les pratiques de la médecine moderne, et ils peuvent invoquer de multiples raisons à ce scepticisme ; par voie de conséquence, ils ne recourront pas à un service de santé moderne s'ils souffrent de troubles entrant dans la catégorie qu'ils appellent « maladie du Dogon » (*doogoo jun*).

## Le statut professionnel

Dans la société traditionnelle dogon, le service rendu par un spécialiste l'honore d'abord lui-même. Son bénéficiaire ne le paie que sous forme de cadeaux, remis en nature et/ou en espèces, et, de manière générale, le tradipraticien dogon ne vit pas de sa pratique : à côté de cette fonction sociale, il est agriculteur. Il n'est pas considéré comme un « professionnel », et il ne doit surtout pas se montrer cupide envers sa communauté, puisque la faune et la flore sont gratuitement à sa disposition. Au contraire, l'agent de la santé moderne est généralement un fonctionnaire rémunéré, quelle que soit sa pratique ; en outre, sa médecine est payante, puisque même pour des soins officiellement gratuits, les agents, eux, ont continué à monnayer leurs services à travers

des pratiques parallèles qui conduisent à un dysfonctionnement des services de santé.

En effet, nombre d'agents de la santé n'hésitent pas à sacrifier l'efficacité médicale à l'obtention d'un gain personnel. Bien plus que le résultat de leur intervention, compte alors le profit qu'ils peuvent en tirer individuellement. Les lacunes dans l'organisation des services de santé, comme par exemple le manque d'un accueil des patients, favorisent la réalisation de telles intentions. Le malade qui arrive pour la première fois au centre de santé ne sait ni à qui s'adresser, ni qui doit s'occuper de lui. Il sentira vite qu'il est un gêneur. Par exemple à la maternité de Bandiagara, les femmes disent que les matrones jouent au fonctionnaire (elles respectent des horaires administratifs, mais, que le travail soit fait ou pas, bien ou mal, elles auront leur salaire à la fin du mois) et qu'elles s'occupent peu du sort des parturientes ; elles disent aussi que les matrones sont inexpérimentées. Au travers du désordre qui règne dans les formations sanitaires, des agents de santé développent leurs stratégies pour « exploiter » l'usager. Leur statut d'agent sanitaire leur sert de couverture, alors même qu'ils travaillent pour leur propre compte. De cette course au profit, le malade ou ses parents font les frais.

Le récit qui suit vient du père d'un patient. « Quand il est tombé malade, je l'ai amené au dispensaire. On m'a vendu un ticket à 50 francs. Nous sommes allés voir un infirmier avec ce ticket, il nous a prescrit une ordonnance. J'ai tout acheté, mais le sérum manquait tant au dépôt (15) qu'à la pharmacie de la place. C'est alors qu'un auxiliaire que je connaissais me dit que, si je lui donne l'argent, il pourra m'en trouver. Il me prend 5 000 francs. Il dit avoir trouvé le sérum auprès d'un de ses amis, hygiéniste-secouriste dans le village. Mais, pour placer le sérum, il fallait hospitaliser l'enfant. Or, d'après l'auxiliaire, il manquait de matelas à l'hôpital, et pour cause : le détenteur des clés du magasin était "en affaire" en ville, et les deux matelas qu'il avait sortis avaient été pris par "le patron" pour accueillir un étranger. Ma connaissance me propose d'aller faire la perfusion à domicile, contre paiement de 1 500 francs, ce que je ne pouvais pas refuser sans jouer avec la vie de mon enfant. » En réalité, il s'agit d'une mise en scène : l'auxiliaire est lui-même le magasinier de la salle d'hospitalisation, et, en l'absence de la responsable de cette salle, partie en congé, toutes les opportunités s'offrent à lui : en jouant le rôle d'intermédiaire pour la recherche du produit manquant, il alimente son propre marché.

---

(15) Le malade qui arrive au centre de santé doit acheter d'abord un ticket dit de « consultation », grâce auquel il a ensuite accès au dépôt de médicaments installé dans l'enceinte du centre de santé ; il doit y trouver, en principe, tous les médicaments qui lui ont été prescrits.

Ces comportements ont créé un climat de méfiance entre les agents de santé modernes et leur clientèle, et lorsque s'y ajoute l'obligation du paiement comptant en espèces, la préférence des Dogon reste au guérisseur, dont les attitudes concordent avec les coutumes d'un milieu dont il fait lui-même partie.

Finalement, dans le cercle de Bandiagara, on n'ira au centre de santé que pour trois raisons :

1) lorsqu'on aura épuisé sans succès tous les recours « traditionnels », ou quand la maladie est considérée comme sans remède du côté de la médecine traditionnelle. Tel est, par exemple, le cas de la lèpre, maladie considérée comme incurable; ou celui de *kooloo gain* (cou tiré, tourné = tétanos ?). Cette dernière maladie est l'une des rares pour lesquelles les Dogon vont directement au centre de santé, parce qu'elle se présente très généralement sous sa forme « chaude » et donc tue très rapidement.

2) lorsque le malade, de par son statut, ne peut que se faire soigner au centre de santé : fonctionnaires, citadins, contractuels de divers organismes de développement. Parmi eux, il y a des privilégiés (agents de santé ayant des facilités d'accès, autres nantis), mais il y a aussi des gens dont les comportements sont dictés par une mentalité très répandue chez les cadres africains, mentalité selon laquelle le recours à certaines pratiques traditionnelles (en l'occurrence : la fréquentation des tradipraticiens) ne correspond pas à leur statut de « civilisés ». Généralement représentants de l'Etat ou de ses institutions, et à ce titre témoins de la modernité, ces gens se sentent obligés de s'en montrer solidaires.

3) sous la contrainte, réelle ou supposée. Par exemple, les femmes de Bandiagara sont obligées d'accoucher au centre de santé puisque, si elles ne le font pas, elles courent le risque de payer une amende allant de 1 000 à 5 000 francs, alors même que l'amende en ce domaine a été officiellement supprimée depuis 1988.

### **Quelques réflexions en guise de conclusion**

Dans le cercle de Bandiagara, la fréquentation des centres de santé est timide, et les recours aux soins modernes sont tardifs, en raison du décalage entre le système moderne et le système traditionnel, mais aussi à cause de comportements nocifs des agents.

Le décalage provient de la coexistence et de la confrontation de deux systèmes de pensée et de savoirs issus de cultures différentes : le système de pensée et de savoirs populaires basé sur les coutumes et usages, et le système de pensée et de savoirs techno-scientifiques. Ils ne semblent pas inconciliables dans la mesure où les populations ne rejettent pas la médecine moderne en bloc, comme l'attestent les

nombreuses sollicitations, émanant des malades, pour des interventions chirurgicales, alors même que l'efficacité de la médecine traditionnelle est reconnue dans certains domaines (les fractures par exemple). Le problème est donc de savoir comment adapter les usages à l'évolution, en ne retenant d'eux que ce qui est jugé positif. La solution n'est pas si facile à trouver, car les usages sont le produit d'antécédents empiriques. Pour leur substituer de nouvelles pratiques, il faudrait que le système de santé moderne propose une meilleure alternative par rapport aux soins offerts par la médecine traditionnelle : il importerait d'améliorer la qualité des prestations.

Or justement, c'est la qualité des prestations qui est d'abord affectée par le comportement néfaste d'agents. Il faut peut-être imaginer et tenter d'appliquer une autre organisation du système de santé, car jusque-là toutes les expériences se passent au sein d'une structure étatique animée par des fonctionnaires qui n'ont que faire de la bonne marche du service puisque leur salaire n'en dépend pas. De plus en plus, on parle de centres de santé communautaires comme solution possible, basée sur la participation de la population à la gestion et au financement du système de santé qui la dessert. L'expérience des systèmes de recouvrement des coûts (Berche, Mariko, 1991) a cependant montré les limites de la participation financière des populations rurales (16). En visant comme objectif le recouvrement des frais, l'accent n'est-il pas mis sur l'efficacité du système de santé au détriment de l'efficacité ? Autrement dit, avant de se demander combien coûtera un système de santé, il convient de s'interroger sur la qualité des prestations qu'il pourra offrir (Brunet-Jailly, 1989).

En attendant, face à une médecine jugée « onéreuse » (17) et lente à se rendre opérationnelle, les populations continuent à faire confiance à leur médecine traditionnelle, même si par moments la recherche de la sécurité ou le poids des obligations les orientent vers la médecine moderne.

---

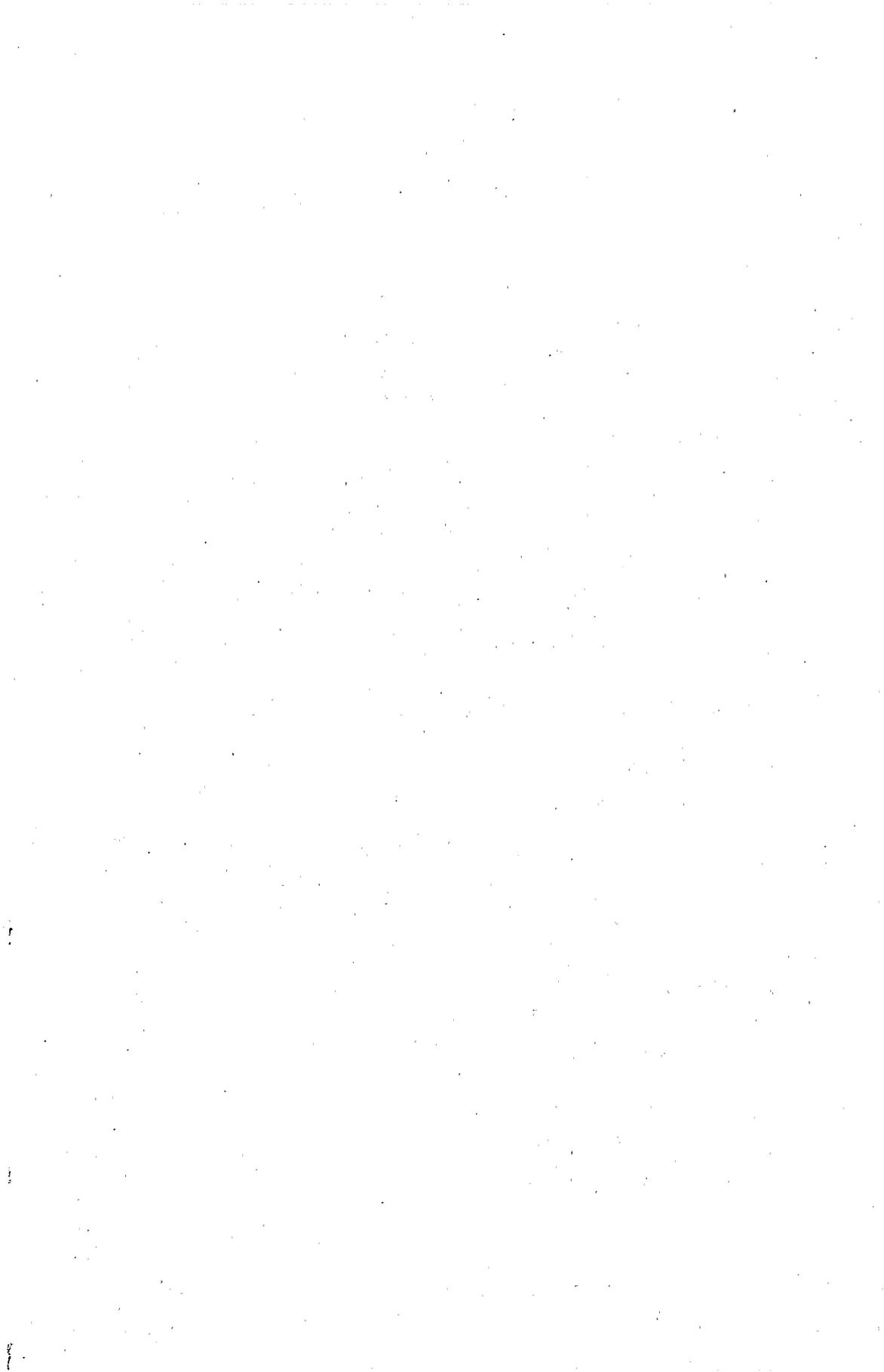
(16) Dans le cas du cercle de Bandiagara, seulement 30 à 40 % des frais récurrents (hors salaires) des formations sanitaires sont effectivement recouverts.

(17) Un de nos informateurs, lui-même spécialiste des fractures, affirme qu'il donne ses soins gratuitement, alors que s'il fallait recourir à la médecine moderne, il en coûterait au moins 75 000 F CFA.

(18) NOTE LINGUISTIQUE. On sait que le pays dogon ne compte pas moins d'une quinzaine de parlers différents. Dans ce chapitre, la plupart des termes et formules sont cités en « *dommo sô* ». En toute hypothèse, notre graphie reste approximative (tons pas marqués, « *gn* » remplaçant le signe admis pour la nasale vélaire, incorrections vocaliques, etc.). L'intention est seulement de fournir des repères verbaux identifiables.

## RÉFÉRENCES

- ANONYME (1985) : *Projet de développement sanitaire du cercle de Bandiagara*, Direction nationale de l'hygiène publique et de l'assainissement, octobre 1985.
- TINTA S., PAIRAULT C. (1990) : *Enquête socio-sanitaire dans le cercle de Bandiagara*, Bamako, juillet 1990, 86 p.
- ZEMPLÉNI A. (1986) : "La « maladie » et ses « causes »", in : *L'ethnographie*, tome LXXXI, 1986.
- FOSTER G.M. (1983) : *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 308 p.
- COFFO P., KEITA A. (1990) : *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, éditions E, 1990, 322 p.
- KOUMARÉ M. (1983) : « Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique », G. M. FOSTER, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983.
- PAIRAULT C. (1989) : *Qu'est-ce que l'efficacité médicale ?* Cf. épilogue du présent ouvrage.
- DIARRA T., DIAKITÉ B.Dj., TRAORÉ S., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni, volume 1 : Etude socio-économique et sanitaire*, Bamako, 1990, 151 p.
- BERCHE T., MARIKO M. (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara, volume 1 : Analyse économique et santé publique*, Bamako, mai 1991, 112 p. + annexes.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : « Le financement des coûts récurrents de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire ? », *L'économie sociale dans les pays en voie de développement*, Actes du colloque de l'Association d'économie sociale, Caen, 28-29 septembre 1989.



## TROISIÈME PARTIE

# QUELS SYSTÈMES DE SANTÉ ?

« Notre Reine guérit de toutes les maladies sans y toucher,  
leur chantant seulement une chanson appropriée au mal. »

François RABELAIS, (*Cinquiesme Livre*, Paris, 1564)



## Analyse des comptes nationaux de la santé

par Seydou O. COULIBALY, Kafing DIARRA

Pour mieux décrire et suivre l'évolution de leurs activités économiques, les pays développés ont profondément amélioré leur système comptable, au lendemain de la seconde guerre mondiale et sous l'influence de la théorie keynésienne. Ils ont identifié dans des comptes annexes des secteurs d'activités qui ne peuvent pas être réduits à leur apparence économique. A partir des années 1960, les systèmes de comptabilité nationale ont été perfectionnés par la construction de comptes satellites pour chacun des principaux domaines d'action de l'Etat. Ainsi, par exemple, on trouve en France des comptes satellites de la santé, de l'éducation, du logement, de la recherche, et de la protection sociale. Ces différents comptes sont connectés entre eux et construits par les ministères de tutelle respectifs (Fardeau, 1990).

Le compte satellite de la santé a pour objet d'analyser l'ensemble des biens et services produits et consommés pendant une année quelle que soit la source de financement. Il permet de déterminer non seulement la consommation médicale totale, mais également d'identifier ses différentes composantes ; d'apprécier la recherche médicale, les activités de médecine préventive, les dépenses de construction et les autres investissements.

Une telle évolution n'a pas été perçue dans les pays en voie de développement où l'état de délabrement des systèmes de soins et le caractère rudimentaire et peu fiable des systèmes comptables et financiers sont reconnus de tous. C'est dans ce contexte difficile que nous avons essayé de construire les comptes nationaux de la santé du Mali, pour étudier le financement des coûts récurrents de la santé dans ce pays (voir Brunet-Jailly *et alii*, 1989). L'objectif de cette étude était

d'identifier et de quantifier les moyens de financement affectés au secteur de la santé, de dégager des perspectives pour le financement des coûts récurrents de ce secteur, de redéfinir une politique sanitaire basée sur un système d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts. Dans cette perspective, des comptes nationaux de la santé avaient un intérêt double : ils devaient permettre de préciser le niveau et l'évolution du financement selon la nature des dépenses, et fournir aux autorités concernées un instrument de politique de financement des services de santé. Exposons rapidement la méthodologie utilisée, avant de présenter les principaux résultats.

## 1. Méthodologie

Pour effectuer la recherche, il est apparu nécessaire, compte tenu de l'état des informations disponibles à l'échelon central, de mener une enquête dans chacun des 46 « cercles » (circonscription administrative regroupant en moyenne à peu près 200 000 habitants) du pays et dans le district de Bamako, tout en réalisant d'autre part un certain nombre d'études de cas dans des formations sanitaires sélectionnées, pour recueillir les données de base sans lesquelles la réflexion est impossible.

Ces études de cas (Brunet-Jailly, 1989a) ont porté sur l'expérience du Projet de Développement Sanitaire (PDS) financé par la Banque Mondiale dans les cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita (Région de Kayes), celle des « magasins santé », réalisée avec l'assistance technique de Médecins du Monde (MDM) dans les cercles de Bankass et de Koro (Région de Mopti), et celle des magasins santé dans les Régions de Tombouctou et de Gao, réalisée avec l'assistance technique de Médecins Sans Frontières Belgique (MSF).

L'enquête d'ensemble consistait à collecter directement auprès de chaque formation sanitaire, dans chaque cercle et région, les données et informations utiles à la conduite de l'étude. Pour ce faire, les enquêteurs ont exploité tous les documents disponibles (livre de comptabilité matière, liste actualisée du personnel, rapports d'activité, livre journal, compte de gestion, états de salaire du personnel). Les données ont été recueillies sur la période de 1983 à 1987. Les documents consultés ne procuraient pas toujours les informations voulues, et plusieurs difficultés ont été rencontrées, telles l'inexistence de certains documents ou leur mauvaise tenue ; la discontinuité dans les informations et leur caractère inapproprié ; la mauvaise conservation des archives ou, parfois, leur disparition à l'occasion des mouvements du personnel (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 5).

Les informations obtenues ont été classées par source de financement, par niveau de formation sanitaire, par type et par nature des

dépenses. Les résultats de l'enquête ont permis de dresser des tableaux synthétiques du financement des services de santé, c'est-à-dire les comptes nationaux de la santé. Avant de les présenter, il nous paraît utile de délimiter le secteur de la santé et de rappeler l'organisation du système de santé.

## 2. Délimitation et organisation du secteur de la santé

Le secteur de la santé concerne l'ensemble des activités de soins des services publics de la santé, des hôpitaux et cliniques, des praticiens privés, des ménages, l'automédication et les services des tradipraticiens qui prennent une forme monétaire (Gumper, 1986 : 2). Nous y ajoutons une estimation des dépenses en nature faites auprès de la médecine traditionnelle. Certains secteurs, comme l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène du milieu, la nutrition, etc., parfois regroupés avec la santé, ont été exclus de notre étude.

L'organisation des services de santé au Mali suit un schéma pyramidal. Elle est strictement calquée sur le découpage administratif du pays. On y trouve, à la base, l'équipe de santé de village, soit un hygiéniste et une matrone, l'un et l'autre rarement alphabétisés, formés en quelques semaines à des gestes très simples ; tous les villages n'en sont pas dotés. A l'échelon supérieur, dans certains secteurs de base (c'est-à-dire groupements de villages), se trouvent les dispensaires ruraux et les maternités rurales. Les arrondissements sont pourvus de dispensaires, confiés à des infirmiers (souvent des infirmiers « du premier cycle », formés en 2 ans à partir du niveau du certificat d'études primaires). Au-dessus, tous les cercles disposent de centres de santé, qui ont une capacité d'hospitalisation et un petit bloc chirurgical, et qui sont en réalité le premier échelon de la présence médicale ; quelques rares cercles sont aussi dotés d'un hôpital secondaire. Dans les chefs-lieux de région se trouvent les hôpitaux régionaux et les directions régionales de la santé. Enfin, à Bamako sont rassemblés les hôpitaux nationaux, les instituts (Institut national de recherche en santé publique...) et les services spécialisés (Centre National de Transfusion Sanguine, Centre d'Odonto-stomatologie, etc.), et, bien entendu, les directions nationales du Ministère de la santé.

Il convient aussi de mentionner la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), société d'Etat qui a bénéficié jusqu'en 1991 du monopole de l'importation et de la distribution des médicaments ; l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), qui ne gère pas un régime d'assurance-maladie, mais dont les centres médicaux soignent en pratique la population générale ; l'infrastructure sanitaire des forces armées, ainsi que quelques dispensaires, cliniques et cabinets privés.

Sur le papier, chaque niveau de cette pyramide a des missions précises, un personnel donné et un équipement standard. Sur le papier aussi, les trois premiers niveaux dispensent des soins de santé primaires aux populations avoisinantes et orientent les patients dont l'état l'exige vers les formations de niveau supérieur. Théoriquement, enfin, chaque niveau est supervisé par celui qui lui est supérieur.

### 3. Résultats

Nous exposons les résultats obtenus sur les activités des formations sanitaires d'abord, ensuite, ceux relatifs au financement des services de santé au Mali.

#### 3.1 Activités

On s'intéresse ici au volume et à la qualité des activités médicales et para-médicales, au coût moyen par activité, et à la productivité du personnel. Les deux premières composantes sont fonction essentiellement de la densité, de la répartition et de la qualification du personnel soignant.

La densité médicale est faible au Mali. Environ 2 075 employés du Ministère de la santé publique et des affaires sociales travaillent dans les diverses installations de santé du pays. Ils se répartissent comme suit : 249 médecins, 562 infirmiers d'Etat, 256 sages-femmes, 749 aides-infirmières, 194 hygiénistes et 65 agents du développement communautaire. Ces agents sont très inégalement distribués à travers le pays avec une forte concentration dans le district de Bamako. En effet, pour environ 10 % seulement de la population nationale, Bamako absorbe 42 % des médecins, 40 % des infirmiers et plus de la moitié des sages-femmes (Anonyme, 1990a : 3).

Cette inégale répartition du personnel de santé, conjuguée au manque de formation et au dysfonctionnement du système (manque de contrôle hiérarchique, détournement, vol, pratiques illégales...), ont conduit à des activités dont tant le volume que la qualité laissent à désirer. Dans ce qui suit, nous analyserons le volume de l'activité en utilisant les taux de fréquentation et d'hospitalisation ; quant à la qualité de l'activité, elle sera appréciée par le taux d'utilisation des examens paracliniques.

Pour ce qui concerne la fréquentation, on voudrait pouvoir disposer du nombre total des consultants de l'ensemble des formations sanitaires, pour le rapporter à la population nationale. Toutefois, dans

beaucoup de formations sanitaires, l'enregistrement est si peu soigné qu'on ne connaît pas le nombre de consultants (ou nouveaux malades), mais simplement le nombre de noms couchés sur les registres, sans doute plus proche du nombre de consultations (toute visite d'un malade à un professionnel de santé) que du nombre de consultants. Pour ces formations, on a été obligé de calculer un taux de fréquentation des consultations. C'est que les agents chargés de tenir les statistiques sanitaires comptent facilement comme consultant un malade venu subir un traitement pour une maladie pour laquelle il a été déjà enregistré quelques jours auparavant. Et si on leur demande le nombre de consultations, ils corrigent sans hésiter le nombre de noms relevés dans les registres, en le multipliant par exemple par deux. Les taux de fréquentation tirés des statistiques sanitaires de routine sont donc toujours erronés, et sans doute souvent surestimés.

En 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, il y aurait eu, d'après nos décomptes, environ 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation de 15 % ; pour les 2,8 millions d'habitants des cercles disposant d'un hôpital, on a relevé un peu plus de 1,5 millions de consultations, ce qui donne un taux de 55 % ; quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4 % (cf. Brunet-Jailly, 1989b : 155). Au Sénégal, le taux de fréquentation des consultations était supérieur à 9 % en 1979, année pour laquelle le taux d'hospitalisation était voisin de 3 % (Brunet-Jailly, 1989b : 156).

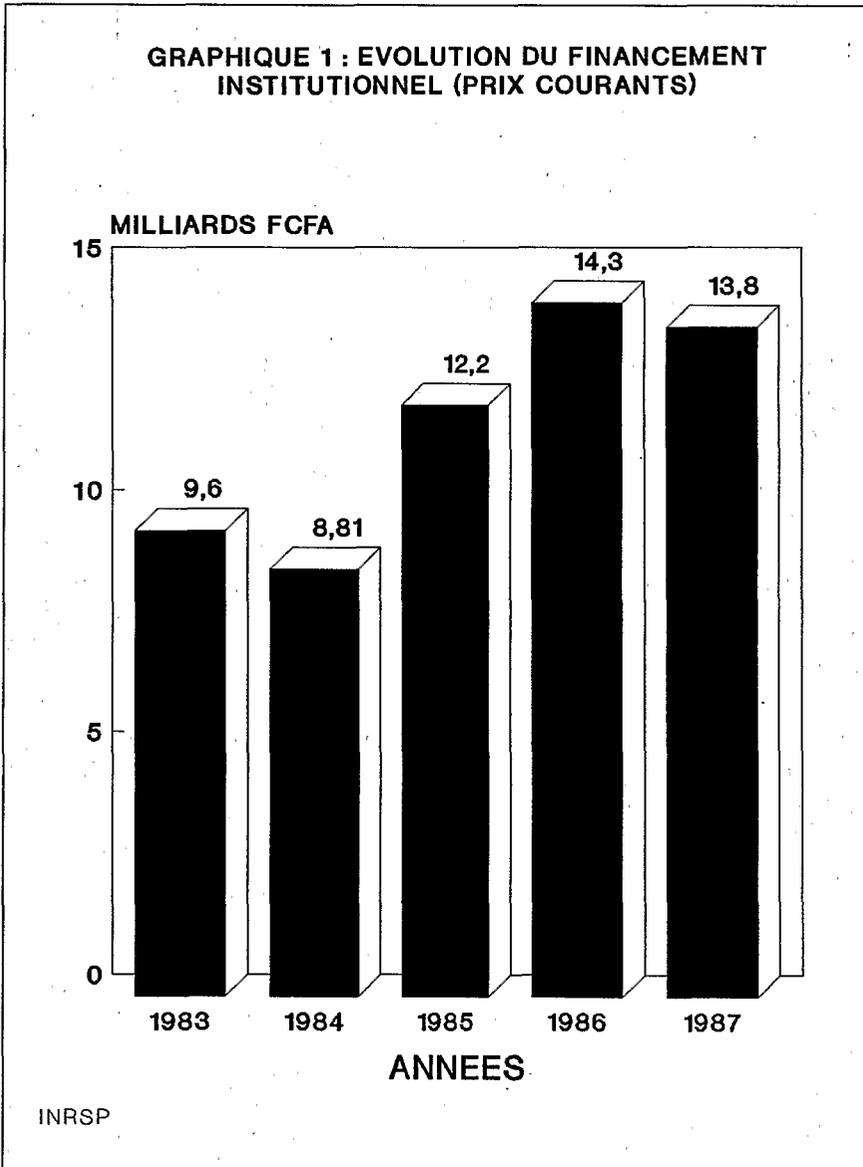
S'agissant de la qualité des soins, force est de reconnaître que le niveau technique des soins dispensés est très faible : on en juge par le fait que les examens cliniques, même les plus élémentaires, sont très peu utilisés (moins d'un examen par malade hospitalisé dans un hôpital secondaire, environ 4 dans un hôpital national, cf. Brunet-Jailly, 1989a : 123-138).

Le calcul du coût moyen, par activité, du nombre d'actes effectués selon le niveau du personnel (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers notamment) et l'étude de son évolution — pour avoir une idée de ce que peut être la productivité du personnel de santé — n'étaient absolument pas envisageable, compte tenu de la qualité si médiocre des données recueillies sur les activités durant la période de l'enquête, et de la mauvaise tenue de l'information.

### **3.2 Financement institutionnel**

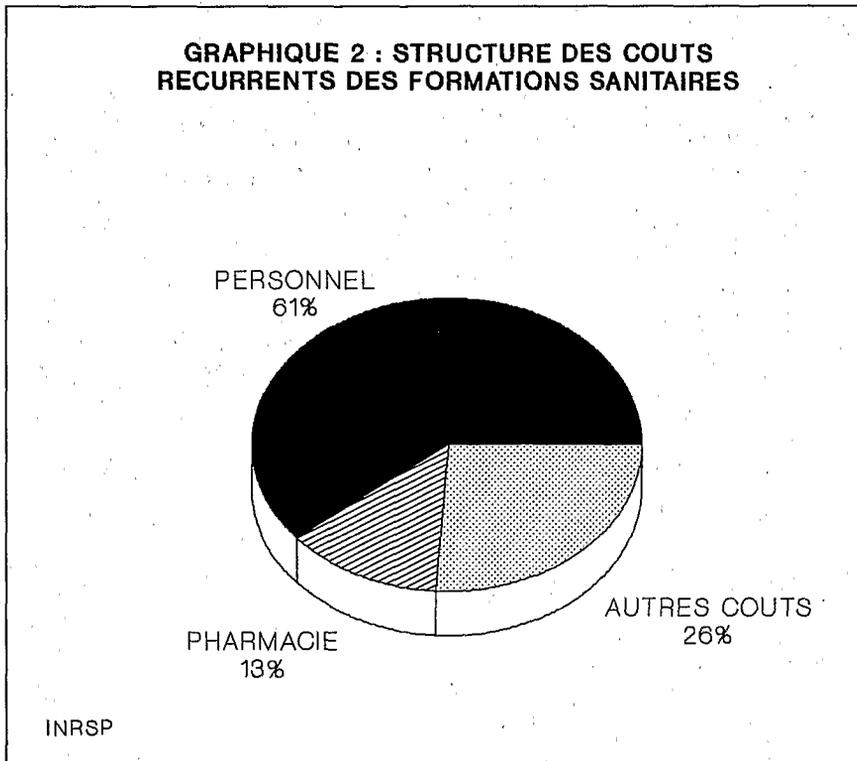
Nous distinguons financement institutionnel et financement total. Le premier est l'ensemble des dépenses qui font l'objet d'un enregistrement dans les comptes des institutions publiques ou privées. Voyons d'abord son évolution, ensuite sa structure.

Les dépenses institutionnelles de fonctionnement et d'investissement augmentent sur la période de 1983 à 1987, passant de 9,6 milliards à 13,8 (cf. graphique 1), ce qui donne un taux d'accroissement moyen de 7,6% par an (Diarra, Coulibaly, 1990 : 126-128).



Sur l'ensemble de la période, 84 % de ce financement sont affectés aux coûts récurrents, et 16 % aux investissements.

Quant à la structure des seuls coûts récurrents (cf. graphique 2), hors achats privés de produits pharmaceutiques, structure qui est donc celle des dépenses de fonctionnement des formations sanitaires publiques, elle est la suivante : 61 % pour les frais de personnel, 13 % pour les produits pharmaceutiques et 26 % pour les autres coûts récurrents.

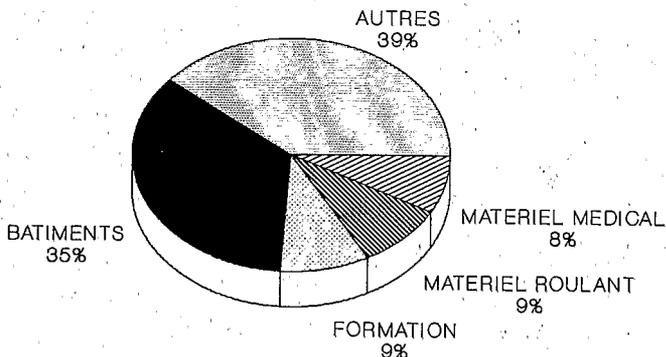


Les investissements ont plus que doublé entre 1983 et 1987 (ils sont passés de 1,2 à 2,6 milliards de F CFA), essentiellement du fait de la réalisation, en fin de période, des opérations financées par le Projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale. Mais d'autres intervenants sont présents, souvent pour réaliser des investissements surdimensionnés : par exemple, la construction de l'hôpital de Tombouctou (3 milliards de F CFA pour 84 lits) et celle des hôpitaux de Diré et de Niafunké, le tout financé par la Banque Africaine de Développement, sans que ni les prêteurs ni les emprunteurs ne se préoccupent de l'effet ultérieur sur le niveau des dépenses de fonctionnement.

L'analyse des investissements montre que les constructions de bâtiments occupent 35 % du total des dépenses d'investissement, contre 9 % pour les dépenses de formation (bourses d'études) et 9 % pour le matériel roulant. Le matériel médical n'en représente que 8 %, et les autres dépenses d'investissement (achats de literie, de réfrigérateurs et d'autre matériel non médical) comptent pour 39 % de l'ensemble des investissements du secteur (cf. graphique 3). Ces investissements réalisés dans le secteur de la santé sont de plus en plus financés par les sources extérieures : 81 % en 1987 contre 26 % en 1983.

Il convient encore de préciser que la part de l'Etat dans le financement des dépenses de santé est très inégalement répartie entre les niveaux de la pyramide sanitaire : les formations sanitaires des Régions bénéficient de 38 % du total, les hôpitaux nationaux en reçoivent 22 à 28 % selon l'année, l'Administration centrale en prend 23 à 29 %, et le reste revient aux autres services, tous situés dans la capitale (instituts, banque de sang, ). Les autres sources interviennent généralement dans les centres de santé de cercle et d'arrondissement (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 20-21).

GRAPHIQUE 3 : STRUCTURE DES INVESTISSEMENTS PAR NATURE



Un calcul rapide des dépenses institutionnelles de santé par habitant et par cercle nous donne des chiffres qui varient entre 190 F CFA à Bankass et 9 544 F CFA dans le district de Bamako (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 16).

### 3.3 Ensemble des financements

Certaines dépenses de santé ne passent pas par les comptes des institutions, et il faut les considérer. Il s'agit notamment des contributions des familles aux dépenses de santé, contributions qui prennent des formes multiples, à savoir :

- le recours à la médecine traditionnelle ;
- les dépenses de médicaments ne passant pas par les voies officielles ;
- les dépenses de transport pour raison de santé ;
- les honoraires médicaux et paramédicaux privés.

Au total, en prenant en compte les dépenses des familles, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé serait de 20 milliards F CFA pour l'année 1986 (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 28 ; voir tableau page suivante).

On voit que les soins sont loin d'être gratuits au Mali, et que l'Etat n'assume qu'une faible part de leur coût. Ainsi, pour un financement de 20 milliards de F CFA de dépenses courantes de santé, les ménages interviennent pour plus de 15 milliards, et les sources publiques pour moins de 5 milliards. Les dépenses de santé sont financées pour l'essentiel par les familles, et le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques.

Le fait que les dépenses de santé reposent essentiellement sur les ressources des familles explique les grandes disparités que l'on constate dans les enquêtes directes sur les dépenses privées. Ainsi, dans le district de Bamako, les familles des fonctionnaires de l'enseignement et de la culture, dépensent en moyenne, en avril 1987, 4 168 F CFA par personne et par an pour la santé (Brunet-Jailly, 1988). Dans un quartier « spontané » de Bamako (Bankoni), on enregistre une dépense par habitant bien inférieure : pour une taille moyenne de 6 personnes par ménage, la dépense de santé est de 6 285 F CFA (Diarra *et alii*, 1990 : 70) par ménage, soit une dépense par habitant inférieure à 1 100 F CFA.

Pour l'avenir, on devra encore tenir compte de la poursuite du désengagement de l'Etat. La part allouée par le budget d'Etat à la santé est passée de 8,5 % à 4 % entre 1968 et 1987. (cf. graphique 4 d'après Brunet-Jailly, 1989b : 186).

### Répartition du financement des coûts récurrents de la santé 1986

	millions F CFA	%
Financement public		
Etat	4 200	
Autres publics	90	
Opération de développement	8	
INPS	380	
	-----	
	4 678	23
Budgets familiaux		
Tarification	236	
Médicaments	12 000	
Médecine traditionnelle	2 000	
Transport	300	
Honoraires privés clandestins	500	
	-----	
	15 036	74
Aide extérieure	542	3
	-----	
<b>Total</b>	<b>20 256</b>	<b>100</b>

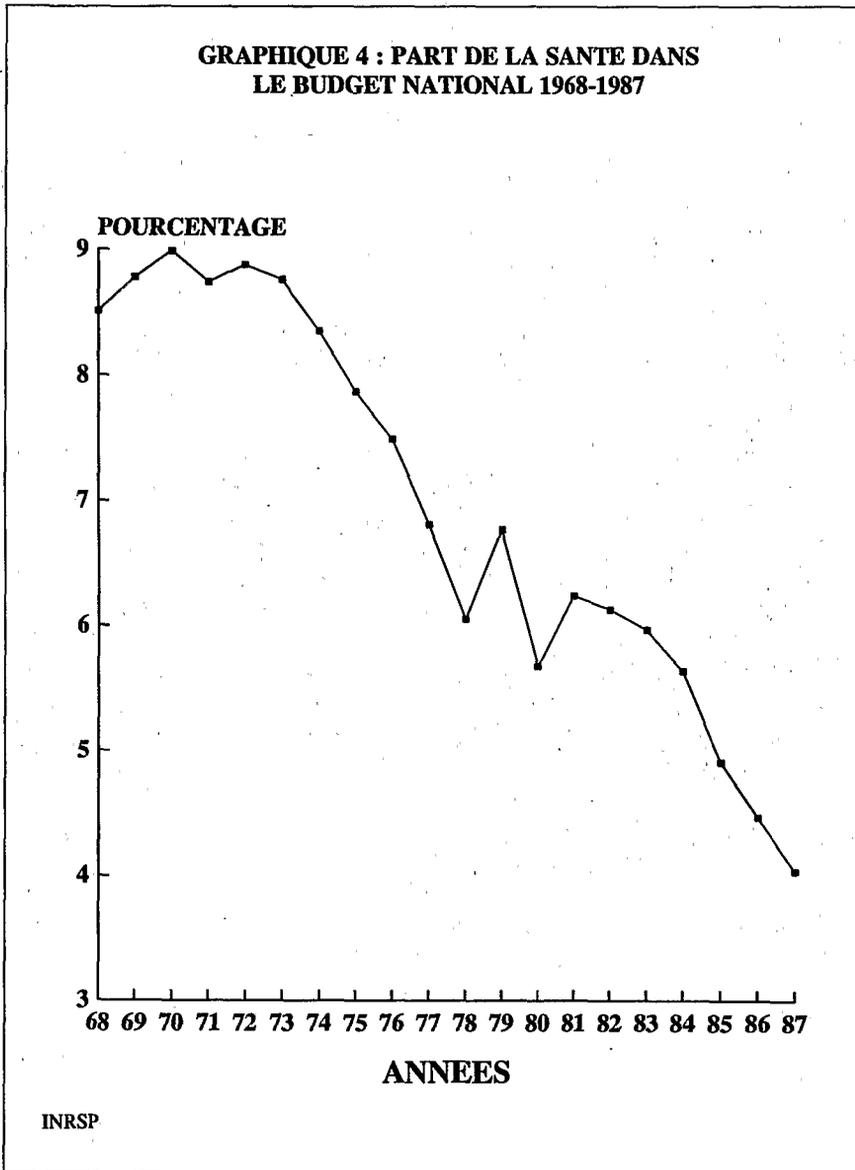
Face à cette situation, nous voudrions considérer plusieurs éventualités envisageables, avant de proposer quelques éléments de solution au problème de financement des services de santé.

#### 4. Alternatives en matière de financement

Le désengagement de l'Etat dans le financement du secteur de la santé, évoqué plus haut, a eu pour conséquence une dégradation continue des services de santé. Pour résoudre cette crise, les décideurs du secteur sanitaire ont envisagé de nouvelles options de financement telles que le recouvrement des coûts, l'assurance maladie, la mutualité, la privatisation des professions médicales et la politique du médicament.

##### 4.1 Recouvrement des coûts

Le recouvrement des coûts dans le contexte malien a pour objectif essentiel l'amélioration de la qualité des soins. Il consiste dans la mise



en œuvre d'une tarification de certaines prestations, délivrées à certains bénéficiaires. Son but est de mettre à la disposition des formations sanitaires quelques recettes pour faire face aux dépenses de fonctionnement élémentaires (Anonyme, 1990b : 108).

Cette définition ainsi formulée ne nous donne pas entière satisfaction. En effet, la tarification ne peut pas être une condition suffisante de l'amélioration de la qualité des soins : tout dépend en réalité de l'utilisation qui sera faite des fonds recueillis. On connaît des cas dans lesquels les premières recettes ont servi à repeindre le logement du médecin-chef ou à réparer un véhicule destiné à lui rendre les déplacements plus aisés. Or, l'amélioration de la qualité des soins est essentiellement fonction du plateau technique, de la qualification du personnel, de sa motivation et de sa conscience professionnelle.

Au demeurant, il ne saurait être question de couvrir, sur les recettes issues de la tarification, la totalité des charges des formations sanitaires. Le coût du personnel fonctionnaire restera, pense-t-on, à la charge de l'Etat.

En outre, le recouvrement des coûts sera difficile à mettre en œuvre, étant donné les pratiques qui se sont instaurées dans le système de santé depuis de longues années. On en juge d'après l'importance des gratuités. Ainsi, dans les hôpitaux, après déduction de toutes les journées des services de psychiatrie et de phthisiologie (les maladies mentales et la tuberculose sont traitées gratuitement), 32 % des journées d'hospitalisation sont gratuites à l'hôpital secondaire de San, et 50 % à l'hôpital National du Point G (Brunet-Jailly, 1989a : 138-153). Il faut savoir que la quasi-totalité des cas de gratuité font l'objet de rétributions privées versées par les patients au personnel de santé.

Il est évident que dans un tel contexte, le niveau des sommes provenant de la tarification ne peut atteindre un montant substantiel. Ce montant a été estimé à environ 300 millions de F CFA en 1986 (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 113).

Cependant, si timide soit-il, le recouvrement des coûts semble bien organisé dans des localités bénéficiant d'une aide extérieure.

Deux études réalisées dans le cadre de la relance des soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara (Mariko, 1989 ; Mariko, 1990) ont montré que l'objectif de la tarification a été largement atteint. En effet, la fréquentation des centres de santé a augmenté, les recettes issues de la tarification dans ces centres permettent de couvrir une partie importante des dépenses de fonctionnement considérées comme justifiées; et le coût de l'ordonnance a nettement baissé par rapport à la période antérieure.

Une autre étude récente menée dans la région de Koulikoro montre que, d'après les données recueillies, l'ensemble du système, tel qu'il est décrit par les documents comptables, est excédentaire : le ratio des recettes totales aux dépenses totales est égal à 1,3 (Mariko, 1990).

Sur la base de ces différents résultats, on peut dire que le système de recouvrement des coûts, associé à un approvisionnement en médicaments essentiels vendus au prix le plus bas, est à encourager.

## 4.2 Assurance maladie et mutualité

Le système d'assurance maladie qui existe actuellement au Mali est embryonnaire (moins de 1 % de la population bénéficie d'un système de protection socio-sanitaire). Ce système, organisé par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), concerne les seuls salariés non fonctionnaires (environ 100 000 en 1986) et présente quelques éléments d'un système de médecine du travail, quelques éléments d'un système d'assurance accidents du travail, et quelques éléments d'un système de médecine de caisse.

Nous n'avons pas pu obtenir la moindre information des assurances privées.

Dans le cadre de la mutualité, la seule expérience concerne la Mutuelle des Travailleurs de l'Enseignement et de la Culture (MUTEC), qui a d'abord mis en place un régime complémentaire de retraite, puis a ouvert ensuite, en 1990, un centre de santé offrant ses soins aux adhérents et à leurs familles.

## 4.3 La privatisation

Bien que la pratique privée de la médecine ait été rendue légale depuis septembre 1983, on ne comptait en 1988 que 9 médecins, 4 infirmières d'Etat, 3 sages-femmes et 29 pharmaciens privés, établis pour la plupart à Bamako (Brunet-Jailly, 1989b). En l'espace de trois ans, la situation s'est profondément modifiée pour les pharmaciens, devenus même trop nombreux aujourd'hui à Bamako (sans doute plus de 70, sur 110 installés en officine). Mais, au début de 1992, six médecins seulement sont installés dans les campagnes.

Parallèlement aux praticiens officiellement installés, la pratique privée clandestine de la médecine semble trouver un terrain favorable chez les professionnels du secteur public (qui ont toujours pratiqué impunément, à titre privé, dans l'illégalité), et chez les malades pour lesquels tout porteur de blouse blanche est considéré comme médecin. Les professionnels chargés de faire respecter la déontologie se comportent jusqu'à présent comme de simples spectateurs, et semblent surtout intéressés par le titre, et les petits honneurs et petits avantages liés à ce titre.

En 1986, les ménages ont dépensé environ 500 millions de F CFA auprès de la médecine privée clandestine (Brunet-Jailly et alii, 1989 : 27).

## 4.4 Politique pharmaceutique

Jusqu'en 1990, la plupart des médicaments étaient importés par la PPM, entité parapublique dépendant du Ministère de la Santé Publique

et des Affaires Sociales ; l'INPS, l'armée et les ONG importaient aussi à concurrence de leurs besoins propres. On a montré qu'environ 86 % des achats effectués par la PPM provenaient de marchés passés de gré à gré, et portaient sur des spécialités. Cette stratégie d'achat au prix le plus élevé coûtait au pays, et à ses malades, quatre fois plus cher qu'un approvisionnement en médicaments essentiels achetés par appels d'offres sur le marché international (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 47).

Des programmes visant à rendre le médicament plus accessible et au prix le plus bas ont été entrepris depuis le milieu des années 1980. Le premier, dénommé « réforme pharmaceutique », utilisait une liste restreinte de médicaments essentiels qui devaient être rendus disponibles dans quelques officines pharmaceutiques de Bamako et dans la zone du projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale (cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba). Il a échoué, devant l'opposition inavouée mais efficace des prescripteurs, et devant la cupidité des vendeurs, qui ont su vendre les médicaments essentiels aux prix des spécialités et faire main basse sur la différence. On a invoqué, pour excuser les uns et les autres, des besoins de formation.

Le second programme, à peine conçu, a avorté : c'est l'« Initiative de Bamako », plus ambitieuse encore que la « réforme pharmaceutique », puisqu'elle devait permettre de financer, par le bénéfice réalisé sur la vente des médicaments essentiels, certaines dépenses courantes des formations sanitaires. Ce programme s'est réduit comme peau de chagrin du jour où la Banque Mondiale a obtenu que la Pharmacie Populaire du Mali soit privée de son réseau de distribution et de son monopole d'importation, et que les prix des médicaments soient libérés.

## Conclusion

La crise du financement du secteur de la santé au Mali résulte d'abord d'un gigantesque gaspillage, et la première solution consiste donc à réduire les coûts, notamment sur les points suivants :

— une réduction des objectifs d'investissement dans le secteur : des enquêtes de terrain réalisées en 1987 nous ont permis de constater non seulement que les taux d'occupation des lits sont très faibles comme l'est l'activité des consultations externes, mais encore que de nombreux investissements neufs n'ont jamais été mis en service (au moins 7 maternités rurales, 2 centres de Protection Maternelle et Infantile, 2 laboratoires, 1 cabinet dentaire et 1 bloc chirurgical), soit par manque d'équipement nécessaire, soit par manque de personnel qualifié, sans compter d'autres opérations grossièrement surdimensionnées dans

certaines localités où ni le taux de fréquentation, ni les conditions économiques ne permettront jamais d'utiliser la capacité créée ;

— l'application et l'extension d'une politique des médicaments essentiels, afin de rendre les médicaments géographiquement et financièrement accessibles à toute la population nationale.

A ces deux actions, il sera nécessaire d'associer la création de ressources nouvelles. Cela exigera la mobilisation de ressources supplémentaires à l'intérieur du secteur de la santé par une meilleure application de la tarification, son extension à tous les actes médicaux et à toutes les formations sanitaires, tout en définissant des conditions étroites de gratuité et en veillant à leur respect.

Si on associe à ces trois actions une bonne gestion des ressources humaines et financières déjà disponibles au sein du secteur de la santé, et une politique d'information incitant la population à fréquenter les formations sanitaires — ceci suppose une reprise en main du personnel socio-sanitaire —, un système de recouvrement des coûts élargi aux médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) comme cela se fait dans les centres de santé communautaire qui ont vu le jour ces dernières années, tout cela peut fournir un début de réponse à la crise de financement que connaît le système de santé du Mali.

## RÉFÉRENCES

- ANONYME (1990a) : *Plan quinquennal de développement socio-sanitaire 1990-1994*, présentation générale, DNPFS/DNSP (DRSP-Sikasso), juin 1990, 123 p.
- ANONYME (1990b) : *République du Mali : santé, population alimentation en eau des zones rurales (deuxième projet)*, Banque Mondiale, Division Population et Ressources Humaines, Département du Sahel, Région d'Afrique, novembre 1990, non publié.
- BRUNET-JAILLY J. (1988) : *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako*, INRSP, Bamako, 1988, 41 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1989a) : *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako, janvier 1989, 186 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1989b) : « Le financement de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire », in : Association d'Economie Sociale, Laboratoire d'Etudes et de Recherches Economique de l'Université de Caen, *L'économie sociale dans les pays en développement*, Caen, 1989, 149-188.
- BRUNET-JAILLY J., DIARRA K., COULIBALY S. O. et alii (1989) : *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, INRSP, Bamako, avril 1989, 179 p.
- CUMPER G. (1986) : *Health sector financing : estimating health expenditure in developing countries*, EPC publication Number 9, London, 1986, 73 p.

- DIARRA K., COULIBALY S. O. (1990) : « Financing of recurrent health costs in Mali », *Health Policy and Planning*, London, 5 (2), June 1990, 126-138.
- DIARRA T., TRAORÉ S., DIAKITÉ B.DJ., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*, vol. 1, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.
- FARDEAU M. (1990) : *Cours d'économie de la santé*, DESS Economie et Gestion du Système de Santé, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne, année universitaire 1989-1990.
- MARIKO M. (1989) : *Evaluation des dépenses de santé des institutions dans le cercle de Bandiagara*, INRSP, Bamako, novembre 1989, 47 p.
- MARIKO M. (1990) : *Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région*, INRSP, Bamako, novembre 1990, 98 p.

## Deux expériences de recouvrement des coûts dans les services de santé

par Mamadou MARIKO

Par système de recouvrement des coûts, il faut entendre la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé par les bénéficiaires (en général les malades). On se propose de montrer ici dans quel contexte ce système a été mis en place au Mali, pays qui, dès son accession à l'indépendance, s'est assigné diverses missions dans tous les secteurs de la vie économique et sociale, et en particulier, dans le domaine de la santé, celle d'assurer aux malades, où qu'ils se trouvent et au moment opportun, la gratuité des soins. Si cette politique a porté ses fruits pendant les dix premières années de l'indépendance, notamment grâce à l'aide extérieure (médicaments, assistance technique...), elle a subi un échec cuisant depuis plus de vingt ans pour plusieurs raisons :

— la faible participation financière de l'Etat : la part relative des ressources budgétaires affectées à la santé diminue d'année en année (Brunet-Jailly, 1989 : 186) ;

— l'irrégularité et l'insuffisance des crédits de médicaments : l'Etat s'était engagé à accorder chaque année un crédit de médicaments aux différentes formations sanitaires afin d'assurer les premiers soins aux malades. Malheureusement, ces crédits sont toujours restés d'un montant très faible et ne couvrent même pas le cinquième des besoins. Mais, pire encore, ces crédits sont accordés de façon irrégulière, et certaines formations sanitaires peuvent attendre plus de deux ans sans être dotées en médicaments de premiers soins.

— le dysfonctionnement du système national d'approvisionnement en médicaments : l'Etat a été jusque-là incapable d'asseoir une politique viable d'approvisionnement et de distribution des médicaments à la population. Les organismes d'Etat créés à l'indépendance (la « Pharmacie Populaire du Mali », ou PPM, pour approvisionner le public et « la Pharmacie d'approvisionnement » pour le ravitaillement des formations sanitaires) ont accumulé des pertes jusqu'à ce qu'on tente en 1981 une grande restructuration par la création de l'Office Malien de Pharmacie, organisme qui a dû être liquidé dès 1985. Cette même année, l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP) a commencé à produire une vingtaine de produits dont les coûts de production restent élevés. L'année 1986 a vu la signature d'un accord de co-gestion entre la Chine et le Mali dans le but d'assainir la gestion de la PPM. Bien sûr, la PPM, dès ce moment-là, a fait des bénéfices, mais sur le dos des malades : détenant le monopole d'importation jusqu'en 1990, la PPM s'approvisionnait sur le marché européen en spécialités, achetées au plus cher (86 % de ses achats se faisaient de gré à gré), dont les coûts de revient étaient encore multipliés par 1,95 pour fixer le prix de vente au public (marge généreuse fixée par les pouvoirs publics).

— l'inégale répartition du personnel qualifié : on constate une forte concentration du personnel qualifié (médecins, infirmiers, sage-femmes) dans la capitale et les chefs-lieux de régions, alors que l'on prétend mener une politique des soins de santé primaires. N'est-il pas, en outre, utopique de penser que l'on peut mener à bien une telle politique avec des agents formés en quelques semaines, et laissés ensuite trop souvent à eux-mêmes, sans supervision sérieuse ?

Ainsi, tous les facteurs cités ci-dessus ont concouru à la faible fréquentation des centres de santé, et, de surcroît, à la faible couverture sanitaire (environ 15 % de la population a potentiellement accès aux services de santé publics).

Dans ce contexte se sont développés, çà et là, des systèmes de recouvrement des coûts, dont le but essentiel est de financer une partie des coûts récurrents (1) par la vente des prestations aux populations. Il est à noter qu'aucun cadre juridique n'a été défini avant l'installation de ces systèmes. Il est clair aussi que ces systèmes ne peuvent réussir que si la population est entièrement impliquée dans la prise de décision, et si elle est en mesure de comprendre les mécanismes de leur fonctionnement. C'est dans ce but qu'ont été mis en place des comités ou conseils de gestion, qui sont malheureusement non fonctionnels pour la simple raison que leurs membres — les chefs des services

---

(1) Cette expression appartient au jargon des organisations internationales, et désigne simplement les dépenses qui reviendront un jour à la charge des nationaux (après avoir été financées par l'aide extérieure), donc les dépenses de fonctionnement ou dépenses courantes.

administratifs et les représentants du parti unique de la localité (2) — sont nommés par un arrêté ministériel et non pas élus par la population.

## 1. Le système de recouvrement des coûts dans le cercle (district) de Bandiagara

La Région de Mopti (cinquième région) a une population de 1,26 million, avec une densité moyenne de 16 habitants au km<sup>2</sup>. Elle compte 8 cercles et 55 arrondissements. L'organisation sanitaire étant calquée sur le découpage administratif territorial, la région possède 8 centres de santé de cercle et 55 centres de santé d'arrondissement, auxquels il faut ajouter 44 dispensaires de villages.

En mars 1988, à partir des programmes élaborés par les 8 cercles de la Région avec l'appui de la Direction Régionale de la Santé, a été conçu un programme quinquennal sanitaire régional (1988-1992) dont l'objectif principal consistait à faire fonctionner les formations sanitaires existantes, qui étaient jusqu'alors totalement paralysées. Ce programme, qui donne un rôle à plusieurs intervenants extérieurs (*UNICEF* pour le cercle de Djenné, *GTZ* pour le cercle de Bandiagara, *Médecins du Monde* pour les cercles de Bankass et Koro, *Save the Children Fund-UK* pour le cercle de Douentza), a retenu trois nouvelles sources de financement :

- la vente des médicaments essentiels de façon à assurer le renouvellement d'un stock par la constitution d'un fonds de trésorerie couvrant le réapprovisionnement et les frais de gestion ;
- le paiement des prestations de façon à couvrir les frais courants des formations ;
- l'utilisation éventuelle d'une partie de la taxe de développement local et régional.

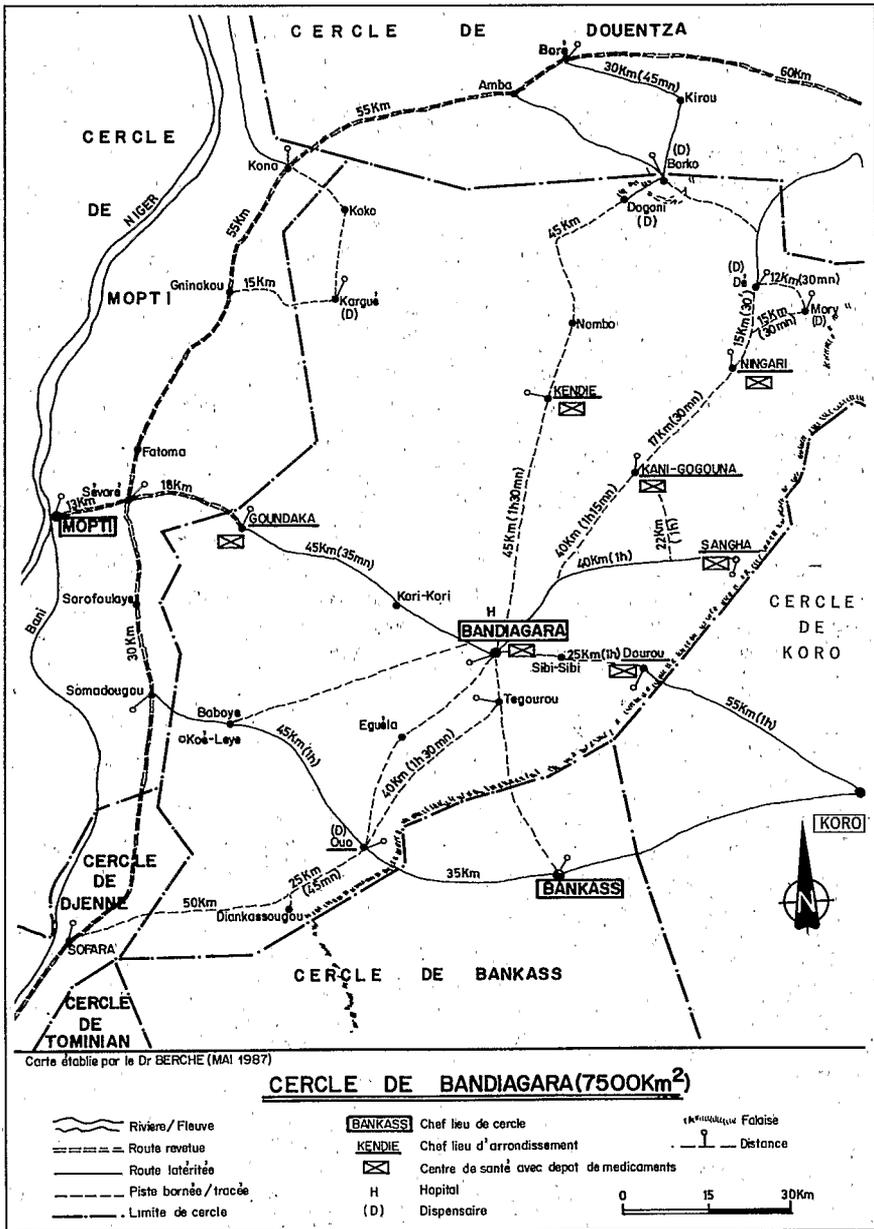
Par ailleurs, l'Etat s'est engagé à maintenir le personnel existant pendant toute la phase d'exécution du programme.

Ce système de financement a été mis en place dans 6 des 8 cercles de la région, mais nous n'aborderons ici que le cas du cercle de Bandiagara où il a effectivement démarré en mars 1989.

### 1. 1 Description du système

Le cercle de Bandiagara compte près de 200 000 habitants (pour 7 500 km<sup>2</sup>) dont 28,4 % vivent dans un rayon de 5 km des services de santé publics. En 1987, le quart seulement de cette population utilisait

(2) Parti unique dissous après le renversement de l'ancien régime, le 26 mars 1991.



les services de santé. Le cercle dispose de 7 centres de santé d'arrondissement et d'un centre de santé localisé au chef-lieu de cercle qui sert d'hôpital pour toute la circonscription. Ce dernier centre de santé

est dirigé par un médecin-chef, tandis que chaque centre de santé d'arrondissement est confié à un infirmier.

Le système est actuellement fonctionnel dans tous les arrondissements, sauf Ouô où les infrastructures adéquates n'existent pas. On trouve partout deux circuits financiers, celui de la vente des médicaments et celui des prestations ; une description de chacun d'eux s'avère donc nécessaire.

### *La vente des prestations*

Le malade qui se présente au centre de santé prend un ticket, qui est vendu à un tarif forfaitaire, fixé en principe par le conseil de développement (3) du cercle, et uniforme dans tout le cercle. Au centre de santé d'arrondissement, c'est l'infirmier qui encaisse l'argent issu de la vente des tickets, alors qu'au centre de santé de cercle c'est le secrétaire-comptable qui en est chargé.

Chaque ticket comporte deux parties, dont l'une reste au centre de santé et l'autre est délivrée au malade. Il faut noter aussi qu'il existe deux catégories de tickets : le ticket « A » correspond aux actes offerts par un infirmier ou une sage-femme, et le ticket « B » aux actes des médecins. Les tarifs des différents types de tickets figurent dans le tableau 10 en annexe. Seuls les personnels de santé ont droit à la gratuité des prestations (mais pas des médicaments).

Chaque mois, l'infirmier chef de poste du centre de santé d'arrondissement (C.S.A) verse au secrétaire-comptable 50 % des recettes et garde le reste (50 % également) pour faire face aux frais de fonctionnement du centre (produits d'entretien, fourniture de bureau, carburants et lubrifiants, réparations de mobylettes). Les 50 % versés au secrétaire-comptable servent aux « achats globaux », c'est-à-dire les achats impossibles à faire dans l'arrondissement (carnets de tickets, ordonnanciers, cahier de bons de commande, qui sont disponibles seulement au chef-lieu de Région).

Signalons enfin que, lors du démarrage du système, chaque centre ne conservait que le quart de ses recettes de tickets pour assurer son fonctionnement courant : il fallait initier les infirmiers à la gestion de petites sommes, et avoir une idée des dépenses.

---

(3) Ce conseil devait être composé d'élus, à la différence du comité de développement, qui ne réunit que des fonctionnaires ; mais, malgré (ou à cause de) la confusion entre le parti et l'Etat jusqu'au 26 mars 1991, les conseils de développement n'ont jamais été constitués.

### *La vente des médicaments*

Le malade qui a pris le ticket se présente chez l'infirmier ou le médecin, qui l'examine et lui prescrit une ordonnance rédigée sur un ordonnancier standardisé pour toute la région. Chaque ordonnance est établie en deux exemplaires : l'un est conservé chez le prescripteur et l'autre est délivré au malade. Ce dernier part au dépôt de vente des médicaments, tenu par un gérant proposé par le comité local de développement et engagé par le conseil de gestion du cercle sur les fonds issus de la vente des médicaments. Le gérant évalue le coût de l'ordonnance, et sert les médicaments prescrits correspondant au traitement complet (il n'y a pas de vente partielle des médicaments figurant sur l'ordonnance). Seuls les médecins sont habilités à se prononcer sur la gratuité des médicaments au bénéfice de certains malades.

Chaque mois, chacun des gérants d'arrondissement reverse la recette issue de la vente des médicaments au secrétaire-comptable du centre de santé de cercle (C.S.C). Le gérant du C.S.C procède, quant à lui, à un reversement hebdomadaire auprès du même secrétaire-comptable. Ces recettes servent à couvrir toutes les dépenses récurrentes liées aux médicaments et aux consommables et à leur distribution : salaires des gérants, reconstitution du stock, transport...

Parallèlement, le gérant d'arrondissement établit un bon de commande, le fait viser par l'infirmier du centre. A l'arrivée au centre de santé de cercle, il le fait viser également par le médecin-chef avant de se faire servir par le gérant de la réserve centrale (qui est en même temps gérant du dépôt de vente du C.S.C.).

Les deux circuits (vente de médicaments et vente de prestations) sont décrits dans le schéma 1 (en annexe).

## **1. 2 Résultats du système de financement**

On examinera d'abord les dépenses de fonctionnement courant : taux de couverture par les recettes de la tarification, structure, sources de financement de ces dépenses ; on décrira ensuite le recouvrement des coûts des médicaments ; on verra enfin quel a pu être l'impact de la tarification des prestations associée au recouvrement des coûts des médicaments sur la fréquentation des services de santé.

### *1-2-1 Les prestations*

Le première question que l'on se pose est de savoir si l'on parvient à couvrir les dépenses de fonctionnement grâce aux recettes de la tarification. Rappelons que les dépenses de fonctionnement courant comprennent :

- les dépenses effectuées sur la moitié des recettes qui reste à la disposition de chaque centre de santé ;
- les dépenses collectives supportées par la moitié des recettes mensuelles versée au secrétaire-comptable.

L'étude dont nous résumons les résultats (Berche, Mariko, 1991) a été effectuée après 19 mois de fonctionnement du système. Le tableau suivant répond à la question posée.

Tableau 1

**Taux de couverture des dépenses de fonctionnement courant par les recettes de la tarification (mars 1989-septembre 1990)**

Recettes de la tarification	2 884 000 F CFA
Dépenses de fonctionnement (4)	3 503 670 F CFA
Taux de couverture	82,3 %

Ainsi, après 19 mois de fonctionnement du système, la couverture des dépenses de fonctionnement courant des centres de santé du cercle n'était pas assurée par les seules recettes de la tarification. En effet, dans la réalité, la G.T.Z. a supporté, de mars 1989 à février 1990, les dépenses qui devaient être prises en charge par la caisse collective et a payé aussi les dépenses de fonctionnement du programme « schistosomiase ». Cela justifie qu'on s'intéresse à la répartition des dépenses par nature et par source de financement.

Tableau 2

**Répartition des dépenses de fonctionnement par nature (mars 1989 - septembre 1990, soit 19 mois)**

Nature des dépenses	Montant en F CFA	%
Produits d'entretien	443 115	11
Fourniture de bureau	1 187 330	29
Carburants-lubrifiants	854 525	21
Réparations mobylettes et véhicules	788 550	20
Personnel et <i>per diem</i> (primes et honoraires)	259 375	6
Divers	391 975	10
Consommables médicaux	135 000	3
<b>TOTAL</b>	<b>4 059 870</b>	<b>100</b>

(4) Nous n'avons pas tenu compte des dépenses engagées dans le cadre du programme de lutte contre la schistosomiase, en raison du caractère ponctuel de ce programme.

L'importance des dépenses de fourniture de bureau est due au fait que le système utilise une multitude de supports de gestion (carnets de tickets, ordonnanciers...), dont le coût est relativement élevé.

Le montant d'environ 4 millions de F CFA pour 19 mois a été financé comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3

**Répartition des dépenses de fonctionnement par source de financement (mars 1989 — septembre 1990)**

Sources	Montant (F CFA)	%
Budget autonome	2 587 595	64
Subventions G.T.Z	1 472 275	36

Ainsi, le budget autonome a pris en charge, pour les 19 mois sur lesquels porte notre analyse, environ les deux tiers des dépenses engagées pour le fonctionnement courant des activités effectuées par les formations sanitaires du cercle.

Ajoutons que, pour introduire une réflexion sur l'utilisation des moyens dont dispose le système de santé du cercle, la même étude (Berche, Mariko, 1991 : 41-45) a donné une estimation du coût d'un malade opéré, d'un malade hospitalisé et celui d'une accouchée : il s'agit des coûts de fonctionnement hors salaires (frais de fonctionnement courant et frais des consommables médicaux).

Tableau 4

**Evaluation des coûts spécifiques (en F CFA)**

Type de malade	Cercle de Bandiagara	Hôpital de Mopti (hôpital de référence)
Malade opéré	5 070	10 000
Malade hospitalisé	555	3 300
Femme accouchée	640	1 560

Le coût élevé à l'hôpital de Mopti (hôpital de référence du cercle de Bandiagara) est dû en grande partie aux consommables médicaux

dont les tarifs à la Pharmacie Populaire du Mali sont très supérieurs à ceux du marché international sur lequel le cercle de Bandiagara effectue ses achats.

### 1-2-2 Les médicaments

En vue de rendre les médicaments essentiels financièrement et géographiquement accessibles, on a installé un dépôt de vente de médicaments essentiels dans 7 arrondissements (y compris l'arrondissement central où se trouve le centre de santé du cercle).

L'analyse (Berche, Mariko, 1991 : 68-71) du compte d'exploitation de chacun des dépôts a donné les résultats qui sont résumés dans le tableau 5.

Tableau 5  
**Résultats des comptes d'exploitation des dépôts en FCFA**

Arrondissement	Recettes	Dépenses	Résultat
Central (19 mois)	9 704 525	7 132 230	2 572 295
Ningari (9 mois)	845 935	736 435	109 500
Sangha (4 mois)	753 435	586 545	166 890
Kani (9 mois)	383 785	420 985	-37 200
Goundaka (9 mois)	599 635	573 190	26 440
Dourou (18 mois)	801 415	876 365	-74 950
Kendié (18 mois)	1 193 090	1 116 205	26 885
<b>TOTAL</b>	<b>14 821 820</b>	<b>11 491 950</b>	<b>2 789 870</b>

Les dépôts installés dans le cercle sont bénéficiaires sauf ceux de Dourou et de Kani-Gogouna. Le premier cas s'explique non seulement par le faible pouvoir économique de cet arrondissement (comparativement à Ningari où le commerce est florissant et l'artisanat assez développé), mais surtout par la présence d'un infirmier qui est désavoué par la population. Quant à Dourou, l'explication du déficit est la situation précaire de l'arrondissement, qui a souffert, pendant les deux années (1989 et 1990) correspondant à la période étudiée, d'une sécheresse aggravée par les ravages dus aux criquets migrateurs, ce qui a entraîné le déplacement temporaire de sa population vers d'autres contrées.

Pour favoriser la réflexion sur le coût des prescriptions et sur leur adéquation aux diagnostics, on a calculé un certain nombre d'indicateurs : le coût moyen d'une ordonnance et le nombre moyen de médicaments, le coût moyen de l'ordonnance en cas d'opération chirurgicale et en cas d'hospitalisation, la proportion des ordonnances prescrites qui ne sont pas effectivement servies aux malades (on parle de « taux de fuite » : le malade part sans acheter les produits prescrits, généralement parce qu'il n'a pas l'argent nécessaire).

— Coût moyen d'une ordonnance et nombre moyen de médicaments prescrits

Bien que le coût moyen d'une ordonnance soit supérieur au plafond fixé par la Direction Régionale de la Santé (500 FCFA), il est l'un des plus bas du pays (deux à trois fois moins cher que celui des ordonnances servies à la Pharmacie Populaire du Mali). Ce coût moyen est de 771 F CFA (pour le coût de chaque centre, se référer au tableau 11 en annexe). Une analyse du coût de la prescription selon la qualification du prescripteur, au centre de santé de cercle, a donné les résultats suivants, obtenus sur un échantillon de 760 ordonnances servies au dépôt de vente : coût moyen d'une ordonnance prescrite par un médecin : 835 F CFA ; par un infirmier : 840 F CFA ; par une sage-femme : 640 F CFA. Quant au nombre moyen de produits se trouvant sur une ordonnance, il tourne autour de 2.

— Coût moyen de l'ordonnance d'un malade opéré et d'un malade hospitalisé

Type de formation	Hospitalisation	Chirurgie
Hôpital National	13 000 F CFA	30 000 F CFA
Hôpital Régional	4 500 F CFA	10 000 F CFA
Centre de Santé de Bandiagara	3 105 F CFA	7 425 F CFA

Le coût relativement bas des ordonnances à Bandiagara est simplement dû à la présence des médicaments essentiels acquis sur le marché international (généralement auprès de *International Dispensary Association*, organisation non gouvernementale spécialisée dans la vente en gros des médicaments essentiels en dénomination commune internationale), alors que l'on continue à prescrire des spécialités coûteuses dans les hôpitaux nationaux et régionaux.

— Taux de fuite des ordonnances prescrites

Le tableau 12 en annexe montre que 94,3 % des ordonnances prescrites sont servies par les gérants des dépôts ; ainsi le taux de fuite n'est que de 5,7 % en 1990, ce qui permet de penser que les utilisateurs sont satisfaits ; mais on ne peut rien dire des malades qui ne se présentent

pas à la consultation parce qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent même pas payer le ticket de consultation.

### *1-2-3 Impact du système sur la fréquentation*

Pour avoir une idée de l'effet quantitatif du système sur la fréquentation, nous avons comparé les résultats des activités de consultation externe, d'accouchement et de consultation prénatale, avant et après la mise en place de ce système de recouvrement des coûts et d'approvisionnement en médicaments. L'étude porte toujours sur les 19 mois antérieurs et sur les 19 mois postérieurs.

#### — Centre de santé de cercle

\* le nombre moyen mensuel de nouveaux cas (cf. fig. 1) est passé de 602 à 642, soit une augmentation de 6,6 % ;

\* le nombre moyen mensuel d'accouchements (cf. fig. 2) a diminué de 8,6 % (37 accouchements avant, 34 après la mise en place du système) ;

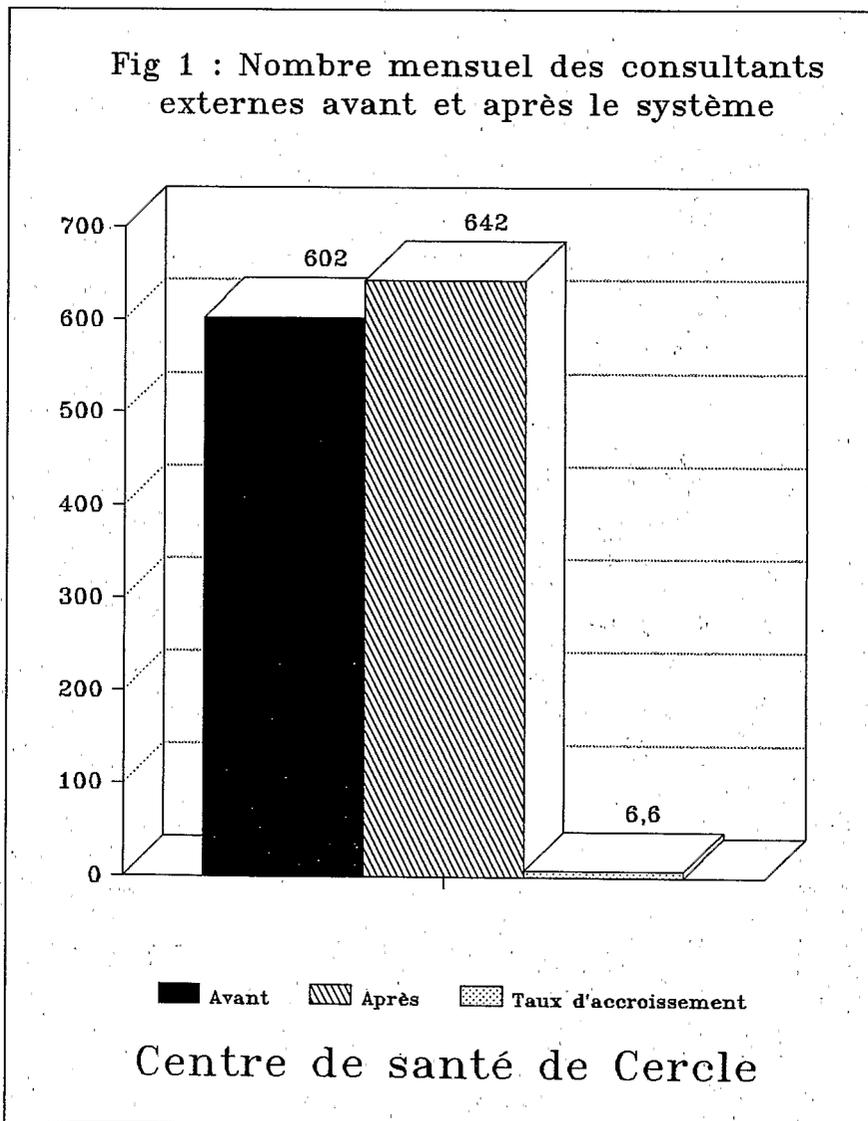
\* le nombre moyen mensuel de consultant en prénatales (cf. fig. 2) a augmenté de 13,6 % (32 avant, 36 après la mise en œuvre du système).

#### — Centres de santé d'arrondissement

\* D'une façon générale, le nombre de consultants (cf. fig. 3) a augmenté dans tous les arrondissements avec l'instauration du système (sauf à Sangha où les malades bénéficiaient depuis plusieurs années de médicaments donnés par la ville de Cheny (France), jumelée avec Sangha, contre paiement de 200 F CFA seulement) ;

\* En ce qui concerne les accouchements, d'après les seules données disponibles dans trois arrondissements (du fait de la mauvaise tenue des registres dans les autres localités), nous avons constaté (cf. fig. 4) une augmentation de 25 % à Kendié, une diminution de 28,6 % à Dourou et une augmentation de 27,3 % à Sangha (comparaison faite avec la période directement antérieure).

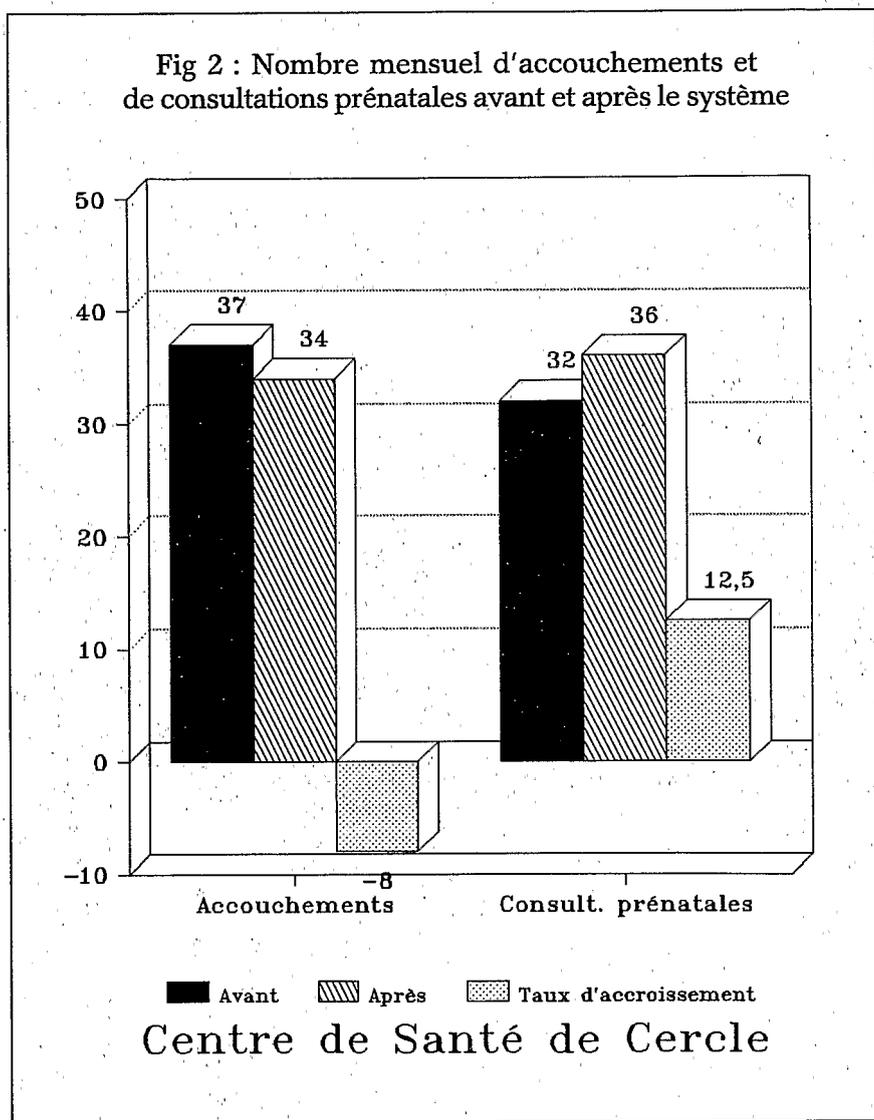
Par ailleurs, le système n'a pas eu d'effets favorables sur la qualité des soins (Berche, Mariko, 1991 : 108) : la présence d'un équipement adéquat et la disponibilité des médicaments sont des facteurs nécessaires, mais non suffisants, pour l'amélioration de la qualité des soins. Cette dernière dépend beaucoup de la capacité professionnelle et du comportement des agents, qui ont besoin d'une supervision très ferme, autant ou plus que de formation continue, pour atteindre les objectifs officiellement assignés aux soins de santé primaires.



## 2. Le projet de développement sanitaire de la deuxième région du Mali (PDS Koulikoro)

Au cours de l'année 1988, la deuxième région (Région de Koulikoro) a engagé un programme de développement sanitaire dénommé « PDS Koulikoro ». Ce programme était d'une très grande ambition,

Fig 2 : Nombre mensuel d'accouchements et de consultations prénatales avant et après le système

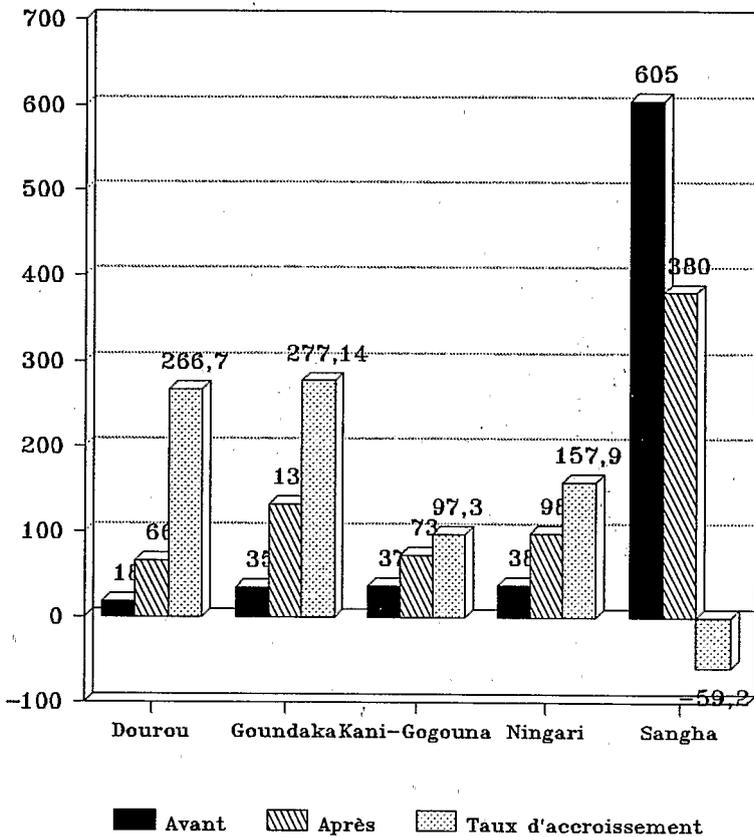


parce qu'il voulait atteindre les niveaux les plus périphériques de la pyramide sanitaire de la Région, alors que l'effort entrepris dans la 5<sup>e</sup> Région n'allait pas au-delà de l'arrondissement.

Deux objectifs principaux caractérisaient ce programme :

— doter les formations sanitaires des moyens nécessaires au bon fonctionnement de leurs activités ;

Fig 3: Nombre mensuel des consultants externes avant et après le système

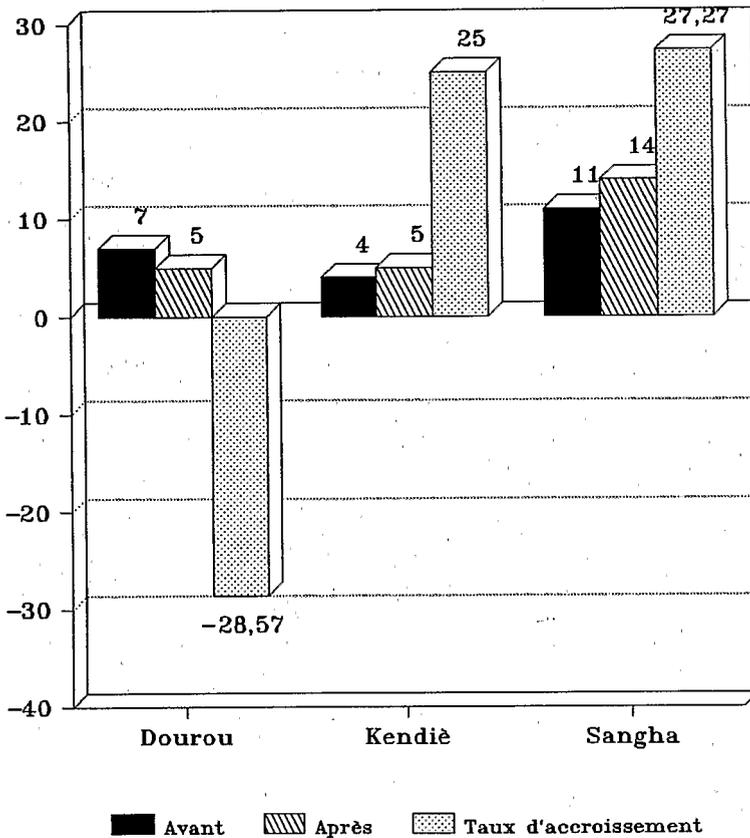


### Centres de Santé périphériques

— assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments de premiers soins, et la vente au public de médicaments à un prix abordable.

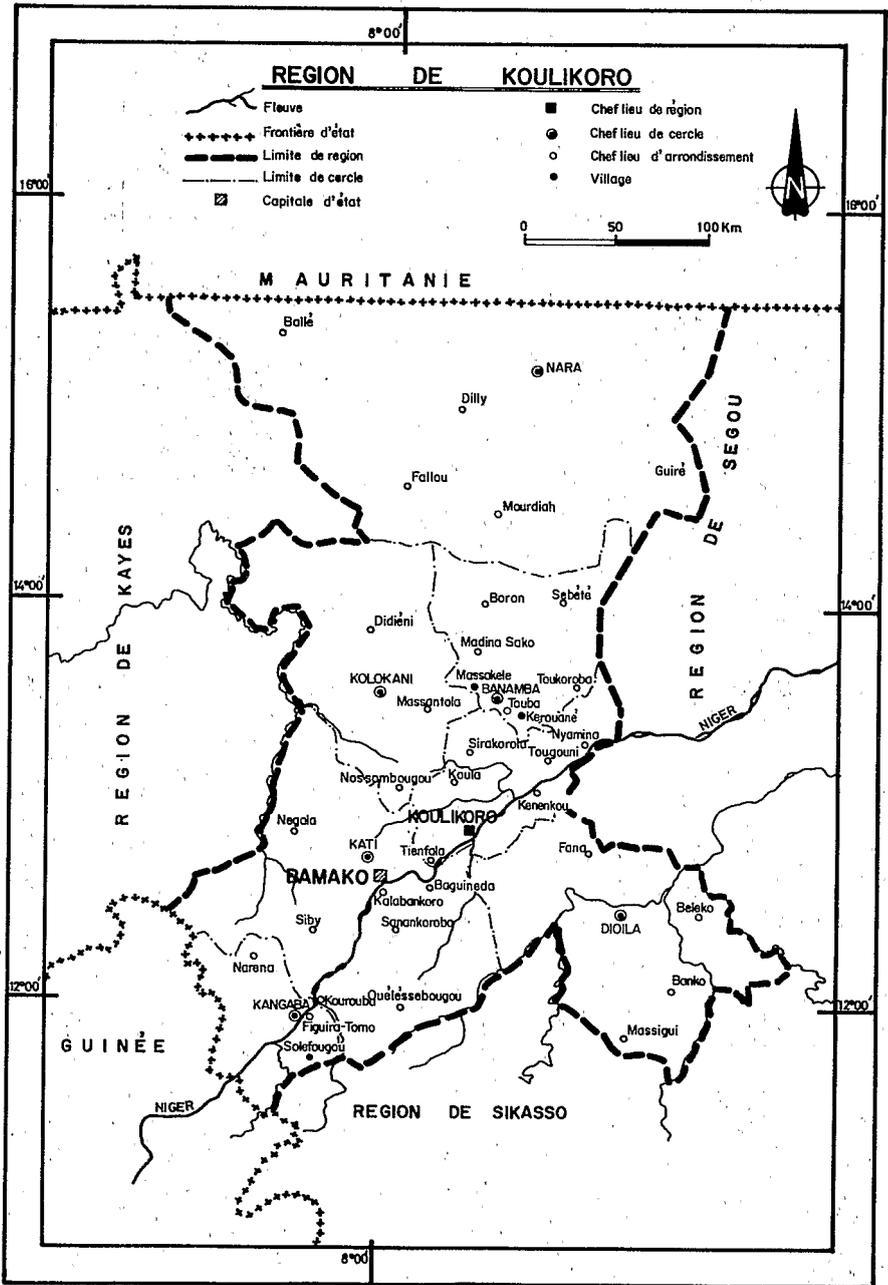
Pour atteindre le premier objectif, on a instauré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de la région (centres de santé de cercle, centres de santé d'arrondissement, secteurs de développement regroupant

Fig 4: Nombre mensuel des accouchements avant et après le système



### Centres de Santé périphériques

5 à 8 villages) un système de vente des prestations (ou tarification). Les tarifs fixés en accord avec les conseils de gestion sont uniformes dans les secteurs de développement, mais variables si l'on passe d'un centre de santé de cercle à un autre ou d'un centre de santé d'arrondissement à l'autre. Les recettes de la tarification doivent servir à financer le fonctionnement courant des centres (frais de fourniture, d'entretien, de réparation de mobylettes...), les frais de supervision, le renouvellement



des médicaments de premiers soins (5), et à payer les matrones, aides-soignants, trésoriers et manœuvres (mais pas les autres agents de la santé, qui sont fonctionnaires).

Quant au deuxième objectif, trois stratégies ont été adoptées :

— la recherche d'un apport initial en médicaments : il a été obtenu grâce à des dons de différents bailleurs de fonds, tels que le Fonds d'Aide et de Coopération, le Service Néerlandais des Volontaires, l'UNICEF, le Centre d'Echanges et de Coopération Internationale... Ces apports se chiffraient à 20,6 millions de F CFA entre février 1988 et avril 1989 (les quantités livrées par les bailleurs de fonds ont été évaluées aux prix de revient des magasins santé des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> Régions — respectivement Tombouctou et Gao — qui s'approvisionnent auprès de IDA).

— la fourniture régulière aux formations sanitaires des médicaments de premiers soins : on a décidé d'approvisionner ainsi les centres de santé (du cercle jusqu'au secteur de développement) à partir des dons reçus des bailleurs de fonds, et d'assurer le renouvellement des médicaments grâce à un prélèvement de 100 F CFA par ticket vendu. Une étude récente (Mariko, 1990 : 88) a montré que ce montant était insuffisant, et qu'il faudrait prélever 115 F CFA par ticket vendu pour renouveler les quantités de médicaments de premiers soins consommées.

— la création des dépôts de vente de médicaments dans les secteurs de développement : ces dépôts gérés par des commerçants privés ont été dotés chacun d'une certaine quantité de médicaments essentiels pour une valeur de 200 000 F CFA. Les dépositaires se sont engagés, en conséquence, à verser à la Direction Régionale de la Santé de la deuxième Région une somme mensuelle de 5 000 F CFA, destinée (avec la provision faite sur les tickets vendus) à l'achat de médicaments de premiers soins des formations sanitaires. Il était prévu qu'à l'épuisement de ce stock initial, les dépôts s'approvisionnent en spécialités auprès de la succursale de la Pharmacie Populaire la plus proche dont on attendait qu'elle consente une remise de 10 %.

Cela étant, nous tenterons de répondre à quelques questions importantes : les recettes de la tarification couvrent-elles les dépenses de fonctionnement engagées par le système ? Les différents cercles ont-ils les mêmes habitudes de dépenses ? Quel est le coût des médicaments de

---

(5) Pour rendre la tarification des prestations plus acceptable dans cette région, on a imaginé que le ticket de consultation donnerait droit aux « médicaments de premiers soins », en principe le traitement du premier jour, en pratique un injectable ou trois comprimés ; seule la suite du traitement faisait l'objet d'une prescription payante. Ce système s'est avéré beaucoup trop compliqué.

premiers soins par ticket vendu ? Les dépôts privés installés dans les secteurs de développement sont-ils viables ? S'acquittent-ils des redevances mensuelles qu'ils doivent verser à la Direction Régionale ? Quel a été l'impact du système sur la fréquentation des centres de santé ?

### 2.1 Couverture des dépenses par les recettes

Signalons d'abord que les recettes proviennent en général des actes de consultations externes, et que les centres de santé de cercle en sont les principaux générateurs, sauf dans le cercle de Kangaba (le plus petit cercle de la région) où les recettes des secteurs dépassent celles du centre de santé de cercle (centre de référence)

Tableau 6  
Couverture des dépenses par les recettes estimées (en F CFA).

Cercle	Période	Recettes (1)	Dépenses (2)	Taux de couverture [(1)/(2)] × 100
Dioila	10/88 - 6/90	23 340 550	19 525 615	119,5
Kangaba	11/88 - 6/90	6 379 315	4 888 940	130,5
Nara	8/88 - 5/90	9 212 950	7 667 750	120,1
Banamba	9/88 - 6/90	12 367 900	11 463 130	107,9
Kati	7/88 - 6/90	25 254 350	23 342 985	108,2

Le tableau 6 montre que les recettes générées ont pu largement couvrir les dépenses engagées par les formations sanitaires : aucune subvention n'a été nécessaire pour faire fonctionner les centres de santé, quel que soit leur niveau dans la pyramide. Les investigations ont concerné 5 des 7 cercles de la région, ceux pour lesquels les données étaient assez fiables.

### 2.2 Dépenses de fonctionnement

Dans le plan adopté par la deuxième région, il a été posé en principe que les matrones et les aides-soignants percevaient 12 000 F CFA pendant les 3 premiers mois de la mise en route du système, après quoi les règles suivantes seraient appliquées :

- 11 500 F CFA par mois pour les agents des secteurs dans lesquels il auront été vendus entre 90 et 120 tickets dans le mois ;
- une rémunération fixée par le comité de santé pour les secteurs dans lesquels il aura été vendu plus de 120 tickets.

Quant au renouvellement des médicaments de premiers soins, un versement mensuel de 100 F CFA par ticket vendu au centre de santé de cercle et au centre de santé d'arrondissement devrait être fait à la Direction Régionale.

Malheureusement, aucune instruction n'a été donnée pour limiter raisonnablement les dépenses dites de fonctionnement courant des centres de santé, à la différence de ce qui a été fait dans la 5<sup>e</sup> région. Ceci a conduit à des pratiques incontrôlées : par exemple, le tableau 7 montre qu'à Kati la part des dépenses de fonctionnement dans les recettes est plus que le double de ce qu'elle est à Nara, ce qui paraît invraisemblable dans la mesure où les deux cercles effectuent les mêmes activités sanitaires. Cette pratique, qui dépasse l'entendement de tout responsable soucieux d'une bonne gestion des ressources rares, mérite d'être corrigée.

Tableau 7  
**Dépenses mensuelles de fonctionnement  
en pourcentage des recettes mensuelles**

Niveau de la pyramide	Kolokani	Kati	Banamba	Nara	Kangaba	Dioïla
Centre de santé de cercle	42,01	62,5	35,9	24,8	38,8	38,2
Centre de santé d'arrondissement	16,55	30,4	8,7	7,3	16,2	17,8
Secteur de développement	9,69	14,0	13,9	4,4	12,4	7,9

### 2.3 Coût des médicaments de premiers soins par ticket vendu

L'étude (Mariko, 1990 : 88) a révélé que les médicaments de premiers soins étaient distribués de façon anarchique, puisque leur coût par ticket vendu varie de façon inexplicable d'un cercle à un autre (voir tableau 8).

Tableau 8  
**Coût des médicaments consommés (en F CFA)  
 pour un ticket vendu**

Cercle	Kolokani	Kati	Banamba	Nara	Kangaba	Dioïla
Montant	320	150	120	105	175	90

#### 2.4 Viabilité des dépôts privés de médicaments et situation des versements des dépositaires

A partir des quantités mensuelles vendues dans deux dépôts du cercle de Banamba et deux autres de Kangaba, nous avons estimé les bénéfices mensuels de ces dépôts en supposant que la marge bénéficiaire représente 10 % du chiffre d'affaires (produits achetés avec une remise de 10 % sur le prix public de la Pharmacie Populaire du Mali, et revendus au prix public). Le tableau 9 présente cette estimation.

Tableau 9  
**Bénéfices mensuels des dépôts de médicaments**

Dépôts du cercle	C.A mensuel (en F CFA)	Bénéfice mensuel (en F CFA)
<b>BANAMBA</b>		
dépôt de Kérouané	45 935	4 595
dépôt de Samakélé	26 430	2 645
<b>KANGABA</b>		
dépôt de Fiquira-Tomo	39 840	3 950
dépôt de Soléfougou	89 475	8 959

Les bénéfices réalisés par les dépôts ne leur permettent pas de verser chaque mois une somme de 5 000 F CFA à la direction régionale de la Santé Publique. Ainsi, sur 33 dépositaires que comptent les cercles de Dioïla, Kangaba et Nara, 10 seulement ont pu s'acquitter de leur dette. Signalons également que ces dépositaires n'ont pas pu obtenir, des succursales de la Pharmacie Populaire du Mali, les 10 % de remise qu'on leur avait promis. Ils achetaient donc les spécialités au prix public de la PPM et les revendaient à des prix encore supérieurs, souvent non accessibles aux populations villageoises.

En conclusion, les dépôts privés installés dans la deuxième région ne sont pas viables, et il a été décidé, lors de la deuxième réunion annuelle des autorités sanitaires de la Région (en janvier 1991), de les fermer et de les remplacer par des dépôts de vente de médicaments essentiels, dépôts qui seront gérés selon des principes analogues à ceux qui ont été adoptés dans la cinquième région.

## **2.5 Impact du système sur la fréquentation**

Considérons 3 districts (les cercles de Dioïla, Kangaba et Banamba) où les données des différents registres étaient disponibles au moment de l'étude (Mariko, 1990) et comparons les activités avant et après l'installation du système :

— à Dioïla (cf. fig. 5), l'installation du système a conduit à une diminution de 54 % des consultations externes de l'infirmier, et de 6 % des consultations prénatales, tandis que les accouchements sont restés stationnaires ;

— à Kangaba (cf. fig. 6), on assisté à une diminution des consultations du médecin et de l'infirmier (respectivement 42,6 % et 65,3 %), et une augmentation des consultations prénatales et des accouchements (respectivement 128 % et 175 %) ;

— enfin à Banamba (cf. fig. 7), la tarification a entraîné une diminution de 7,5 % des consultations externes du médecin, et de 63,43 % des consultations externes de l'infirmier, alors que les accouchements sont restés stables.

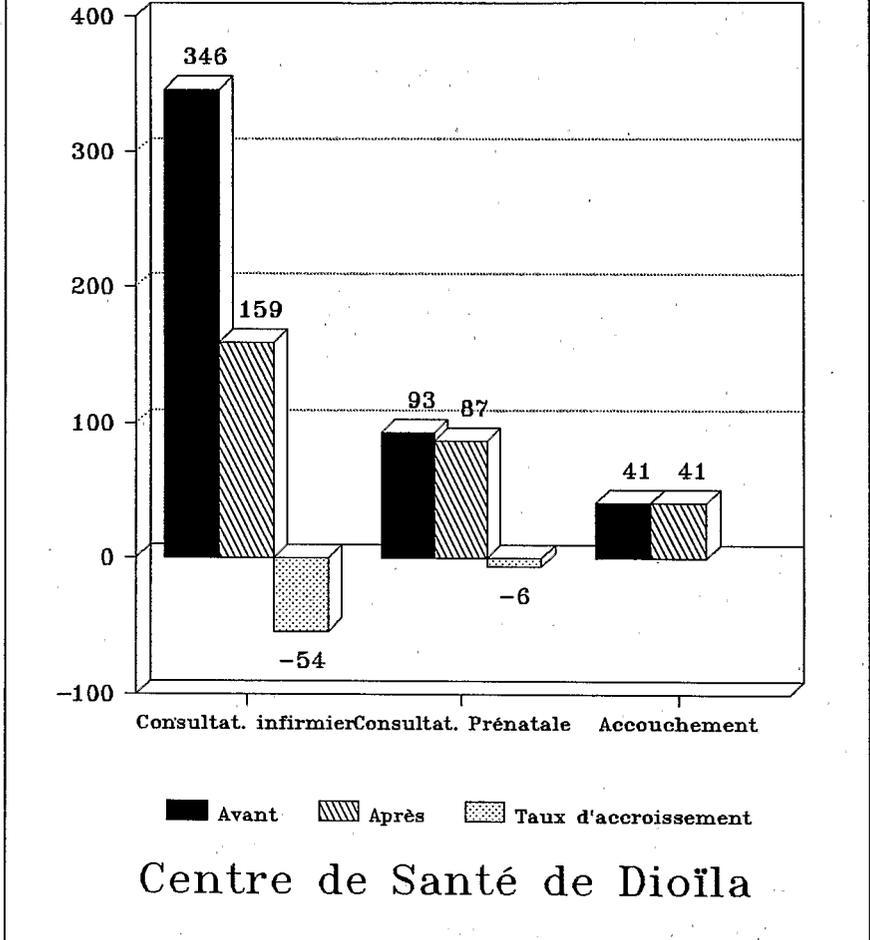
## **Conclusion**

Des deux expériences présentées dans cet article, il ressort plusieurs enseignements dont les plus saillants méritent d'être mentionnés :

1- Le système de tarification semble accepté par la population. En effet, les deux Régions ont pu collecter les fonds nécessaires au fonctionnement courant de leurs formations sanitaires par la vente des prestations à la population. Signalons que ce système de vente des prestations existait déjà depuis belle lurette, mais de façon non officielle.

2- La vente de médicaments essentiels demeure la solution la plus favorable pour la population, dont le pouvoir d'achat est très faible. La vente des spécialités sous le prétexte, avancé par certains prescripteurs, que

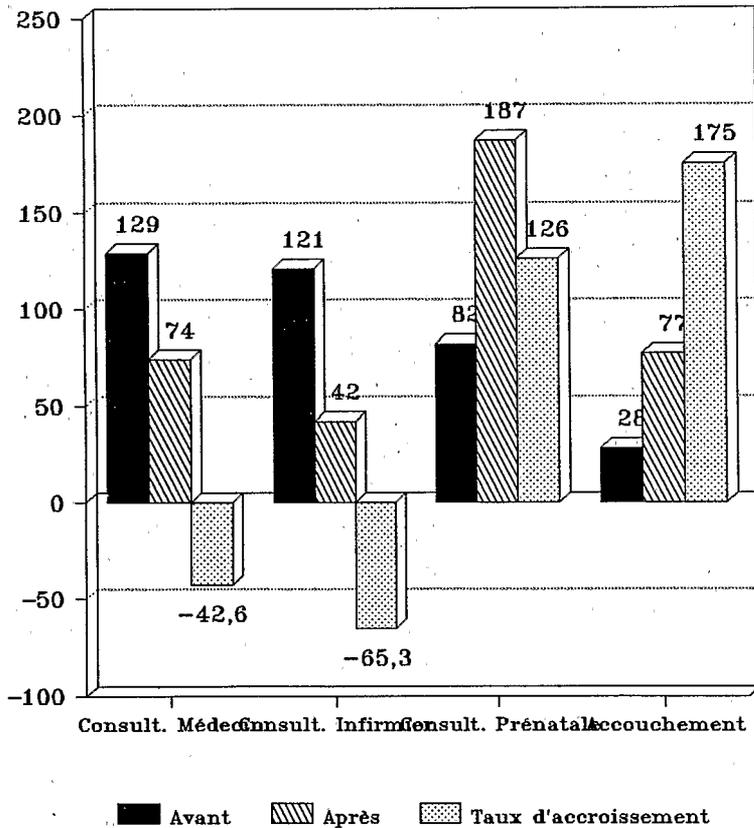
Fig 5: Evolution mensuelle des activités avant et après le système



les spécialités offrent une plus grande efficacité, est une pure aberration et un mensonge honteux. L'expérience des dépôts privés de la deuxième région et celle de la première région (6) en sont des illustrations convaincantes. Que l'on cesse de se cacher derrière des intérêts

(6) Dans le cadre du projet Kita-Bafoulabé-Kéniéba, financé par la Banque Mondiale. Celui-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

Fig 6: Evolution mensuelle des activités avant et après le système

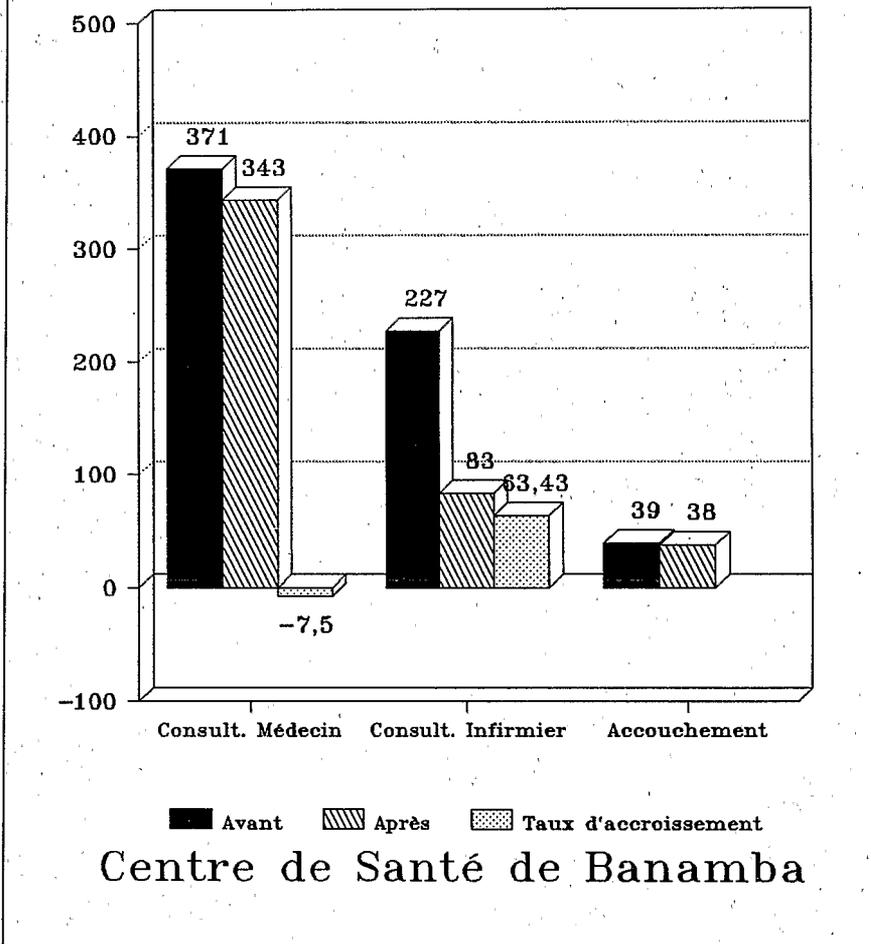


### Centre de Santé de Kangaba

particuliers et sordides pour prôner des politiques irréalistes dans un pays où le PNB reste l'un des plus bas de la planète (US\$ 250 par habitant) !

3- Il n'existe pas, jusqu'à l'heure actuelle, un système viable d'approvisionnement national en médicaments essentiels. La Pharmacie Populaire du Mali, qui a bénéficié durant plus d'un quart de siècle du

Fig 7: Evolution mensuelle des activités avant et après le système



monopole d'importation, a dévié de la mission qui lui était dévolue, à savoir la distribution des médicaments sur toute l'étendue du pays à des prix relativement bas. Actuellement, ce privilège lui étant retiré, des actions sont menées par des organismes privés à but non lucratif, pour mettre en place une centrale d'achat de médicaments essentiels.

4- Le système de recouvrement des coûts a eu des effets sur la fréquentation des centres de santé. Si, dans le cercle de Bandiagara, nous avons constaté dans l'ensemble une augmentation des consultations, la tendance est décroissante en deuxième région. Cette différence provient de plusieurs facteurs qui sont, entre autres :

— le mode de tarification : dans la deuxième région, le système de recouvrement des coûts est caractérisé par un très grand nombre de tarifs, ce qui amène le malade à penser qu'on l'exploite en lui faisant payer chaque prestation du centre de santé : dans certains centres, on ne compte pas moins de vingt tarifs. Dans la cinquième région, les tarifs sont moitié moins nombreux, et on cherche actuellement à en réduire encore le nombre en incluant par exemple les frais de laboratoire et/ou de chirurgie et/ou d'hospitalisation dans le tarif de la consultation générale (Berche, Mariko, 1991 : 57-58).

— le niveau des tarifs : le tarif de la consultation externe est, à Kolokani, cercle très pauvre de la deuxième région, plus du double du tarif en vigueur à Bandiagara ; l'opération chirurgicale coûte quatre fois plus cher à Kolokani qu'à Bandiagara ; dans les deux cas, d'ailleurs, les tarifs ont été fixés sans que l'on tienne compte du pouvoir d'achat de la population.

— la nature de la distribution des médicaments aux malades : la deuxième région a mis en place un système mal conçu, dans lequel tout malade qui achète un ticket de consultation s'attend à recevoir les médicaments (en dénomination commune internationale) permettant le traitement du premier jour ou au moins le traitement urgent, ce qui conduit à un gaspillage incontrôlable. En outre, le malade reçoit, pour la suite du traitement, une ordonnance en spécialités (le malade devra donc apprendre à se servir de ces nouveaux produits) et pour des quantités qui, du fait des conditionnements des spécialités, correspondent à un traitement complet (ces quantités sont donc supérieures à celles dont a besoin le malade, à qui le traitement du premier jour a déjà été fourni) ; le coût moyen de ces ordonnances, qui sont servies par des dépôts privés, plus ou moins éloignés de la formation sanitaire et du domicile du malade, à des prix au moins égaux à ceux de la Pharmacie Populaire du Mali, est de 3 000 F CFA. Dans la cinquième région (Mopti), le malade reçoit une prescription en DCI pour le traitement complet, achète les produits au magasin santé installé dans la formation sanitaire ou à ses abords immédiats, et le coût moyen de ces ordonnances ne dépasse pas 800 F CFA.

— la supervision : le système de recouvrement des coûts de la deuxième région a beaucoup souffert d'un manque de supervisions sérieuses (aucune fiche de supervision n'a été établie pour contrôler l'utilisation

des médicaments de premiers soins ou la gestion des fonds recueillis, et la direction régionale, encombrée d'assistance technique et se reposant sur elle, n'avait aucune connaissance du fonctionnement des dépôts de médicaments). Au contraire, en élaborant un véritable guide de supervision sous la forme d'une fiche standardisée, en implantant des dépôts de médicaments essentiels au sein même des formations sanitaires, en organisant les tournées de supervision, les responsables du cercle de Bandiagara ont gardé la maîtrise du système qu'ils avaient mis en place, en corrigeant périodiquement les inévitables erreurs de gestion et quelques défauts de la prescription.

En définitive, c'est par l'instauration d'un minimum de tarifs (à des niveaux correspondant aux possibilités financières réelles de la population), par l'implantation dans les centres de santé de dépôts approvisionnés en médicaments essentiels (en DCI) achetés et vendus au prix le plus bas, par la révision de la formation des prescripteurs, par une supervision régulière incombant à des responsables effectivement engagés à servir la cause de la santé publique, que l'objectif des Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé pour tous en l'an 2000 », peut être visé.

## RÉFÉRENCES

- BERCHE T., MARIKO M., (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara. Volume I : Analyse économique et santé publique*, Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, mai 1991, 112 pages.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Etude de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, Ministère de la Santé Publique, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, janvier 1989, 189 pages.
- MARIKO, M. (1990) : *Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région*, Ministère de la Santé Publique, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, novembre 1990, 98 pages.

ANNEXES

Schéma n° 1

**Organisation générale du double système de financement d'un Centre de Santé d'Arrondissement (C.S.A) du cercle de Bandiagara : circuit de l'argent des consultants externes**

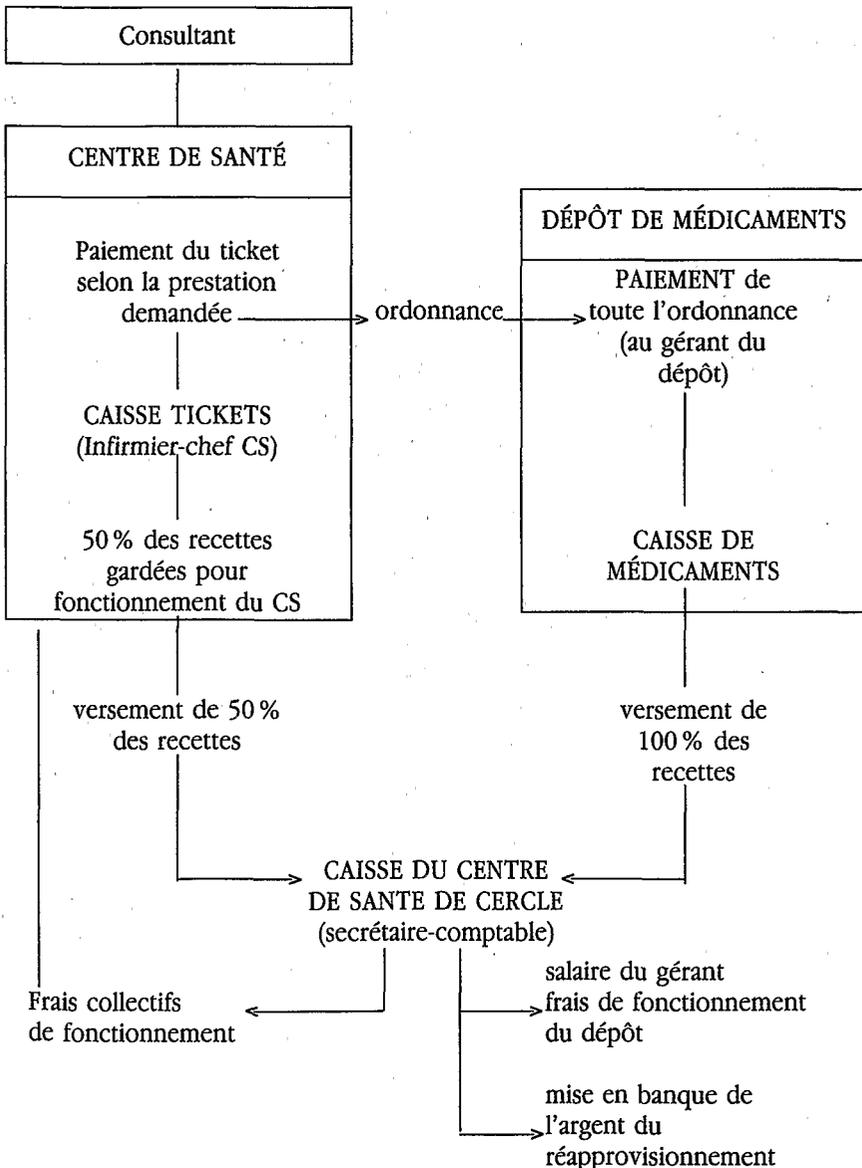


Tableau 10  
**Tarifs des prestations dans le cercle de Bandiagara**

Catégorie de ticket	Nature de l'acte	Tarif
Ticket A (Infirmier)	Consultation adulte <sup>1</sup>	100
	Consultation enfant <sup>1</sup>	50
	Consultation scolaire <sup>1</sup>	50
	Laboratoire	200
	Consultation prénatale / période de grossesse	200
	Consultation enfants sains / an	200
	Accouchement arrondissement	200
	Consultation médecin :	
	— adulte <sup>1</sup>	200
	— enfant moins de 6 ans <sup>1</sup>	100
Ticket B (Médecin)	Laboratoire	400
	Accouchement suivi	500
	Accouchement non suivi	1 000
	Hospitalisation adulte <sup>1</sup>	1 000
	Hospitalisation enfant <sup>1</sup>	500
	Chirurgie (1 <sup>re</sup> semaine)	2 500
	Certificat médical	200
Consultation touriste	2 000	

1. Ce ticket est valable pour la même maladie pendant une semaine.

Tableau 11  
**Coût moyen de l'ordonnance et nombre moyen de produits prescrits (sur un échantillon de 760 ordonnances servies au dépôt)**

DÉPÔT	COÛT MOYEN D'UNE ORDONNANCE	NOMBRE MOYEN DE PRODUITS PRÉSCRITS
Bandiagara (19 mois)	871	2,18
Ningari (9 mois)	835	2,20
Kendié (18 mois)	517	2,36
Dourou (18 mois)	634	2,25
Goundaka (9 mois)	550	2,26
Kani-Gougouna (9 mois)	505	2,49
Sangha (4 mois)	696	1,96

Tableau 12  
**Taux de fuite des ordonnances (sur 14.863 ordonnances prescrites)**

Centre de santé (nbre de mois)	Nbre OP	Nbre OS	Taux de fuite <sup>1</sup>
CSC Central (12)	8 439	7 812	7,40
Dourou (12)	817	814	0,40
Goundaka (9)	1 214	1 188	2,10
Kani (9)	714	697	2,40
Kendié (12)	1 469	1 414	3,70
Ningari (9)	1 013	1 013	0,00
Sangha (4)	1 197	1 082	9,60

1. Le *taux de fuite*, exprimé en pourcentage, est égal à 100 fois la différence entre le nombre des ordonnances servies (OS) et celui des ordonnances prescrites (OP), divisée par le nombre des ordonnances prescrites, soit  $100 (OP-OS)/OP$ .



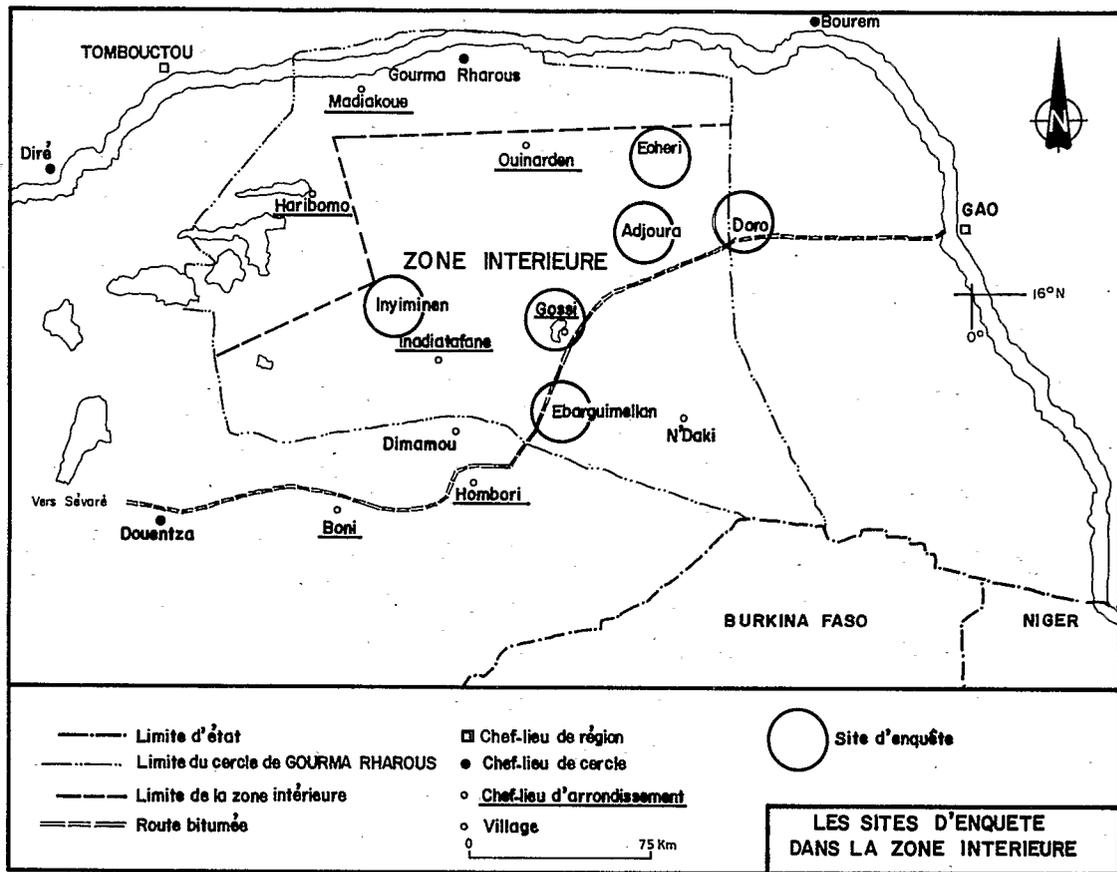
## **Enquête au Gourma en vue d'une intervention sanitaire appropriée**

par Sara RANDALL

En 1989, l'Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) a financé une étude sur les conduites en matière de santé, dans le but d'aider sa section santé à reconsidérer et réorienter ses actions dans la région du Gourma. A la suite de cette étude, une campagne pilote d'information et de formation de masse (IFM) a débuté à la mare de Dimamou, en février 1990, avec une équipe de cinq à six membres à plein temps. Bien que cette campagne ait rencontré quelques difficultés, elle s'est achevée en juillet 1990 après avoir obtenu dans l'ensemble un réel succès ; en février 1991, une version modifiée a été mise en place près d'une autre grande mare du Gourma, à Adjoura. L'insécurité qui s'est établie dans cette région à partir de juin 1991 a interrompu toute activité de ce genre.

### *Les stratégies sanitaires des ONG*

Il y a deux principaux types d'intervention sanitaire : d'une part les actions institutionnelles dont le but est de modifier ou d'améliorer les services là où ils sont offerts, et qui comprennent la réorganisation institutionnelle, la formation du personnel, la construction et le rééquipement des dispensaires, l'organisation d'un système d'approvisionnement en médicaments, la formation de nouveaux agents sanitaires ; d'autre part, les actions qui s'adressent à la population. Celles-ci utilisent l'éducation sanitaire à plusieurs fins : en vue d'obtenir une simple modification du comportement afin d'améliorer la santé (comme dans une campagne anti-tabac), ou en vue d'amener les populations



à une utilisation plus précoce, différente, ou plus efficace des services sanitaires ; en vue de fournir à la population des méthodes de soins efficaces à domicile ; en vue de la renseigner sur des moyens de prévention. Certes, beaucoup de changements (certains diraient : tous ceux qui se sont produits) concernant la santé et la mortalité ont été rendus possibles indirectement par une meilleure éducation, l'assainissement et la disponibilité en eau potable, une plus grande autonomie des femmes et un accroissement des revenus (voir Caldwell, 1989 ; Cleland & Van Ginneken, 1988 ; Mosley 1989) ; mais ces changements dans l'infrastructure sociale n'étaient pas accessibles aux activités de la section santé de l'AEN.

L'amélioration de la santé par des interventions institutionnelles présuppose une demande populaire pour des soins de santé modernes : ou bien les services existants sont sous-utilisés du fait du manque de personnel qualifié, de l'insuffisance de la formation du personnel, du mauvais équipement des centres de santé, ou bien ces services sont trop peu nombreux et trop distants. Par ailleurs, une approche s'adressant à la population peut soit viser l'autosuffisance en matière de santé (ce qui évidemment ne permettra pas de faire mieux que prendre en charge ses besoins les plus élémentaires), soit s'appuyer sur un système existant et fonctionnel de services sanitaires.

D'une manière générale, les soins de santé primaires et les agents de santé communautaire ont essayé de s'attaquer aux deux niveaux et de réduire le fossé qui les sépare, mais dans beaucoup de cas ces programmes ont échoué (Berman *et al.* 1987, Brunet-Jailly 1989, Sauerborn *et al.* 1989, Walt *et al.* 1989), et ils ne peuvent pas fonctionner seuls.

### *Le Gourma intérieur*

Doter de services de santé l'intérieur du Gourma (c'est-à-dire l'aire éloignée du fleuve) est très difficile : la population est nomade, les communications et les infrastructures quasi inexistantes ; peu d'hommes et pratiquement aucune femme ne sont alphabétisés ; la région a été sérieusement touchée par la sécheresse et par la perte de bétail qui en a résulté ; la culture est impossible dans la plus grande partie de la région, et, lorsqu'elle est possible, il est peu probable qu'elle dégage un surplus. Pour ce qui est de l'eau potable, la population dans sa majorité dépend presque tout au long de l'année des eaux de surface. La plupart du temps, les gens sont trop éloignés des services de santé pour pouvoir les utiliser en cas de besoin, même si les conditions socio-économiques le leur permettraient. La pauvreté, l'eau non potable, un mauvais régime alimentaire, un manque d'éducation, des services de

santé inadéquats se combinent pour donner l'un des taux de mortalité des adultes parmi les plus élevés du monde, ainsi qu'une mortalité infantile et juvénile très importante, bien qu'inférieure à des taux observés ailleurs au Mali (Hill 1985, Randall 1984). Les études démographiques laissent cependant penser qu'une composante comportementale intervient dans ces taux élevés de mortalité, et cela d'autant plus que, même là où des services de santé sont disponibles, ils ne sont pas nécessairement utilisés (par exemple, le dispensaire de Ouinarden en 1989).

## **1. Une étude des conduites de santé dans le Gourma**

### **1.1 Pourquoi ce genre d'enquête ?**

Après une action d'aide d'urgence nécessitée par la sécheresse de 1985, l'AEN a mis en place dans le Gourma des projets concernant le développement et l'environnement (activités agricoles, alphabétisation, crédit...), tout en continuant les interventions sanitaires entreprises dans la période d'urgence. Mais certaines de ces interventions ont vite semblé inappropriées et non pérennisables. Elles ne s'attaquaient pas effectivement aux problèmes rencontrés par la population, et, du reste, on ne savait pas bien quels étaient ces problèmes.

Une étude épidémiologique n'était pas nécessaire, car une étude de ce genre avait déjà été faite dans la zone par l'INRSP en 1985 avec un succès inégal. En outre, les principaux problèmes de santé de populations pauvres, isolées, rurales, ayant peu accès aux soins préventifs et curatifs, sont bien connus et similaires dans toute l'Afrique. A quoi bon gaspiller plus d'argent pour tenter de mesurer avec précision la prévalence d'affections telles que la diarrhée, le paludisme, les infections des voies respiratoires, la rougeole et la malnutrition ?...

On s'est aussi interrogé sur la pertinence d'une étude économique qui aurait eu pour but d'estimer le niveau des dépenses de soins médicaux, qu'ils soient traditionnels ou modernes. Mais, pour concourir au développement d'un programme ultérieur d'interventions sanitaires, ce genre d'étude présuppose les trois conditions suivantes : que l'utilisation des services sanitaires modernes soit la solution adaptée aux besoins sanitaires les plus pressants ; que les contraintes principales limitant l'utilisation de ces services soient d'ordre économique ; qu'on puisse évaluer les budgets des ménages. Or dans le Gourma intérieur, des tentatives antérieures pour établir des budgets de ménages dans un campement tamacheq se sont avérées presque impossibles, alors même que les chercheurs avaient vécu dans le campement pendant deux ans (Namou Ag Aljoumaghat, communication personnelle).

Beaucoup, si ce n'est la plupart, des transactions se font en nature ou en services, les ménages sont des entités mal définies, et les chefs de famille refusent de révéler leurs dépenses et leurs ressources, spécialement lorsqu'elles concernent le cheptel. Des enquêtes démographiques antérieures suggéraient que les contraintes économiques n'étaient pas la cause principale des différences de mortalité (Randall 1984, Hill & Randall 1984), ni d'une faible fréquentation des services sanitaires. Etant donné l'inutilité apparente des services de santé et les conditions de vie, il restait même à établir que le recours à un système classique corresponde au meilleur emploi des ressources consacrées à la santé dans cette zone. D'où la décision, finalement prise, de mettre en œuvre un autre type d'investigation (déjà évoquée dans le chapitre 7).

## 1.2 Méthodologie de l'enquête

Nous devons insister sur la méthode pratiquée, parce que son plein succès a déterminé les recommandations pour l'action de l'AEN. Une équipe comprenant deux hommes tamacheq et deux femmes tamacheq ainsi que deux superviseurs non-tamacheq (un homme et une femme) a passé deux mois sur le terrain. Elle a visité 16 campements tamacheq des arrondissements de Gossi, Ouinarden, et Inadiatafane, campements qui représentent toute une gamme de statuts socio-économiques, de contacts avec les programmes de l'AEN, d'accès aux différentes formes de soins de santé, de degrés d'isolement. L'équipe passait deux à trois jours dans chaque campement, et procédait alors à des entretiens avec chacun des membres de trois ménages choisis au hasard, entretiens portant sur la plus récente maladie et, le cas échéant, sur une maladie grave survenue durant l'année. Ces entretiens étaient semi-directifs et couvraient l'évolution des symptômes, les décisions prises, les détails sur les traitements suivis — quelle que soit leur nature —, les motifs ayant éventuellement empêché de donner le traitement souhaité, les causes de la maladie, la prévention, les sacrifices, etc. L'enquêteur n'écrivait rien avant d'avoir entendu le récit complet de l'épisode dont il était question. Pour les enfants, on enquêtait auprès de la mère ou de la personne chargée de s'occuper de l'enfant. Nous voulions laisser les gens parler de leur perception de la maladie, et des problèmes liés à la maladie. Cependant, pour éviter des généralités banales ou le biais d'idées préconçues concernant les facteurs importants, nous nous sommes concentrés sur un événement précis pour chaque personne, sa dernière maladie, telle que perçue par elle, et, s'il y avait lieu, une maladie *grave* subie par elle dans le cours de l'année écoulée. Dans beaucoup de campements, nous avons organisé des discussions avec des groupes d'hommes et de femmes sur divers aspects de

la santé et des soins, sur leur vision d'éventuelles interventions de l'AEN, et sur les problèmes particuliers qu'ils identifiaient. Nos interlocuteurs demandaient souvent de l'information sur la façon dont les services de santé fonctionnent et sur ce qu'ils peuvent offrir.

Le succès de la méthode d'enquête, combiné avec les résultats de l'étude (voir Randall *et al.* 1989), a conduit à la conception d'une campagne d'information et de formation de masse (IFM) qui est la base de la plupart des interventions sanitaires actuelles de l'AEN (l'autre composante importante est le soutien financier et logistique au programme élargi de vaccination). Une étude plus rigoureuse aurait pris en considération les variations saisonnières, aurait complété les données rétrospectives par quelques investigations prospectives appliquées à des épisodes de maladie survenus lors de l'enquête, et aurait tenté d'inclure des données quantitatives sur les symptômes de la dernière quinzaine ; des contraintes de temps, de financement et de personnel ne l'ont pas permis. Néanmoins, cette étude a fourni suffisamment de données pour permettre de bâtir un programme d'action détaillé, ainsi qu'une analyse des types de comportement face à la maladie.

De la méthode d'enquête de terrain se sont dégagés sept points importants qui méritaient d'être retenus pour une action ultérieure.

- 1. Choisir des femmes pour parler aux femmes.
- 2. Visiter des campements que différencient le statut social (voir notre présentation des Kel tamacheq dans le chapitre 4) et la proximité d'un chef. Plusieurs journées se sont passées dans des campements de statut social élevé ou des campements de chefs de fraction (campements "haut de gamme"). Ces campements semblent être mieux informés que ceux des groupes de bas statut ou ceux qui n'ont pas de relation étroite avec un chef (campements "bas de gamme").
- 3. Se rendre dans les zones isolées, qui échappent à l'attention des gouvernement et des agences de développement, et dans des campements "bas de gamme".
- 4. Ecouter l'expérience des gens, et leur demander de dire ce qui leur paraît important. Tel a été particulièrement le cas des femmes, même de celles des campements "haut de gamme" ; selon elles, jamais personne ne les avait écoutées ni interrogées sur leur problèmes.
- 5. Ne pas prendre de notes pendant que les gens parlent.
- 6. Rester au moins deux ou trois jours dans chaque campement. Plus long a été notre temps de séjour, plus les informations recueillies étaient intéressantes, et plus les membres du campement souhaitaient discuter de nouvelles questions.

— 7. Donner des informations. Nos interlocuteurs, spécialement les femmes, mais aussi des hommes de campements "bas de gamme", étaient souvent mal informés et très intéressés d'entendre comment les services de santé fonctionnent, quel est le système actuel de tarif subventionné, quels services sont disponibles (certaines femmes ignoraient qu'une femme ou un enfant puisse se présenter au dispensaire).

### 1.3 Résultats de l'étude (voir Randall *et al.* 1989 pour les détails)

Les Tamacheq du Gourma sont généralement soignés dans leur famille, ou au sein du campement, avec des remèdes disponibles localement, ou pouvant facilement être achetés sur les marchés locaux. Il y a peu de recours aux spécialistes traditionnels ou aux marabouts, parce qu'il faut payer les uns et les autres. Les spécialistes de la santé moderne (infirmiers, secouristes) sont consultés plus fréquemment que les spécialistes traditionnels, mais ils le sont surtout dans les campements les plus proches des secouristes de l'AEN ou d'un dispensaire mobile.

Lorsqu'était mentionnée une demande de soins médicaux, il s'agissait toujours de services curatifs gratuits ou à coût très bas. Curieusement, dans les rares cas où les gens ont dépensé de l'argent pour des soins médicaux externes, la dépense était largement indépendante de la richesse, et plutôt fonction de la disponibilité immédiate d'argent liquide ou de ressources monnayables, et de la proximité inhabituelle du service.

Il est apparu clairement que le système traditionnel de conduite face à la maladie est très bien adapté au style de la vie nomade. Toutes les femmes ont quelque connaissance de remèdes ou traitements traditionnels pour les troubles les plus fréquents, et celles qui ont des connaissances plus étendues sont heureuses de les partager. Parmi les gens ordinaires, aucun traitement n'est tenu secret. Certains hommes connaissent aussi des médicaments traditionnels, généralement appris d'une grand-mère, d'une mère ou d'une tante. La plupart des traitements sont à base de plantes ou d'ingrédients disponibles sur place, tels que du sable, des urines et excréta d'animaux, de la terre de termitière, du beurre, du lait, du sel, etc. On recourt à des changements de régime alimentaire et à des traitements physiques tels que bains, bains de sable chaud. La caractéristique essentielle est que chacun de ces traitements peut être administré n'importe où, par n'importe qui. Ils n'exigent aucune ressource qui ne serait pas disponible localement, ils ne requièrent pas de spécialistes. Ce système de soins fonctionne alors même que, pour la plus grande partie de l'année, les campements

se divisent en très petits groupes exploitant les pâturages ou les champs de graminées sauvages, et sont isolés, dépourvus de moyen de transport, sans personne pour conduire un malade vers un endroit où il pourrait être traité.

La naissance suit le même modèle décentralisé, sans spécialiste. Le concept d'accoucheuse traditionnelle (sur lequel reposent tant de programmes gouvernementaux de soins de santé primaires) est absent de la coutume, ici comme chez d'autres populations de la région (par exemple les Peul [Sarah Castle, communication personnelle]). Les femmes tamacheq accouchent assistées par leur mère, une sœur ou une tante. En l'absence d'une proche parente ou d'une personne telle que la « patronne », la servante, ou une femme de forgeron, elles accouchent seules. Une femme qui s'est particulièrement intéressée aux accouchements, ou qui a rencontré de nombreuses situations difficiles dans lesquelles elle a réussi à fournir de l'aide, acquiert peu à peu une renommée comme spécialiste de l'accouchement, mais c'est là l'exception plutôt que la règle, et même alors cette personne n'assistera généralement que les femmes de son propre campement et des campements apparentés proches. Que chaque femme ait quelque compétence, et que très peu soient particulièrement expertes, est une nouvelle indication de l'impact du mode de vie nomade sur le comportement en matière de santé. Un système de santé qui substituerait la compétence d'un petit nombre de spécialistes au commun savoir-faire des femmes laisserait celles-ci dans un délaissement complet pendant tous les mois au cours desquels les campements sont dispersés et isolés ; ce serait probablement un système condamné à l'échec, sauf dans les communautés qui commencent à se sédentariser.

#### **1.4 Besoins de santé de la population**

En ce qui concerne les besoins et la demande d'une action de l'AEN dans le domaine de la santé, les résultats de l'étude peuvent être divisés en deux sections : d'abord les besoins qui sont explicitement exprimés par la population, ensuite les contraintes identifiées au terme de l'analyse des profils de maladie. Il faut rappeler, à propos des besoins formulés par la population, que les gens ne peuvent demander que ce qu'ils connaissent déjà, et que répondre aux demandes exprimées n'apporte pas forcément la meilleure solution aux problèmes.

##### *Demandes formulées par la population :*

- 1. Davantage de médicaments et à prix plus bas.
- 2. Davantage de personnel de santé, mais en général seulement pour faciliter la disponibilité des médicaments.

- 3. Possibilité de payer en nature les soins médicaux.
- 4. Certains demandaient plus de puits, mais, en général, est peu perçue l'association entre la qualité de l'approvisionnement en eau et la santé.

*Besoins de santé révélés par l'enquête :*

- 1. Plus d'information sur les traitements à domicile, spécialement pour la diarrhée (solution de réhydratation orale), pour la conjonctivite, le lavage et le nettoyage des blessures.
- 2. Information sur les maladies qui peuvent être facilement traitées par les dispensaires.
- 3. Information sur les types de traitements efficaces (i.e. : les injections ne sont pas toujours nécessaires).
- 4. Informations sur les services disponibles (notamment pour les femmes) et sur leur coût.
- 5. Une forme quelconque de système d'épargne par campement, pour fournir de l'argent liquide à tout moment.
- 6. Accroître l'effectif des femmes dans le personnel de santé, à de modestes niveaux de formation, pour encourager les femmes à prendre contact avec les pratiques modernes en matière de santé.

Un double problème majeur a été identifié : beaucoup, spécialement parmi les femmes sur qui reposent les soins primaires, sont incapables de prendre des décisions informées concernant les actions dans le domaine de la santé, lorsque se présente un problème particulier dans la famille. Et, même capable de prendre des décisions informées, une femme ne peut souvent y donner suite à cause de contraintes économiques, sociales, linguistiques ou pratiques.

L'étude des pratiques sanitaires dans le Gourma a montré que n'était attestée aucune des préconditions à remplir par les services de santé, telles que définies dans l'introduction de ce chapitre. Les services de santé sont dispersés, avec trois dispensaires publics (pour les trois arrondissements parcourus), tous trois mal équipés, sales, manquant des médicaments de base. Les malades, nous a-t-on dit, y sont souvent mal reçus. D'un autre côté, la plupart des personnes enquêtées n'étaient jamais entrées dans un centre de santé, — soit parce que ses services étaient inaccessibles quand elles en avaient eu besoin, ou avaient été perçus comme trop coûteux (beaucoup ne savaient pas qu'alors les soins étaient subventionnés), ou étaient payables en espèces alors que seul un paiement en nature était envisageable, — soit, dans certains cas, parce que leur existence même était ignorée.

Les exceptions à cette situation sont représentées par deux campements proches de services fournis par l'AEN. L'un de ces campements avait un secouriste (tout juste entré en fonction), et le dispensaire mobile de l'AEN, qui existait alors, passait une fois par quinzaine

pour traiter les environs. Le second campement est plus ou moins sédentarisé autour d'un point d'eau (Ebanguimellan), centre d'un grand nombre d'interventions économiques, agricoles, sanitaires et environnementales de l'AEN. Ici un secouriste, formé gratuitement par l'AEN, était très actif, disposait d'un dépôt de médicaments bien fourni (organisé par l'AEN), et il était très sollicité par la population immédiatement environnante. Ces deux campements présentent un profil "haut de gamme" (statut noble), et comptent de puissants chefs de fraction qui entretiennent beaucoup de contacts avec le monde extérieur. Mais, à Ebanguimellan même, un autre campement, de profil "bas de gamme", n'avait jamais utilisé les services du secouriste.

Une intervention sanitaire idéale dans cette aire aurait combiné l'amélioration des services, la formation du personnel, des actions économiques et environnementales destinées à réduire la pauvreté et à augmenter la sécurité alimentaire, l'élévation du niveau d'éducation, l'introduction d'une éducation sanitaire. Tout cela dépassait les ressources et le mandat de l'AEN ; on a donc décidé de concentrer les ressources sur l'éducation sanitaire. D'autres sections de l'AEN intervenaient déjà dans les domaines de l'agriculture, de l'environnement, de l'éducation, de l'alphabétisation fonctionnelle, de sorte que la décision principale devait porter sur le choix entre des dépenses d'infrastructure sanitaire et un effort d'éducation. Il n'y a pas grand intérêt à améliorer cette infrastructure si les personnes qui en ont le plus besoin n'y ont pas accès, que ce soit par ignorance, pauvreté, éloignement, ou du fait de contraintes sociales ou linguistiques, etc. Il est également clair, par ailleurs, qu'il ne suffit pas d'une volonté politique nationale pour aboutir à une amélioration du service, ainsi qu'à des réductions subséquentes de la morbidité et de la mortalité. Il y faut aussi une volonté politique à la base, et une pression de la base en faveur du changement. L'enquête a montré qu'une telle volonté est totalement absente dans le Gourma, et qu'une pression locale pour de meilleurs services ne saurait apparaître tant que la population ne sera pas mieux informée du profit qu'elle pourrait en tirer pour sa santé.

C'est à partir de ces conclusions qu'on a conçu la campagne d'information et de formation de masse (IFM).

## **2. Une campagne d'information et de formation de masse au Gourma**

Dans cette campagne sont intervenues trois composantes majeures, révélées par l'étude des conduites de santé : l'approche des campements, l'éducation sanitaire, l'appel à des ressources locales.

## 2.1 La façon d'approcher la population

Il a été décidé de suivre étroitement l'approche utilisée pour l'enquête, puisque cette approche avait été couronnée de succès. Il était clair que si l'on essayait de regrouper les gens à l'extérieur de leurs camps, beaucoup de femmes ne pourraient pas venir, et probablement les plus exposées aux risques : les femmes de haut statut qui voyagent rarement, et les femmes pauvres qui n'ont guère de temps disponible, c'est-à-dire les personnes les mieux indiquées pour s'occuper des soins.

La campagne IFM se déroule pendant la saison sèche, au moment où la plupart des campements sont à peu près fixes et regroupés autour des points d'eau. L'équipe chargée de la campagne se rend dans chaque campement établi autour d'un point d'eau, pendant la saison chaude ; elle passe deux ou trois nuits dans chacun, quels que soient la classe sociale ou le groupe ethnique des familles présentes sur les lieux. L'équipe a deux tentes installées à quelque distance l'une de l'autre, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Bien que l'essentiel des soins de santé primaires incombe aux femmes, les hommes prennent les décisions relatives tant aux déplacements pour motif de santé qu'aux dépenses ; pour cette raison, il est important qu'ils entendent le même message que les femmes. En outre, l'enquête précédente avait montré que peu d'informations passait entre hommes et femmes. Pour être sûre que chaque personne entendrait ce que l'équipe avait à dire, celle-ci devait donc s'adresser à chacune directement. Dans certains campements, la réticence des hommes à laisser leurs femmes parler avec des étrangers était atténuée par le fait qu'on leur présentait le même matériel didactique. Nous espérons qu'en séparant les sexes on augmenterait aussi la participation et la discussion ultérieure, lorsque les uns et les autres compareraient les messages retenus. Toute personne du camp était en outre bienvenue, à tout moment, dans les tentes de l'équipe, dont les membres faisaient du thé fréquemment, et encourageaient les discussions informelles sur la santé ou sur d'autres sujets.

## 2.2 L'éducation sanitaire

Le contenu de la campagne était basé sur :

- 1) les données de l'enquête,
- 2) les préoccupations générales du personnel de santé de l'AEN et des services de santé locaux,
- 3) des idées pour lever certaines des contraintes identifiées par l'enquête.

L'activité de la campagne consistait surtout à communiquer des informations, mais il y avait place aussi pour des démonstrations

pratiques de préparation de la solution sucrée-salée (réhydratation par voie orale), ou de nettoyage des plaies. Certaines idées pratiques étaient aussi suggérées. Dans la campagne pilote, quelques soins primaires étaient fournis par les professionnels de santé intégrés à l'équipe, comme preuve de bonnes dispositions. Cependant, cette activité a failli désorganiser la campagne, vers la fin de la saison, parce que les malades commençaient à arriver de tous les campements avoisinants, et comme on l'a dit dans l'équipe « nous devenions un hôpital mobile ». Dans le futur, aucun soin médical ne devrait être fourni, sauf en cas d'urgence et à la discrétion de l'équipe.

### *2.2.1 Sujets présentés*

Sept sujets étaient abordés, chacun occupant deux ou trois heures de présentation et de discussion :

1. La diarrhée et la réhydratation orale.
2. Les causes et le traitement du paludisme.
3. La grossesse et la naissance.
4. L'organisation des services de santé publics.
5. Les caisses de campement.
6. La cause et la prévention du ver de Guinée.
7. La vaccination des enfants.

A l'exception de la présentation de la grossesse, les hommes et les femmes recevaient les mêmes informations. Pour les hommes, les détails et les problèmes de l'accouchement étaient omis, mais ils recevaient une information sur l'alimentation et la prophylaxie du paludisme pendant la grossesse, ainsi que sur la nécessité d'évacuer les femmes ayant des problèmes sérieux.

### *2.2.2 Méthodes de présentation*

Les présentations audio-visuelles utilisaient des scénarios enregistrés sur cassettes ainsi qu'une série de dessins préparés, pour chacun des thèmes, par un artiste local, et ce matériel était utilisé comme base de discussion. Nous demandions aussi aux participants de décrire leur façon de traiter les maladies ainsi que leur perception des causes, et les réponses étaient notées. L'équipe s'efforçait alors de bien faire comprendre qu'elle ne méprisait ni les médicaments ni les remèdes traditionnels, et qu'elle était là pour offrir de nouvelles idées et de nouveaux traitements, pas pour évincer les compétences des femmes du lieu. Procédant ainsi, nous pensions contribuer en même temps à la préparation des campagnes ultérieures. Pour la réhydratation orale, des

démonstrations étaient organisées, et si des enfants souffrant de diarrhée se présentaient pour être traités, leurs propres mères préparaient la solution en exécutant les consignes.

### 2.3 La mise en valeur de ressources locales

L'un des objectifs à long terme de la campagne IFM était de convaincre les campements de désigner en leur sein une ou deux personnes, de préférence des femmes, pour recevoir plus tard une information et une formation un peu plus détaillées ; ces femmes seraient formées auprès du point d'eau en utilisant un matériel conçu pour des illettrés. Elles ne deviendraient pas aussi spécialisées que les « secouristes » ou les « matrones », mais auraient plus de connaissance de la médecine moderne que ce que l'on peut espérer transmettre en une seule campagne d'IFM.

Pour tout un ensemble de raisons, former beaucoup de personnes à un niveau très modeste était jugé préférable à n'en former que quelques unes à un meilleur niveau. Les femmes sont responsables de la plupart des soins médicaux dans les campements, elles ont déjà des connaissances, des médicaments et une expérience. Les femmes donnent aux enfants l'essentiel des soins qu'ils reçoivent ; tous les problèmes relatifs à la grossesse et à la naissance ne concernent qu'elles. Une formation un peu longue aurait par définition sélectionné des hommes, parce que les femmes ne sont pas libres de s'absenter pour de longues périodes, et parce que leurs familles n'accepteraient pas de les laisser partir dans des villages ou villes éloignés. En saison pluvieuse et froide, lorsque les campements sont dispersés à la recherche de pâturages ou de graminées sauvages à récolter, la probabilité d'avoir accès à une personne formée est faible, et cette dernière ne serait capable de servir que son propre campement. Si, au contraire, chaque campement compte une ou deux personnes formées, beaucoup plus de familles auront accès à des soins améliorés, même à l'époque où les campements se dispersent. L'un des rôles de ces femmes serait d'exposer leurs compétences nouvelles aux autres membres du campement, et de discuter avec ceux-ci de sujets qui relèvent d'un domaine traditionnellement considéré comme le leur par priorité. Un autre avantage est que les femmes voyagent moins que les hommes, et qu'en conséquence elles sont plus souvent présentes pour faire face à un cas de maladie.

Cependant, quand il s'agit de zones qui n'ont antérieurement pas (ou presque pas) eu d'accès aux services de santé modernes, les femmes ne sont pas prêtes à choisir l'une ou l'autre d'entre elles pour une telle formation, parce qu'elles ne peuvent pas en percevoir les avantages, et restent sur la méfiance. On a donc proposé que, dans les points

d'eau isolés, après la campagne IFM, une femme du pays alphabétisée et formée travaille pendant deux ans, fournissant des soins de santé primaires, des soins pré- et post-nataux, une éducation sanitaire, et animant des groupes de discussion, de telle sorte que la population en vienne à identifier, chez elle, les femmes qui recevraient ensuite une formation sanitaire. A Dimamou une femme de ce profil a été installée en novembre 1990.

L'un des obstacles à l'utilisation des services de santé disponibles est la liquidité monétaire. Beaucoup, dans les campements, sont disposés à payer les soins médicaux, mais ils n'ont pas d'argent liquide au moment voulu. Tel est en particulier le cas autour de dispensaires distants de tout marché, comme Ouinarden. Pour surmonter ce problème, l'équipe a proposé la création d'une caisse de campement. Chaque famille du campement verserait un montant fixé par le campement lui-même pour constituer un fonds. Les gens auraient alors le droit de retirer de l'argent de cette caisse pour payer des soins de santé urgents, avec, pour seule obligation, celle de rembourser la caisse dans le délai d'un mois. L'idée de caisse de camp a été présentée dans les campements, et les possibilités et détails pratiques en ont été discutés avec ceux à qui elle a plu. Nous espérons que cela pourrait stimuler d'autres idées de coopération au sein des campements.

## **2.4 Succès et échecs de la campagne IFM**

La campagne IFM n'a été menée que pendant une phase pilote d'un an (en pratique : de février à juillet 1990). Bien que beaucoup de problèmes aient été rencontrés, elle a été considérée comme un succès suffisant pour qu'on décide de la reprendre en 1991 à un autre point d'eau.

### *2.4.1 Qualité de l'accueil*

L'approche intensive, à petite échelle, a été très appréciée par la population. Cela n'a pas été une grande surprise, parce qu'on l'avait déjà constaté dans l'enquête sur les conduites en matière de santé. La séparation des hommes et des femmes était également importante, comme l'inclusion d'hommes et de femmes dans les équipes d'enquête. Du point de vue de l'AEN, ce style de service n'est pas attractif, parce qu'il demande un gros travail et progresse très lentement. On ne peut couvrir chaque année que l'environnement immédiat d'un point d'eau important. Cependant, toute entreprise moins intensive a peu de chances d'atteindre les mêmes résultats positifs. D'après les agents qui s'occupent d'autres activités de l'AEN à Dimamou, la communauté locale a été favorable à une telle approche, et cette estimation positive

a influé sur d'autres activités, alors qu'auparavant on considérait qu'il était difficile de travailler avec cette population. Evidemment, il est trop tôt pour évaluer à long terme les mérites de cette approche.

#### *2.4.2 Le contenu de l'IFM*

Les méthodes de présentation ont obtenu un franc succès, les cassettes étant moins appréciées que les images. Il est apparu que les images devaient être très simples et très précises, de façon à transmettre des messages corrects, bien que les inexactitudes aient eu l'avantage de stimuler la discussion.

Le contenu des présentations a créé des réactions variées. Dans les campagnes futures, les discussions sur les structures des services de santé seront informelles, au cours de conversations, et on ajoutera un thème relatif à l'hygiène (mais plutôt en réponse aux besoins perçus par le personnel de santé qu'à ceux exprimés par la population). Dans certains campements, les femmes ont été choquées par la présentation de la grossesse et de la naissance, et on a dû l'arrêter. Cependant, un peu plus tard, après un jour ou deux passés dans le campement, on est venu demander à l'équipe de passer à nouveau la cassette et de montrer les images. Cet exemple illustre clairement l'un des avantages de l'approche lente et intensive.

#### *2.4.3 Personnel féminin supplémentaire pour les soins*

Cette partie de l'expérience n'a pas duré assez longtemps pour permettre une évaluation, mais elle semble avoir été fort appréciée par la communauté et par les autres projets locaux de l'AEN. Le problème est qu'il y a dans toute la région du Gourma très peu de femmes présentant l'âge et les compétences requises, qui acceptent de vivre dans les conditions de la brousse. Il se pourrait que ce soit, pour cette raison pratique, une action impossible à reproduire après quelques campagnes.

### **3. Les options en matière d'intervention sanitaire**

Les autres ONG intervenant au nord du Mali ont choisi des options différentes en matière d'intervention sanitaire. Aucune intervention cependant n'a duré assez pour autoriser une évaluation, et il n'y a pas non plus de données de base sur la situation initiale, permettant de mesurer l'impact. Il semble que des philosophies différentes fondent le choix des stratégies, en fonction de bénéficiaires différents.

### 3.1 Le rôle des sciences sociales dans la conception du projet IFM

Bien que la campagne IFM soit une action de santé, des professionnels de la santé n'auraient probablement pas été en mesure de la concevoir. Elle est trop lente, trop peu interventionniste, et le seul aspect par lequel elle était acceptable pour les autorités sanitaires locales était qu'on pouvait l'interpréter comme entrant alors dans le cadre de l'Initiative de Bamako, cadre tracé par l'UNICEF et prévoyant que le coût des soins de santé soit transféré directement à la communauté (Kanji 1989). La campagne IFM est originale pour les raisons suivantes.

a) Elle va vers les gens au lieu de demander que les gens viennent à elle. Si l'on se souvient de ce que l'enquête a enseigné, et des échecs d'autres programmes de soins de santé primaires dans des zones nomades (Marty 1984), cette démarche paraît justifiée socialement, même si elle ne l'est pas financièrement. Puisqu'on a établi, par l'étude des conduites de santé, que les soins sont largement le domaine des femmes, mais que les hommes prennent les décisions concernant les déplacements et les dépenses, la campagne IFM essaie de travailler à l'intérieur de cette structure traditionnelle, en procurant de l'information aux personnes des deux sexes. En même temps, elle ouvre des possibilités de changement en suggérant, au sein de la structure sociale locale, des idées qui peuvent être adaptées.

b) Certaines des personnes participant au projet n'ont pas de qualification médicale, mais ont suivi des études supérieures, et sont donc capables d'analyser les contraintes socio-économiques auxquelles fait face la population, au lieu de limiter le regard aux problèmes techniques de santé.

c) La campagne IFM tente de respecter autant que possible les particularités contraignantes du style de vie nomade, en offrant l'information à tout un chacun plutôt qu'à des spécialistes seulement, et en aidant les familles à trouver des solutions peu coûteuses, localement disponibles, aux problèmes de santé, même si ce ne sont pas les traitements les plus rapides ou les plus efficaces.

d) Elle oblige à écouter et à noter ce que la population dit des problèmes de santé et de leur traitement. On essaie de ne rien condamner, mais de fournir des alternatives lorsque nécessaire. Il est essentiel, notamment, de respecter les connaissances traditionnelles des femmes, parce que dispenser des soins est l'un de leurs rôles importants dans la société.

### 3.2 Différentes stratégies d'intervention sanitaire

Dans le cercle de Douentza, *Save the Children* a concentré ses ressources sur les infrastructures (Alain Pillet, directeur de SCF-UK pour

le Mali, communication personnelle). Se conformant à la stratégie nationale qui se traduit en aides-soignants, secouristes et accoucheuses traditionnelles, cette ONG a formé, partout dans le cercle, beaucoup de personnels de ces « qualifications », et a offert aux autres une formation sur le tas. Elle a reconstruit des dispensaires et des maternités, s'est affiliée à un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, a apporté un financement et un appui logistique au programme élargi de vaccination. Cependant, une étude qualitative de la fréquentation des maternités (Touré-Cormont 1989) a montré que la remise en état des infrastructures n'a pas augmenté la demande, en partie parce que les gens étaient mal informés de ce qui était en cours, en partie parce que les formations sanitaires demeurent étrangères aux traditions et au mode de vie des populations locales. Le système national est, en effet, conçu pour des populations sédentaires comptant chez elles des personnes chargées d'aider aux accouchements, et il n'est pas adapté aux groupes qui ignorent ces traditions. Il ne semble pas que les groupes nomades ou semi-nomades qui transitent par Douentza utilisent les services « rénovés » plus qu'ils ne le faisaient avant la remise en état. C'est aussi un système qui interdit l'accès de ses services aux pauvres et aux habitants de villages isolés — la majorité —, parce qu'il leur impose de se déplacer et de payer, alors qu'eux, dont les besoins sont les plus grands, reçoivent le moins d'information sur la façon d'améliorer leur santé par eux-mêmes.

*Vision mondiale internationale*, à Gao et Menaka, avait une approche différente (Brown et alii 1989, WVI Child Survival Project *Quarterly Reports*), qui, à nouveau, dépend de la perception du problème par un organisme extérieur, mais s'adresse cependant à la population plutôt qu'aux structures. Dans les agglomérations de Gao et de Menaka, dans les villages éloignés et aux points d'eau, les anciens centres de récupération nutritionnelle (CREN) ont été réanimés avec un effort accru d'éducation sanitaire. Ces centres sont ouverts à toutes les femmes, riches ou pauvres, qui ont des enfants de moins de cinq ans. Elles y viennent une fois par mois, paient 100 F CFA, et chaque enfant reçoit 5 kg de rations, après avoir été pesé et mesuré, et après que la mère ait été informée de l'état nutritionnel de son enfant. Les enfants malades sont reçus gratuitement au dispensaire local, financé par la contribution de 100 F CFA. Chaque mère suit une leçon d'éducation sanitaire, pédagogiquement soutenue par les flanellographes du GRAAP. Six thèmes d'éducation sanitaire sont traités au long de l'année, chacun d'eux pendant deux mois. Dans la mesure du possible, les éducateurs sont des femmes, et les leçons sont données dans toutes les langues locales.

Ce programme extensif échappe à beaucoup des critiques qui peuvent être adressées à la lente activité de l'AEN. Juste avant les

événements qui ont commencé en juin 1990, on estimait qu'il concernait environ 30 % des femmes et des enfants de moins de cinq ans dans le cercle de Gao. La fréquentation du CREN est conditionnée par le fait pour l'enfant d'être à jour de ses vaccinations, ceci pour favoriser les relations avec les services de santé. La plupart des CREN sont, en outre, situés à côté d'un dispensaire. Cependant, ce n'est pas vraiment un système de participation. L'éducation est dispensée sous une forme scolaire, laissant très peu de place aux questions ou discussions. Le programme est essentiellement basé sur le constat que beaucoup d'enfants de la région de Gao sont malnutris, et sur la conclusion que les mères manquent d'éducation en matière de soins à donner aux enfants. « Ce programme vise à diminuer l'incidence de la malnutrition, et à diminuer la mortalité et la morbidité dues à la malnutrition » (Brown et alii 1989). Il est probable que la nourriture gratuite a plus d'effet que l'éducation, alors même que cette aide alimentaire signifie que le programme ne peut pas être poursuivi à long terme. Ceux qui n'y ont pas accès maintenant sont probablement ceux qui sont en même temps les plus isolés, les plus ignorants des services disponibles, c'est-à-dire les femmes de haut statut dans les campements qui continuent à nomadiser (celles dont les enfants ont les taux de mortalité les plus élevés, Hill et Randall, 1984).

Autre problème posé par cette approche : elle s'adresse exclusivement aux femmes et concerne essentiellement la santé des enfants. Cela n'est pas la préoccupation majeure des Tamacheq, ni sans doute celle d'autres groupes de la région, qui se sentent surtout concernés par les maladies d'adultes. Les CREN de *Vision Mondiale* se limitent eux-mêmes à un segment de la population, peut-être le plus vulnérable, mais pas le plus important du point de vue économique, qui est ici celui de la survie. Se pose donc la question de savoir jusqu'à quel point ce programme s'attaque aux problèmes de la santé dans leur ensemble, et prépare un changement à long terme.

## Conclusion

Intensive et non technique, la campagne IFM dans le Gourma représente une approche inhabituelle pour une intervention sanitaire. Cette approche a été adoptée parce que des études de sciences sociales suggéraient que des interventions plus médicales auraient peu de succès. De fait, l'enquête sur les conduites de santé a montré que la population tamacheq du Gourma avait, pour toutes sortes de raisons, peu de contact avec les services sanitaires. La recherche démographique quantitative avait imputé à des déterminants sociaux plutôt qu'économiques les

différences de mortalité, et montré que la mortalité des adultes était relativement plus forte que la mortalité infantile et juvénile. L'approche à petite échelle, intensive et qualitative, de l'étude sur les pratiques sanitaires a si bien réussi non seulement à recueillir une information de bonne qualité, mais encore à créer un rapport avec une population circonspecte, que ces acquis ont été utilisés comme base de l'intervention. D'autres expériences ont tenté de fournir des soins de santé à des populations nomades de la zone, en utilisant des hommes formés comme secouristes, mais elles ont échoué (Marty 1984), et une approche différente s'imposait.

Le rôle important des femmes dans les soins de santé traditionnels, les traitements qu'elles utilisent, et ce qui les empêche de recourir tant aux soins modernes qu'à ceux des spécialistes traditionnels, tout cela ne serait pas ressorti d'une simple enquête épidémiologique ou d'un questionnaire structuré. L'utilisation d'interviews semi-structurés et de discussions à bâtons rompus a été déterminante. Autrement, il aurait été impossible de prendre conscience des différentes contraintes et des problèmes qui se posent ; un questionnaire structuré aurait laissé échapper beaucoup d'interrelations capitales entre la vie des Tamacheq et les soins de santé. Une enquête plus quantitative aurait peut-être conclu qu'il y avait une demande pour un plus grand nombre de dispensaires. Cependant, l'information qualitative manifeste que cette demande est extrêmement vague, et qu'il y a beaucoup d'obstacles à lever avant que l'investissement dans l'amélioration des infrastructures se traduise par une élévation de l'état de santé de cette population. L'analyse des conduites de santé a montré que le concept de « médecine traditionnelle » doit être compris comme recouvrant l'ensemble du système de soins, et pas seulement les médicaments, les remèdes et les croyances concernant l'étiologie et la cure. Cette conception élargie de la médecine traditionnelle est essentielle si l'on veut aborder sérieusement les problèmes de santé auxquels doit faire face la population du Gourma, et il est clair que les améliorations habituelles des infrastructures n'aideront guère les groupes nomades ou semi-nomades établis dans la région.

La philosophie qui inspire la campagne IFM est d'aider les gens à prendre des décisions éclairées sur la forme de traitement qu'ils préfèrent, et à se rendre capables d'agir conformément à ces décisions. Ce n'est en aucune façon une tentative pour imposer la médecine moderne ou ses agents de santé. En fournissant de l'information sur la façon dont le système de santé public fonctionne, sur les maladies qu'il traite le mieux, sur les prix, sur les traitements domestiques efficaces, la campagne IFM augmente l'éventail du choix des actions. Personne ne saurait se décider en faveur d'actions dont la portée est

inconnue ou méconnue. En pratique, cependant, un contact générant l'information conduit à la familiarité et à l'acceptabilité, d'où l'idée de placer une femme apte à travailler utilement pendant deux ans dans les zones couvertes par la campagne IFM. Son rôle est de prolonger les effets de la campagne IFM, de démontrer pratiquement ce que la médecine moderne peut faire, d'encourager les femmes du lieu à croire en elles-mêmes et à envisager que des membres de la communauté soient eux-mêmes formés. Il n'est pas question d'aider les gens à prendre des décisions lucides s'ils ne sont pas en mesure d'agir selon ces décisions.

Par l'information et par un meilleur accès aux soins, l'ambition essentielle de la campagne IFM est donc de rendre son pouvoir à une population démunie. Il n'est pas évident que d'autres types d'interventions sanitaires soient capables d'œuvrer à une telle restauration. Des programmes qui se consacrent entièrement aux infrastructures conviennent uniquement à ceux qui, souhaitant utiliser les services de santé, ne le peuvent pas. Mais, là où on ignore tout de ces services, leur amélioration ne signifie rien.

## RÉFÉRENCES

- BERMAN Peter, D.R GWATKIN, S.E. BURGER (1987) : « Community based health workers, head start or false start towards health for all », *Soc. Sc. Med.* 25 (5) 443-59, 1987.
- BROWN R., M. N'DIAYE, P. TURNER (1989) : « World Vision Mali », *7th Region Child Survival Project, Detailed Implementation Plan*, WVI Bamako, 1989.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako, janvier 1989.
- CALDWELL J.C. (1989) : « Routes to low mortality in poor countries », in J.C. Caldwell, G. Santow (eds) *Selected Readings in the cultural, social and behavioral determinants of health*, Health Transition Series, n° 1, ANU, Canberra, 1989.
- CLELAND J., J. VAN GINNEKEN (1988) : « Maternal education and child survival in developing countries, the search for pathways of influence », *Soc. Sci. Med.*, 27, 12, 1988.
- HILL A.G. (ed) (1985) : *Population, health and nutrition in the Sabel*, Kegan Paul International, London, 1985.
- HILL A.G., RANDALL S. (1984) : « Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali », *Population*, 39, 6, 1984.
- KANJI N. (1989) : « Charging for drugs in Africa, UNICEF's Bamako Initiative », *Health Policy and Planning*, 4 (2), 110-120, 1989.
- MARTY Maryse (1984) : *Soins de santé primaires et mouvement coopératif Gao-Mali*, diplôme universitaire d'études de la pratique sociale, Tours, 1984.
- MOSLEY V.H. (1989) : « Will primary health care reduce infant and child mortality ? A critique of some current strategies with special reference to Africa and Asia », in CALDWELL & SANTOW (eds), op. cit.
- RANDALL S. (1984) : *A comparative demographic study of three sabelian populations, marriage and childcare as intermediate determinants of fertility and mortality*, PhD thesis, University of London, 1984.
- RANDALL S., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Etude socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, INRSP, Document sciences sociales n° 5, Bamako, 1989.
- SAUERBORN R., NOUGTARA A., DIESFELD H.J. (1989) : « Low utilization of community health workers, results from a household interview survey in Burkina Faso », *Soc. Sci. Med.* 29, 10, 1163-74, 1989.
- TOURÉ-CORMONT C. (1989) : *La fréquentation des maternités, étude menée dans le cercle de Douentza (juin 1989)*, Save the Children Fund (UK), Bamako, 1989.
- WALT G., PERERA M., HEGGENHOUGEN K. (1989) : « Are large scale volunteer community health programmes feasible ? The case of Sri Lanka », *Soc. Sci. Med.* 29, 5, 599-608, 1989.
- WORLD VISION MALI, 7th Region Child Survival Project, *Quarterly Reports*, 1990.
- WORLD VISION MALI, 7th Region Child Survival Project, *Annual Report FY90 p.*



## **Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie ?**

par Robert VUARIN

Cette question émane d'une enquête menée à Bamako, dans le but de proposer des stratégies de renforcement de la protection sociale de la population (plus particulièrement urbaine), c'est-à-dire une amélioration des moyens institutionnels et économiques de prise en charge collective des « risques » individuels, dont la maladie. Je dirai quelques mots préalables de l'organisation et de la problématique de cette étude, avant d'en venir au problème qui nous intéresse ici, et qui correspond à une première approche, partielle, de cet objectif. Mais d'entrée, il faut insister sur les limites des propositions que l'on va lire : elles ne concernent qu'un fragment du domaine étudié (Vuarin, 1990). Ce n'est donc pas un examen exhaustif de toutes les solidarités sociales mobilisables que je proposerai, mais seulement de quelques-unes, que je pense cependant centrales : celles qui se manifestent à l'occasion du baptême. Cette cérémonie s'insère dans un ensemble plus vaste de cérémonies familiales, qui elles-mêmes s'articulent avec des sociabilités et des solidarités électives très nombreuses.

Deux remarques préliminaires ont orienté la recherche.

Tout d'abord, notons que la voie « classique » de renforcement de la protection sociale, celle de l'extension progressive de l'appareil de la sécurité sociale à des catégories de plus en plus nombreuses de la population, était la stratégie prônée par le B.I.T. jusqu'à une date très récente (Mouton, Gruat, 1988 ; Gruat, 1989 ; Gruat, 1990). Or, elle ne semble pas praticable dans les pays d'Afrique de l'Ouest, pour une raison principale : sa viabilité dépend de l'extension du salariat (de l'élévation nominale et de la généralisation de ce mode de rémunération),

extension que l'on ne constate pas, et que l'on ne peut pas raisonnablement pronostiquer dans un proche avenir (l'adoption des plans d'ajustement structurel laisserait plutôt prévoir l'évolution inverse, la réduction de l'emploi salarié). Si le renforcement de l'appareil centralisé de la Sécurité Sociale n'offre pas de perspective réaliste d'amélioration de la couverture des risques, quelles autres approches peut-on envisager, qui permettraient d'atteindre cet objectif ? Il faut immédiatement constater que les populations rurales et urbaines ne sont pas démunies en cette matière : des mécanismes de prise en charge collective des risques existent, nombreux, variés et efficaces, à tel point d'ailleurs que les sociétés africaines sont souvent présentées comme des modèles accomplis de solidarité, voire de collectivisme (Gerder, 1975 ; Ijere, 1966) ou même de « socialisme naturel » comme disait Senghor. On partira donc de l'hypothèse que ces mécanismes peuvent fournir une base fonctionnelle d'élargissement des procédures de prise en charge.

La seconde considération, plus ponctuelle et plus technique, concerne les procédures de couverture des dépenses de santé. Très schématiquement, on peut définir un système de protection sociale comme une machine à socialiser les dépenses de santé : celles-ci ne sont plus assumées individuellement et au coup par coup par chaque malade, qui dépense l'équivalent de sa consommation médicale, mais par un collectif qui répartit en fonction des besoins de soins de quelques-uns de ses membres une ressource financière globale générée par des cotisations ou prélèvements permanents. Il y a donc socialisation et péréquation des recettes et des dépenses. La question qui se pose pour la problématique qui est la nôtre ici peut être ainsi formulée : « A quel niveau de sociabilité est-il plus viable de réaliser cette socialisation des dépenses de santé ? ».

Une réponse est d'ores et déjà apportée à cette question dans la pratique actuelle : indépendamment de la socialisation globale, celle qu'effectue l'Etat (et dont on doute de l'extension possible), ce sont les centres de santé (en particulier « communautaires ») qui apportent leur concours : les surplus financiers provenant de la vente des soins et des médicaments (du moins pour les centres qui se conforment à « l'Initiative de Bamako » en pratiquant le recouvrement des coûts) sont, dans la mesure du possible, redistribués au bénéfice de la population la plus pauvre qui serait dans l'incapacité d'assumer même la faible dépense à couvrir. Il y a donc, au niveau du centre, une procédure de socialisation et de péréquation des dépenses de santé. Cette solution, si elle a le mérite d'exister, a l'inconvénient de faire dépendre son existence d'un concours exceptionnel de circonstances favorables : entente entre le conseil du centre et le personnel médical, dévouement de ce dernier, confiance de la population, fréquentation importante

de patients « solvables », etc., — toutes conditions qui ne sont pas facilement reproductibles, et donc limitent la capacité de généralisation de cette procédure de socialisation du coût de la santé. Il s'agit ici d'explorer un niveau différent de socialisation de ce coût, celui qui, en amont de l'accès au centre, reposerait sur des solidarités dont les conditions de pérennité, et donc de viabilité, ne sont pas, a priori, moins problématiques, mais au moins plus généralisables.

Dès lors, cette enquête s'efforce de connaître ces « institutions d'entraide », comme on les appellera provisoirement, et surtout d'en évaluer les limites : ont-elles en effet une efficacité entière, prennent-elles en charge la totalité des risques pour la totalité des membres du corps social, ou au contraire les mailles du « filet protecteur » sont-elles sélectives ? Qui est, dans ce cas, oublié ou abandonné, et pourquoi ? Car si l'on envisage une voie alternative consistant en un appui aux institutions d'entraide existantes, il faut savoir quel est leur pouvoir d'intégration, de prise en charge, et, corrélativement, où s'arrête ce pouvoir. Or, ce que l'on sait de la solidarité populaire africaine permet sans doute d'affirmer qu'elle est très générale (tout le monde est intégré dans un ou des collectifs), très vivante (des collectifs nouveaux émergent en permanence), mais aussi qu'elle est très sélective : la solidarité est active au sein du collectif, mais nulle à l'égard de ceux qui y sont étrangers, de ceux qui ne partagent pas les critères communs d'identité et, par conséquent, d'insertion. Elle est donc tout autant intégratrice qu'excluante, et l'on peut prévoir que certaines conditions d'existence ou certains critères identitaires puissent produire l'isolement relationnel de larges fractions de la population. On peut prévoir aussi qu'entre ces cadres collectifs multiples et cloisonnés aucun transfert économique ne se réalise, et que les fractions de la population les plus démunies en capital économique le soient aussi en capital social, ou encore que les collectifs des riches ne communiquent pas avec ceux des pauvres, manquant ainsi à la réalisation des transferts de ressources que l'on attend de tout système généralisé de protection sociale. C'est pourquoi l'objectif interventionniste qui guide cette étude introduit dans l'examen des institutions d'entraide populaires le critère d'universalité de la protection qui constitue une des normes fondamentales des appareils centralisés de sécurité sociale, et que toute tentative de renforcement des systèmes populaires de protection doit se donner comme fin.

Au demeurant, la capacité d'intégration, ou au contraire, d'exclusion que les institutions d'entraide populaires possèdent, ne peut être connue simplement au travers d'un recensement et d'une description : le recensement est impossible au niveau d'une métropole comme Bamako, la description ne suffit pas pour saisir les mécanismes d'insertion ni surtout d'exclusion. D'où l'obligation d'accéder à la source des

pratiques associatives (les principes moteurs de l'entraide, les forces sociales qui les génèrent ou celles qui les inhibent), c'est-à-dire aux modèles, aux valeurs qui produisent l'affinité et l'association ou, à l'inverse, l'incompatibilité et l'exclusion des réseaux d'identification et d'action collectives.

Une question est au cœur de l'objet de recherche ainsi défini : comment les solidarités d'origine familiale et extra-familiale s'articulent-elles dans la prise en charge des petits et grands malheurs quotidiens ? La solidarité familiale est un donné culturel, un système de relations et de valeurs qui s'impose avec toute la force de la tradition, un devoir (plus ou moins respecté d'ailleurs), alors que les solidarités extra-familiales reposent plus sur l'action volontaire, le vouloir (lui-même plus ou moins guidé par des normes) et l'adaptation au présent. Ces deux grands pôles de l'entraide expriment, d'une part, l'univers des contraintes relationnelles, d'autre part le champ de l'activité productrice de soi et du réseau relationnel ; aussi les combinaisons (complémentarité, opposition, subordination) de ces deux grandes sources de l'entraide sont-elles centrales dans ma problématique, puisqu'elles permettent d'évaluer les parts respectives du déterminisme social et de la volonté individuelle dans la constitution des réseaux d'entraide.

## 1. L'entraide

Qu'est-ce que l'entraide, à Bamako ? Dans la conception occidentale, singulièrement inadaptée à la réalité malienne, deux éléments sont prépondérants, à l'évidence influencés par la prédominance des appareils centralisés dans la pratique occidentale de la solidarité : l'entraide est la réaction d'un collectif vaste et anonyme qui vient se substituer ou renforcer la capacité de réponse d'un individu affaibli par une infortune ou un désordre affectant son existence normale (c'est-à-dire autonome). Anonymat du collectif, donc, et caractère négatif de l'événement (à quoi il faudrait ajouter, pour les caractériser plus fidèlement, prévision du risque et anticipation de la réaction). Une telle conception prend racine dans la réforme des relations Etat/individu instaurée par la Révolution française : la Nation toute entière, au travers de l'institution qui la représente, l'Etat, a le devoir de porter secours à l'un quelconque de ses membres dont l'autonomie est altérée par l'adversité. Encore faut-il, pour l'exercice de ce devoir, que ce désordre individuel ne s'oppose pas à la morale, c'est-à-dire que l'individu affecté ait été le premier à veiller à la sauvegarde de son autonomie, qu'il n'entretienne pas de relation coupable avec son malheur, et puisse donc revendiquer son « droit aux secours ».

Mais revenons au Mali ; et, pour approcher une définition malienne de l'entraide, posons à un, dix, cent Maliens ou Maliennes cette question simple : « qu'est-ce que l'entraide ? ». Avec une remarquable unanimité, ces interlocuteurs répondront : « Aider, *ka dèmèn*, ou s'entraider, *ka nyògòn dèmèn*, c'est participer aux cérémonies familiales, baptêmes, mariages, funérailles, des parents et amis, ou recevoir leur participation ».

Cette réponse, et son unanimité, m'ont fortement dérangé au début de mon enquête. Car je ne voyais dans ces événements rien de ce caractère accidentel et funeste que j'associais automatiquement à l'appel à l'aide ou à l'entraide. Je poursuivais donc mes questions, à la recherche d'événements plus conformes à cette ethnocentrique association d'idées, et de leur traitement par un quelconque collectif exprimant sa solidarité avec la victime du sort. Jusqu'à ce que l'évidence apparaisse : le collectif était bien là, joyeusement assemblé dans les baptêmes et mariages, compatissant et recueilli dans les funérailles, précédant l'éventuel malheur qu'un de ses membres pouvait lui soumettre, et rien moins qu'anonyme. Il devait en effet se confirmer que la vie sociale d'un Bamakois, et à plus forte raison d'une Bamakoise, est très fortement scandée par l'assistance à ces cérémonies, — assistance à celles des autres, ou des autres aux siennes propres. Or si ces cérémonies marquent le mouvement intime du groupe familial, l'arrivée d'un nouveau membre en son sein, ou le départ d'un ancien, elles sont aussi le moment où les amis, voisins, connaissances viennent s'associer à un épisode de la carrière familiale. Elles sont un temps fort de l'assemblage des solidarités intra- et extra-familiales, et un lieu privilégié de leur observation.

Je me propose donc d'examiner de plus près le rôle de ces événements rituels dans le réseau des solidarités. Pour simplifier, je me limiterai au cas du baptême, qui pourrait précisément, selon moi, jouer un rôle important dans le renforcement de la protection sociale, en l'occurrence dans la couverture des frais de santé des jeunes enfants. Puisqu'il s'agit de l'arrivée d'un membre nouveau du groupe familial, examinons rapidement comment ce nouveau venu prend place dans l'ensemble des dynamiques qui animent le groupe familial, aussi bien dans son cadre rural traditionnel que dans les conditions urbaines actuelles (Samaké, 1977).

## 2. Dynamiques familiales et urbanisation

Un nouveau-né réalise une des tendances majeures du groupe de parenté : l'expansion, et ce au travers d'une des deux procédures qui y concourent, la filiation. L'autre procédure est celle de l'alliance, et

la seconde tendance majeure est exactement inverse de la première : c'est celle de la contraction ou de la réduction. Filiation et alliance entraînent l'expansion du groupe de parenté, mais leur jeu normal peut entraîner aussi l'inversion de ce processus, et donc la scission du groupe.

La filiation patrilinéaire est responsable de l'agglomération dans l'espace résidentiel du chef de famille, de ses frères cadets, de leurs enfants, voire de leurs petits-enfants. L'accroissement démographique du groupe de parenté est un objectif conscient et volontaire du chef de famille, qui, dans les conditions de production traditionnelles, mais aussi dans celles de la ville, décompte la puissance ou la richesse du groupe domestique en hommes. Du principe de la filiation patrilinéaire, *fasiya*, résultent donc d'une part la croissance plurigénérationnelle du groupe, et d'autre part son unité, unité socio-politique marquée par le respect aux aînés et la solidarité, et unité économique autour d'un patrimoine commun, *ciyèn*, formé par les grands champs collectifs, *foroba*, le bétail, les greniers familiaux, les dots des filles..., géré par le *fa* et complété par les moyens de production propres aux ménages conjugaux : petits champs, *foro*, outils, ustensiles domestiques. Mais ce principe est aussi responsable d'une première ligne de fracture en son sein : lorsque le groupe devient économiquement ingérable parce que trop vaste au regard des contraintes productives (insuffisance ou éloignement des champs) ou lorsque la relation d'émulation entre frères, *fadenya*, se transforme en rivalité et éclate en conflit, des ménages conjugaux cadets quittent le groupe pour fonder des hameaux de culture dans des espaces vierges (ou pour s'installer dans leur propre concession en ville). La scission du groupe est bien la conséquence du jeu normal de la filiation patrilinéaire, elle est provoquée par une croissance démographique devenue ingérable.

L'alliance contribue aussi à l'accroissement du groupe patrilinéaire localisé : les épouses le rejoignent, assurent sa fécondité et remplacent les filles parties chez leur nouvel époux. L'alliance n'est pas seulement addition physique des parents, elle est aussi démultiplication des relations sociales puisque le lignage patrilinéaire de l'épouse, et surtout de la mère, est un capital relationnel d'autant plus facilement mobilisable qu'il est abordé au travers d'une relation plus affectueuse, *badenya*, moins exigeante et rigide que la relation paternelle où crainte et respect dominant. La polygamie augmente évidemment l'efficacité de cette démultiplication ; mais elle est aussi la cause de son retournement, et constitue alors la ligne de fracture du groupe de parenté : si les co-épouses d'un polygame s'entendent entre elles, leurs propres groupes paternels s'ajoutent, pour un enfant, à celui de sa mère naturelle ; mais si les inégalités de traitement des épouses de la part du père se traduisent en conflits, la *fadenya* s'y alimente, et c'est selon l'appartenance à une même mère, *babonda* (littéralement : « porte de la case

de la mère ») que le groupe de parenté se scinde. L'alliance est donc, à terme, sinon la cause, du moins le catalyseur de la division des groupes de parenté.

Au travers de ces deux principes responsables de l'élasticité du groupe de parenté localisé, on entrevoit que l'expansion du groupe familial est regardée comme un processus normal, tendant à l'intégration du plus grand nombre de membres possible. Cette expansion est cependant scandée par des scissions, des départs d'unités conjugales à la recherche de conditions d'expansion plus autonomes, mieux contrôlées, faites d'enfants, d'épouses, voire de parents hébergés. Mais la logique dominante est avant tout celle de l'expansion et de l'application active d'une obligation d'entraide entre ses membres.

Ce processus dialectique a, dans les campagnes, un effet politique : il entraîne l'expansion territoriale du lignage et l'instauration de relations de dépendance entre les divers établissements humains provenant d'une souche commune. En ville, cette même conséquence a des effets distincts : d'abord, l'expansion géographique de l'espace urbanisé qui se manifeste principalement par l'extension des quartiers périphériques (le taux annuel d'accroissement de population de ces quartiers est d'environ 11 % de 1976 à 1987, se répartissant entre exode rural et migrations inter-quartiers), où trouvent place non seulement les nouveaux urbains, mais aussi des descendants de citadins anciens, quitte, à la recherche d'espace, le centre surpeuplé où la *fadenya* s'exacerbe. Dans les nouveaux quartiers périphériques, le paradoxe est que l'on rencontre les plus anciens bamakoïses côtoyant les plus récents (dont la première installation est souvent accueillie provisoirement dans de vieilles familles du centre, parentes ou alliées). Et de ce fait, si la sociabilité des quartiers du centre a pu se recréer, depuis des générations, comme un village dans la ville, celle de la périphérie, où la ville fait intrusion dans les villages, se construit sur un mode inédit, où incontestablement les solidarités extra-familiales (donc volontaires) prennent le pas sur les solidarités intra-familiales.

Ce caractère de l'urbanisation bamakoïse a donc de très importantes conséquences sociologiques en matière de constitution des réseaux d'entraide. Je les indiquerai rapidement, et à titre d'hypothèses.

1— Si le peuplement des quartiers périphériques est pour une grande part le fait de fils ou de frères cadets quittant l'ancienne concession paternelle à la recherche de l'expansion autonome de leur propre « famille », cela implique soit que les liens avec le lignage paternel soient maintenus et réactualisés par le moyen des cérémonies familiales de ce lignage, soit, lorsque la *fadenya* est à la source du départ, que les liens familiaux les plus étroits se déplacent de la lignée paternelle vers le patrilignage de la mère. Dans ce cas cependant, les cérémonies familiales gardent leur importance, et même l'accroissent, car elles sont le

prétexte d'une trêve des conflits familiaux. Ce phénomène de transfert du réseau d'entraide vers le lignage maternel me semble en effet repérable, mais l'état actuel de l'enquête ne permet pas de l'évaluer ; je le crois cependant de la plus grande importance dans la compréhension des mécanismes de constitution des réseaux d'entraide intra-familiaux masculins dans les quartiers récents.

2— Dans ces mêmes quartiers, il semble également que l'on assiste à un déplacement général de la sociabilité intra-familiale vers la sociabilité extra-familiale : le réseau des voisins, des amis, des collègues prendrait ainsi le pas sur celui des parents. Mais là aussi ce transfert entraîne l'accentuation des cérémonies familiales comme relais majeur de renforcement de la sociabilité. Les cérémonies familiales ont, en effet, un rôle essentiel dans la synergie des réseaux familiaux et amicaux, et donc d'approfondissement des rapports d'amitiés ou de voisinage.

Les conditions actuelles de la vie urbaine renforcent l'importance de ces cérémonies dans la construction et l'élargissement des solidarités, ce que nous allons examiner de plus près à partir de l'exemple du baptême.

### 3. Le « baptême »

Les cérémonies familiales emphatisent dans le temps et dans l'espace sociaux les épisodes de l'existence du lignage : elles marquent sa continuité historique en faisant communiquer les générations, sa vigueur par le rassemblement de ses membres et affirment son ancrage social en élargissant la signification intime de l'événement à l'environnement humain du ou des lignages concernés. Je m'attacherai surtout à définir la nature des partenaires de cette communication solennelle, et enfin à préciser ce qui transite dans ces échanges, leur support matériel et leur enjeu symbolique.

#### 3.1 Les partenaires dans le rituel

Le rituel du « baptême » musulman, *denkundi*, "raser la tête de l'enfant", ou *dentôgôda*, "donner le nom de l'enfant", se déroule le septième jour après la naissance. Durant cette semaine, la nouvelle de la naissance et la date du baptême sont transmises, par l'intermédiaire de personnes de caste, à tous les parents de la mère et du père, ainsi qu'à leurs relations, amis et connaissances. Un défaut d'information est perçu comme un affront par qui s'estime en droit d'être invité, de même que l'absence d'un invité froisse l'hôte, si l'absent n'a pas un

bon prétexte ou ne se fait pas représenter. Toujours pendant cette semaine, un marabout est sollicité, qui, après consultation du Coran, déterminera le nom de l'enfant (souvent en fonction du jour de la naissance, autrefois d'après le rang de naissance), à moins que le nom ne rappelle celui d'un proche ou d'un parent, pour l'honorer (le fils aîné porte souvent le nom de son grand-père paternel, la fille aînée celui de sa grand-mère maternelle). Enfin sont achetés les denrées qui seront offertes à l'assistance (kola, café et pain, bélier si les moyens le permettent).

Le jour de la cérémonie est divisé en deux moments, séparant nettement la participation des hommes et celle des femmes. Tôt le matin arrivent, avec le marabout et les notables du quartier, les invités : parents du père, *fasira* (« voie, ligne du père » ; au sens propre, *sira* signifie route); parents de la mère, *basira*, amis, *terisira*. Des musiciens (tambours, balafon...) peuvent également avoir été conviés. Marabout et notables sont installés aux meilleures places, et une importante quantité (quelques kilos) de noix de kola, accompagnée d'un peu d'argent, est offerte, par l'entremise d'un notable, au marabout, qui, par la suite, la présentera à l'assistance avant de la lui distribuer : car il s'agit du premier bien de l'enfant, de ce qu'il « a eu comme première chance ». Dattes, pain et café sont également offerts aux invités, qui déposent une petite contribution monétaire (25 à 500 F CFA) à l'intention du père.

Après cette distribution, le marabout récite des versets du Coran, puis informe un griot du nom de l'enfant, pour qu'il l'annonce publiquement ; si ce nom rappelle celui d'une personne morte ou vivante, des explications sont données, et on loue ce « parrain » dont les hauts faits sont rappelés. Alors une femme de caste se rend dans la chambre où est l'enfant, avec sa mère, et lui souffle trois fois son nom dans l'oreille. Puis l'enfant est sorti (sa tête le plus souvent rasée : un nouveau-né non rasé s'expose, de jour, au mauvais sort), porté sur le dos d'une sœur aînée ou d'une jeune voisine, enveloppé dans un pagne neuf immaculé, *bamunan*. Les griottes hurlent son nom et ses louanges, à l'attention du plus vaste voisinage : cette déclamation est appelée *ka so wele*, « appeler le cheval », celui sur lequel l'enfant brave doit monter, celui-là même que ses ancêtres guerriers ont chevauché ; cette déclamation est l'affirmation du lien de l'enfant et de ses ancêtres. (Il est à noter que c'est ce lien mystique avec les ascendants vivants et ancestraux qui est affecté par les naissances hors mariage : les baptêmes d'enfants naturels se déroulent en l'absence des grands-parents, retenus par la honte, en présence des seuls amis de la mère, et parfois du père). Ensuite, l'enfant rentre et restera enfermé jusqu'au rasage de sa tête, qui, s'il n'est pas encore effectué, doit avoir lieu dans la semaine qui suit.

Le bélier est égorgé par le marabout. Le sort de l'animal est compris comme l'inverse de celui de l'enfant ; son sang qui coule garantit que

celui de l'enfant ne coulera pas, son poil arraché que celui de l'enfant poussera, sa viande dépecée que l'enfant ne sera pas blessé : *saga joli ka kè denjoli sara ka ye, a si ka kè densi sara ka ye, a sogo ka kè densogo sara ka ye*. Enfin le notable sous l'autorité duquel se déroule la cérémonie demande au griot de libérer les participants, ce qu'il fait en leur souhaitant une bonne journée. Ne restent alors, pour préparer et consommer le repas de midi, que les intimes, amis, parents du père et de la mère. Les plats sont préparés par ces parents, en particulier par les sœurs de la mère et les épouses des amis du mari. Corvée d'eau, cuisson sont collectives, mais les frais sont supportés par la famille du père. Pendant ce temps, les hommes qui sont restés discutent en buvant du thé, jusqu'au repas.

L'après-midi appartient aux femmes, qui arrivent vers 16 heures et resteront jusqu'au « petit soir », le crépuscule. Des plats du repas de midi sont gardés pour les parentes de la mère, d'autres sont apportés par les amies les plus proches, et sont offerts aux griottes ou consommés par l'assistance. Entrecoupé de musique, de danses et de chants des griottes (des *funè*, généralement), l'après-midi est consacré à l'offrande à la mère, par chaque participante, de pagnes (« pour porter l'enfant »), draps, savon (« pour laver l'enfant ») et argent. Cette participation, et ces dons rituels (de même que celle des hommes et leurs apports, bien plus modestes) sont désignés par l'expression *ka bolo ma fara* (« ajouter à, ou dans, la main ». Les cadeaux sont reçus par les *denba* (« mère(s) de l'enfant »), groupe des femmes responsables de la cérémonie, formé des amies intimes de la mère et des épouses des frères et amis du père) ; ils seront transmis à la mère, avec une indication précise, parfois écrite, du nom de la donatrice. Selon sa relation à la mère, chaque participante est tenue à un certain niveau de contribution : au degré supérieur sont les frères et sœurs du père, sœurs et belles-sœurs de la mère (qui apportent, plus particulièrement, une sauce pimentée faite d'abats : *furunaji*). A un niveau inférieur de contribution se situent les voisines, amies, simples connaissances. Si la mère fait partie d'un collectif féminin (« tontine »), ce groupe vient déposer avec ostentation (parfois vêtu de l'« uniforme » de la tontine) la collecte exceptionnelle effectuée en l'honneur de l'accouchée. A la fin de la cérémonie, cette « richesse », *denkundi nafolo*, est décomptée sous la direction de la principale *denba*, et chaque présent est annoncé publiquement par une griotte, avec sa provenance. Des pagnes et de l'argent sont donnés, en rétribution, aux griottes et aux *denba* paternelles et maternelles ; ces dernières font déclamer par une griotte respectivement l'éloge de leur « frère » ou celui de leur « sœur ». Enfin, au crépuscule, l'assistance se sépare. Parfois, cependant, restent bonnes dernières des femmes qui, ayant prêté de l'argent à la mère pendant sa grossesse, souvent pour couvrir les dépenses médicales pré-

natales (lorsque le père n'a pas pu y subvenir), attendent le remboursement immédiat de leur prêt, qui sera prélevé sur le *denkundinafolo*.

L'assistance et les contributions sont particulièrement nombreuses si l'enfant est le premier-né de la mère ; comme on le verra plus loin, on peut comprendre ce fait comme l'amorçage d'une noria d'échanges (et la constitution d'un capital), car chaque offrande est l'appel à un contre-don, qui sera dû par la mère de l'enfant à chacune des donatrices à l'occasion de leurs propres cérémonies familiales. Mais dans l'immédiat, la richesse accumulée durant l'après-midi, déterminée par la dimension du réseau relationnel des parents, et par le niveau de prestations qu'ils peuvent entretenir en échange, est considérée comme l'indice de la « chance », *kunnaja* ou *garijègè*, dont bénéficie personnellement l'enfant : cette dotation personnelle bénéfique est à la mesure de la réputation, de l'estime et des moyens matériels accumulés par ses parents, et au-delà, de la considération et de la réussite des deux lignages patrilinéaires de son père et de sa mère.

Les participants à la cérémonie sont explicitement ordonnés en fonction de leur relation à chacun des parents de l'enfant : on a déjà rencontré cette grande distinction entre *fasira* (« ligne du père »), *basira* (« ligne de la mère »), *teristra* (« ligne » des amis). La *fasira* est constituée de tous ceux qui sont de même ascendance que le père, soit en remontant (père, père du père, etc.), soit horizontalement (frères, frères du père), soit en descendant (fils, fils des frères, etc.). On y adjoint les amis du père, qui sont de son âge et que l'on connaît à travers lui, et on y distingue les femmes de la lignée comme tantes, *tènèmuso*. Dans la *basira*, on classe toutes les personnes qui sont proches de la mère, que ce soit par la parenté, l'âge, ou l'amitié.

Cette distinction *fasira/basira* semble moins importante dans le baptême que dans le mariage : on a vu en effet que les femmes de ces deux « voies » sont rassemblées dans le groupe des *denba* (sœurs et belles-sœurs du père et de la mère de l'enfant) ; il y aurait même une fusion intra-générationnelle de ces deux lignes, qui sont les deux lignages alliés dont procède l'enfant. Si, dans la cérémonie de baptême, une certaine indétermination des parents et alliés semble se faire jour au profit d'une distinction des sexes et des générations, les raffinements internes à la « voie » des relations extra-parentales sont intacts. On y distingue en effet, par ordre croissant d'intimité :

— les voisins, avec qui ne sont entretenues aucunes relations autres que celles nécessaires à une bonne co-résidence, *siginyògônw* ;

— *lemineyasira*, « ligne [des personnes] de confiance » : ce sont les relations amicales auxquelles on peut demander un service, comme un prêt d'argent, parce qu'elles ont confiance en la personne qui demande ; mais les services demandés sont surtout matériels, une certaine honte, *maloya*, empêche de leur exposer les problèmes les plus intimes ;

— le *jigi* (« espoir ») est un ami plus proche, dont on sait qu'il répondra à une demande plus secrète, car il peut se substituer au demandeur, agir à sa place avec un sens aigu de ses intérêts (comme veiller sur la famille en cas d'absence) ; le *jigi* ne fait jamais défaut, pénètre l'intimité du demandeur, et l'on est certain qu'il disposera des moyens nécessaires à la solution du problème qui lui sera soumis ; la honte est donc moins présente dans la révélation des difficultés domestiques, l'éventualité du refus humiliant étant minime ;

— enfin l'ami intime, *teri*, est celui à qui l'on dit tout, qui sait tout de soi, pénètre le plus profondément dans l'intimité de l'individu : c'est un *kòndòfònyògòn* (« proche à laisser parler son ventre », pourrait-on traduire) ; le *teri* n'a pas nécessairement des ressources matérielles importantes, mais avec lui aucune honte n'entrave les révélations les plus secrètes ; il donne donc des conseils très éclairés, et peut aussi aider à résoudre un problème matériel en introduisant son ami auprès de ses propres *jigiw*.

Ces catégories extra-parentales, ordonnées le long de l'axe de « l'intimité », communiquent entre elles : la proximité se construit peu à peu, précisément dans l'échange des intimités, c'est-à-dire dans l'accumulation de participations réciproques aux événements domestiques et familiaux de l'un et de l'autre : car la personne est le lieu géométrique des relations sociales ; le concept de *mògòya* approche sans doute au mieux cette conception symbiotique de la personne et de la socialité, puisque le terme désigne à la fois la personnalité accomplie et le réseau relationnel ou « l'entregent ».

« La personne est cette partie de l'être à laquelle s'adresse la socialisation » (Cissé, 1970 : 154) ; il y a une « véritable symbiose » entre « le contenu qu'est l'homme et le contenant qu'est le « milieu » social (au sens mystique, car intégrant les vivants et les aïeux). On comprend ainsi que les cérémonies familiales soient constitutives du moi, et que les êtres individuels communiquent et se rapprochent en partageant l'intimité des épisodes façonnant leurs groupe lignagers respectifs.

### 3.2 Le rituel des échanges

Les principaux acteurs de cette dramaturgie contribuent, chacun pour son rôle, à une circulation générale de biens matériels et d'objets symboliques. On peut, à partir de cette description rapide, reconstituer quelques aspects de ce système d'échanges, ou plutôt des systèmes, puisqu'un premier niveau est interne à la cérémonie, alors que d'autres la débordent, l'insèrent dans des systèmes d'échanges englobants.

L'enfant est central : d'une part il reçoit du marabout un nom (mais le marabout n'est qu'un intermédiaire entre la volonté de Dieu et le nouveau-né, qui lui-même entre, en recevant ce nom, en communication avec tous ses ancêtres et personnifie la conjonction de deux lignages alliés), et, d'autre part, il reçoit comme indice de sa « chance » personnelle la substance relationnelle et matérielle mobilisée par tous les participants lors de la cérémonie (ou, plutôt, transitant entre l'ensemble des participants et ses parents).

Examinons cette « substance », globalement d'abord : le père offre à ses invités kola et nourriture, contre des contributions monétaires modiques ; il leur offre aussi l'honneur d'être associés à un événement intimement lignager, et leur présence est pour lui honorifique, garantie de l'estime sociale dont jouit le groupe familial. Mais l'essentiel des dépenses monétaires est pour le père.

A l'inverse, la mère bénéficie de la totalité des richesses apportées par son « public » (parentes et amies) : draps, pagnes, savon, argent et marques de considération. Elle leur offre aussi de la nourriture, mais préparée avec des denrées achetées par le père (mouton, céréales), et par ailleurs ses amies et parentes les plus proches apportent des plats pour l'aider. On peut donc résumer cette circulation globale comme un don du père à la mère, don indirect puisqu'il transite par deux collectifs qui eux-mêmes ne communiquent pas entre eux (rien ne circule, dans la cérémonie, entre le « public » du père et celui de la mère). Il faut d'ailleurs noter que l'argent donné directement à la mère par les amis du père est « hors circuit » des échanges féminins, elle peut en disposer à son gré.

Le terme de « public », employé pour traduire *denkundijama* (« assemblée du baptême ») ou *denkundilaw* (« ceux qui viennent au baptême ») marque bien le travail de « publicisation » d'un événement privé, mouvement réciproque apportant aux parents la mesure de leur considération sociale, et aux invités la démonstration de leur intimité avec voisins, amis ou parents. Mais ces échanges n'insèrent pas seulement la cérémonie dans l'espace social, ils la projettent aussi dans le temps : car tout ce qui est apporté devra être rendu, si possible avec intérêt, à l'occasion des événements similaires qui se produiront chez chacun des participants. La *jamatigiya* (« possession de relations » ou étendue des relations) est affaire d'efforts réciproques, incessants, dont les cérémonies familiales sont la matière et le jalon, la condition et la finalité. Pareille logique est d'ailleurs tout à fait explicite, comme ces quelques citations le montrent :

Dans les mariages, baptêmes, funérailles, il y a des contributions, la personne qui t'assiste régulièrement dans ces choses, tu peux la compter parmi tes amies. Chez nous, la vie ne trouve son sens que dans l'entraide, quand tu as un événement, que tu le partages avec les autres.

ou :

Si tu t'engages avec force dans les affaires d'autrui, tu seras assistée avec la même force : ce que tu donnes, c'est ce que tu reçois. Rien n'est gratuit, tout a son intérêt.

ou encore :

La dimension du public en nombre dépend de ta conduite dans la société.

Cette projection d'épisodiques événements dans l'espace social et dans le temps fonde la construction d'institutions collectives permanentes, qui non seulement entretiennent et approfondissent les relations amicales, mais fournissent les moyens matériels d'assurer son rôle dans les échanges cérémoniels : dans l'intervalle (ou dans les coulisses) des cérémonies, des *tôn* féminins (improprement désignées en français par « tontine ») se réunissent régulièrement, cotisent, attribuent les sommes réunies à tour de rôle à chacune des participantes. Ces sommes permettent de faire face directement aux lourdes dépenses des cérémonies, ou indirectement sont investies dans une petite activité marchande qui elle-même permettra d'acheter pagnes et savon. Cette sociabilité, fondée sur l'amitié et/ou le voisinage, est très égalitaire, plus que celle des hommes qui se préoccupe en permanence de remonter les filières des amis. Ces derniers sont de même niveau que soi, mais ils connaissent des *jigiw*, des *faamaw* (personnes puissantes, « patrons ») : les amitiés entre hommes ont pour principal intérêt de donner accès à ces filières de gens plus puissants que soi, qui concéderont le secours exceptionnel demandé (par exemple pour faire face aux dépenses cérémonielles ou à l'obsédante ordonnance). La sociabilité masculine est plus spéculatrice et entretient le sentiment de l'inégalité statutaire : il faut, à son sujet, plutôt parler d'aide que d'entraide.

Les mêmes réseaux permanents pourront, le cas échéant, se mobiliser pour une dépense imprévue, ou pour un accident, une péripétie de l'existence, comme un problème de santé, un de ces « risques » que la protection sociale occidentale prévoit et prend en charge. Plus ce réseau, qui n'est évidemment pas anonyme mais au contraire très personnalisé, est vaste et diversifié, et plus son efficacité sera grande dans ces occurrences. Mais notons un point essentiel : disposer d'un vaste réseau suppose une intense activité d'assistance aux cérémonies de ses membres, ce qui implique de lourdes dépenses, et donc un certain niveau de revenu ; il y a un net parallélisme entre niveau de revenu, taille du réseau (ainsi que richesse de ses membres), et efficacité de ce type de « couverture sociale ». La conclusion est claire : les personnes aisées sont bien entourées et bien « protégées », les pauvres le sont très mal, car ils ne peuvent compter que sur des réseaux étroits et peu

fortunés, incapables de mobiliser à l'improviste une somme importante. Enfin, la communication relationnelle et économique entre ces réseaux pauvres et riches est très faible. Une informatrice exprime clairement les limites inférieures et supérieures de ce « système social de protection » :

Ces deux catégories de personnes [le pauvre et le riche] n'ont pas la même réflexion. Celui-ci se dit : « Si j'approche les gens, on dira que je le fais à cause de leur argent. Ces gens me manqueront de respect, Dieu m'a déjà privé d'argent, je préfère rester tranquille pour éviter les mauvaises paroles des gens ». Celui qui est riche se dit : « Que j'approche quelqu'un ou pas, j'ai mon argent, si je rencontre un problème, les gens viendront m'aider à cause de mon argent ».

L'efficacité protectrice du système est donc très marquée par le niveau de revenu, et la faiblesse des transferts entre pauvres et riches affaiblit bien sa portée.

#### 4. Proposition : une « caisse des baptêmes ? »

J'en viens à la proposition pratique qui me semble logiquement découler de l'examen de ces quelques faits, dont je redis qu'ils sont loin d'épuiser toutes les formes de la solidarité et de l'entraide urbaine. J'en examinerai successivement les arguments positifs et négatifs.

La proposition consiste en la création d'une « caisse des baptêmes » qui serait alimentée par un prélèvement effectué sur le *denkundina-folo*, les biens circulant dans le baptême (principalement offerts à la mère), et bloqué pour couvrir les frais de santé du nourrisson, et peut-être aussi du jeune enfant (vaccination, et maladies infantiles). Les sommes ainsi collectées et centralisées pourraient faire l'objet d'un transfert des baptêmes riches vers les baptêmes pauvres et contribuer à un relèvement de la protection sanitaire des enfants les plus menacés par le dénuement de leurs parents.

##### 4.1 Arguments positifs

1) Le principal intérêt du baptême au regard de l'objectif posé de renforcement de la protection sociale est son caractère non excluant qui le fait très exactement correspondre à la norme d'universalité qu'un système de protection sociale doit réaliser : car tout enfant, sans exception, est baptisé, riche ou pauvre, même si les valeurs en circulation dans son baptême varient selon le niveau de revenu des parents. Le baptême fournit donc une source de prélèvement et une base de recensement et de suivi sanitaire exhaustif.

2) Certes, économiquement parlant, tous les baptêmes ne se valent pas, comme on l'a vu : certaines mères reçoivent quatre pagnes, d'autres 200. Ceux-ci correspondent au capital social et au capital économique accumulé par les parents, puisque leur conversion réciproque est permanente. Mais tout baptême est affaire de transaction économique, et il n'y a pas d'incompatibilité entre la cérémonie et le prélèvement économique envisagé : les richesses sont mobilisées, présentes, actrices même de la cérémonie ; le baptême marque le moment et le lieu culturels (ou « psychologiques ») d'une telle opération. Enfin, le personnage central de la cérémonie est bien l'enfant concerné par le prélèvement.

#### 4.2 Arguments négatifs

1) Certes, le baptême est « exhaustif » puisqu'il concerne tout enfant ; mais cette universalité n'a d'intérêt que si elle permet de rompre l'inégalité des conditions socio-économiques, en effectuant un transfert des baptêmes riches vers les baptêmes pauvres. Or cette péréquation se heurte à un fait culturel majeur : c'est l'extrême personnalisation de la cérémonie, qui fait très étroitement correspondre l'intensité des échanges avec « l'équation personnelle » de l'enfant, en fait un étalon de sa « chance ». Ces richesses lui sont propres, et transférer, dans ces conditions, une part de la chance de l'un sur la tête de l'autre doit normalement être perçu comme une injustice, non comme une égalisation légitime des conditions d'existence. De même, les réseaux des parents sont cloisonnés et incommunicables, car le « public » d'une personne dépend de ses efforts personnels, et de ses investissements matériels pour l'entretenir. Le report du bénéfice de cet investissement sur un étranger est culturellement difficile à admettre.

2) Le prélèvement d'une partie des richesses matérielles en circulation se heurte également à un obstacle culturel, sans doute le plus important : car l'argent, ou les pagnes, sont aussi et simultanément « du » rapport social, cristallisent des relations antérieurement établies et préparent le renforcement des relations futures. En prélever une partie, c'est bloquer cette circulation relationnelle, affaiblir sa densité et peut-être son efficacité mobilisable en cas de besoin. Il s'agit donc d'un détournement, d'un amoindrissement de la protection sociale existante, et d'une procédure de « refroidissement » de l'argent, pour reprendre cette distinction que je pense très juste entre argent « chaud », chargé socialement, équivalent ou symbole de rapports sociaux vivants, et argent « froid », signe monétaire désimpliqué de la circulation symbolique (Bédard, 1986). Montrant une claire perception de cette ambivalence, les quelques personnes à qui j'ai exposé mon idée à titre de test

ont été très choquées par ce sacrilège, ou ce sacrifice de la charge symbolique, de la signification sociale des biens matériels en circulation dans les cérémonies familiales et dans les « tontines ». Mobiliser un capital économique c'est donc, dans ces conditions, rompre sa conversion permanente en capital social, affaiblir ce dernier et menacer le collectif humain dans sa reproduction.

3) Un troisième argument aurait clairement été négatif il y a quelques mois, mais ne l'est peut-être plus aujourd'hui : car la perspective de confier une part de richesses populaires à une caisse gérée par l'Etat se heurtait à la crise de confiance de la population à son égard. Cette hypothèque sera peut-être levée dans un avenir proche. Il n'en reste pas moins que ce manque de confiance peut faire avorter un tel projet, s'il ne s'entoure pas de toutes les précautions nécessaires à sa crédibilité. Il y a là sans doute nécessité d'une réflexion technique sur la position de proximité stratégique d'une telle caisse à l'égard de la population (quartier, commune, Etat ?), et sur le choix de ses gestionnaires.

4) Enfin, dernier argument négatif : cet éventuel prélèvement ne constitue pas seulement une déperdition de la charge symbolique des valeurs en circulation, mais aussi un manque à gagner très concret pour certaines catégories d'acteurs qui bénéficient directement de la redistribution effectuée lors des cérémonies : en premier lieu les griottes, qui reçoivent, on l'a vu, une partie des pagnes et de l'argent en rémunération de leurs services « publicitaires ». Car ce sont elles qui rendent publiques les offrandes, en clament l'origine et la destination. Personnes nécessaires et influentes de la dramaturgie baptismale, elles peuvent être les principales artisanes de l'échec d'une telle proposition, mais aussi de sa réussite, si elles sont persuadées de son bien-fondé. Dans la métamorphose de pagnes et de savon en vaccin, tout devrait donc commencer par une étape d'explication, voire de séduction des griottes.

On le constate, les arguments négatifs semblent dominer ; cela ne saurait étonner que si l'on pense que des initiatives de « développement » fondées sur des institutions populaires existantes (qu'on aurait appelées il y a quelques années « traditionnelles ») peuvent conduire à un changement par une transition plus « douce » ou plus progressive que des initiatives délibérément modernisantes. Mais c'est, selon moi, une erreur de penser que le passage d'un état de la société à un autre puisse se faire sans ruptures sociologiques, culturelles, économiques... Du moins, ces ruptures sont-elles ici repérées, et les groupes sociaux qui sont supposés les mettre en œuvre et les subir sont-ils les plus impliqués dans leur gestion.

## RÉFÉRENCES

- BÉDARD G. : *Argent chaud et argent froid, la mobilisation de l'épargne locale par des institutions coopératives et son impact sur le développement local*, Université Coopérative Internationale, série Cahiers de l'UCI, n° 7, 1986.
- CISSÉ J. (1970) : *Structures des Malinkés de Kita*, Bamako, Editions populaires, 1970.
- GERDER (1975) : « Precursors of modern social security in indigenous african institutions », *Journal of modern african studies*, vol. XIII, n° 2, 1975.
- GRUAT J.V. (1989) : « La problématique de la sécurité sociale dans les pays en développement », *L'économie sociale dans les pays en développement*, Journées d'économie sociale, Caen, 1989.
- GRUAT J.V. (1990) : « Les régimes de sécurité sociale en Afrique, tendances et problèmes contemporains », *Revue Internationale du Travail*, vol. 129, 1990, n° 4.
- IJERE M.O. (1966) : « La protection sociale fournie par les institutions africaines indigènes, bases d'une planification future : le cas du Nigéria », *Bulletin de l'Association Internationale de Sécurité Sociale*, vol. XIX, n° 11-12, 1966.
- MOUTON P., J.V. GRUAT (1988) : « L'extension de la sécurité sociale à la population non salariée en Afrique », *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, n° 1, 1988.
- SAMAKÉ M. (1977) : *La famille bambara du Jitumu*, Bamako, Centre Joliba, 1977, 65 p.
- VUARIN R. (1990) : « L'enjeu de la misère pour l'Islam sénégalais », *Tiers Monde*, n° 123, 1990.

## ÉPILOGUE

« Là je vis un jeune chef guérir les vérolés, je parle de la vérole de première qualité, comme vous diriez de celle de Rouen, seulement en leur touchant trois fois avec un morceau de sabot la vertèbre dentiforme.

J'en vis un autre guérir parfaitement divers hydropiques : tympanistes, ascitiques, hyposargues en leur frappant neuf fois sur le ventre avec la hache de Ténès, sans interruption.

L'un guérissait sur l'heure de toutes les fièvres en accrochant seulement à la ceinture du malade une queue de renard sur le côté gauche.

L'un, du mal de dents, en lavant seulement trois fois la racine de la dent souffrante avec du vinaigre de sureau et en la laissant dessécher au soleil pendant une demi-heure.

Un autre, toute espèce de goutte, qu'elle fût chaude ou froide et, de la même façon, qu'elle fût naturelle ou accidentelle, seulement en faisant fermer la bouche et ouvrir les yeux au goutteux.

J'en vis un autre qui, en peu d'heures, guérit neuf bons gentilhommes du mal de saint François en leur ôtant toutes leurs dettes et en mettant à chacun d'eux une corde au cou, à laquelle pendait une bourse pleine de dix-mille écus-au-soleil.

Un autre, par une invention mirifique, jetait les maisons par les fenêtres ; ainsi étaient-elles débarrassées de l'air pestilentiel. »

François RABELAIS, docteur en médecine,  
*Le cinquième et dernier livre des faits et dits héroïques de Pantagruel*, MDLXIV, chapitre 20.



# A propos d'efficacité médicale en Afrique Noire\*

par CLAUDE PAIRAULT

M.S. Patel (1987 : 169) a défini, par opposition à « médecine scientifique », ce qu'il entend par « médecine holistique » : « une approche globale de la santé dans le cadre de ses équilibres dynamiques ». Selon lui, « médecine holistique » équivaut à des expressions aujourd'hui courantes, telles que « médecine traditionnelle », « médecine alternative », « médecine complémentaire ». Avant de débattre sur le point de vue, scientifique ou holistique, à partir duquel il convient d'envisager l'efficacité médicale, chacune de ces formules appelle sans doute examen.

## 1. Précisions terminologiques

Rappelons d'abord que « médecine scientifique » suppose le mot « science » entendu dans son sens actuel, c'est-à-dire non pas comme simple synonyme de « savoir » (encore moins de « sagesse »), mais de savoir spécifié par une méthode positive, expérimentale, laquelle admet une incessante remise en question, sous forme de critique elle-même positivement ou expérimentalement menée dans le but d'éprouver la validité des résultats acquis. En d'autres termes, est habituellement dite « scientifique » toute discipline fondant ses connaissances sur

---

\* En 1987, existait à Bamako un groupe de travail dont l'initiative revient au docteur Jean-Pierre COUDRAY, trop vite enlevé à la tâche et à notre amitié. C'est avec l'aide de ce groupe qu'a pris forme le présent essai, depuis lors repris et retouché.

l'expérimentation méthodique et critique des résultats qu'elle atteint, censés objectifs « jusqu'à nouvel ordre » (on sait l'importance conférée par K. Popper à l'épreuve toujours possible de la « réfutation »). A ce titre, il existe un vaste ensemble de disciplines médicales qui n'échappent pas à une telle condition, et organisent ce qu'il est convenu d'appeler la « médecine scientifique » (MS) ou « médecine conventionnelle » ou « biomédecine ».

Prise dans un sens rigoureux, la formule « médecine holistique » (MH) mérite d'être opposée à la précédente en ce que, visant comme celle-ci la restauration, le maintien et l'amélioration de la santé humaine, elle ne limite pas son art à la mise en œuvre de critères « scientifiques ». Ce n'est pas qu'elle exclut le recours à la science, mais ou bien elle s'en passe ou bien elle le dépasse au profit d'une démarche empirique (1). Quant à son objet, c'est, à vrai dire, moins la « santé » que la restitution ou la promotion de personnes saines, traitées dans leur globalité existentielle.

Dans le cas d'une médecine *traditionnelle* (MT), les « tradipraticiens » qui l'exercent se passent de la science non point de façon décidée, mais par antécédence (2). Les professionnels de MS préféreront sans doute dire « par ignorance » (mais eux-mêmes ne sont-ils pas le plus souvent ignorants des itinéraires de MT ?). Il faut bien comprendre que les tradipraticiens ressortissent à un monde étranger au « nouvel esprit scientifique » : ils exploitent un legs socio-familial, éventuellement enrichi de leur propre empirisme individuel. Parler de médecine traditionnelle engage, du reste, à réfléchir sur la nature de ce legs, c'est-à-dire sur ce qu'on nomme communément « tradition ».

S'exprimer en termes de médecine alternative ou de médecine complémentaire signifie plutôt que, se plaçant dans la perspective d'une médecine scientifique, on admet le dépassement possible de celle-ci vers une « autre » voie, vers un « complément » jugé opportun. C'est dans le terrain de MS que ces formules ont germé, pour caractériser en Europe, par exemple, un ensemble de recours actuels à homéopathie, acupuncture, irido-, auriculo-, mésothérapie...

Il paraît donc abusif, parce que scientiocentrique (3), de mettre « médecine traditionnelle » dans le même sac que « médecine alternative »

(1) Le terme « empirique » est, dans ces pages, régulièrement contredistingué d'« expérimental » (cf. le couple anglais *experienced / experimented*).

(2) Au sujet de ceux qu'on appelle ici « tradipraticiens » ou « tradithérapeutes » ou « guérisseurs », les tenants de MS parlent éventuellement de « médecine préscientifique » ou même, non sans quelque condescendance, d'« antémédecine » (cf. Henri Ey, 1981).

(3) Ce (mauvais) néologisme est risqué par analogie avec « ethnocentrisme ». Il a seulement le mérite d'évoquer brièvement le biais qu'on veut ici repérer : celui d'une référence immédiate et, pour ainsi dire, totalitaire au langage scientifique, alors que celui-ci se classe, de fait, comme un langage parmi d'autres.

ou « médecine complémentaire ». En Afrique sub-saharienne, les médecines traditionnelles ne se sont jamais soucies de dépasser quelque autre méthode de cure ou de prévention ; elles se sont constituées comme autosuffisantes. S'il n'en va plus de même aujourd'hui, c'est ou bien le fait d'une clientèle à qui MS propose maintenant une offre alternative, ou bien l'idée des modernes « agents de santé », dont un certain nombre admettent que MT puisse œuvrer désormais en complément de leur art. Au vrai, l'autosuffisance originelle de MT s'enracine dans l'autosuffisance qui caractérise toute tradition vivante : nous aurons à revenir sur ce point.

## 2. Le sens conféré en MS à « efficacité médicale »

A. L. Cochrane (1977 : 8-9) donne un excellent exemple de la manière dont la médecine scientifique analyse cette notion. Il distingue « efficacité » (*effectiveness*) et « efficience » (*efficiency*). La première concerne les résultats sanitaires obtenus, et la seconde l'économie des moyens mis en œuvre pour atteindre ces résultats.

Objets de mesure possible, l'une et l'autre sont traduisibles en indices qui permettent d'analyser la valeur des actions médicales au sein d'un système national de santé. D'où, pour apprécier le fonctionnement du système, un parcours en deux étapes : « la première consiste à mesurer l'influence de toute activité médicale sur le cours naturel de la maladie. Depuis l'introduction des essais contrôlés avec tirage aléatoire des sujets et des témoins (*randomized controlled trial*), nos connaissances se sont considérablement accrues, bien qu'elles restent encore fort limitées. C'est dans ce sens que j'ai utilisé le terme efficacité, entendant par là l'efficacité établie scientifiquement par les résultats d'essais contrôlés, notamment dans le domaine thérapeutique. »

Après (ou corrélativement à) l'étude de l'« efficacité », vient celle de l'« efficience », c'est-à-dire « l'analyse coût/avantages des traitements appliqués dans la pratique médicale courante au sein d'une collectivité donnée. [...] c'est toute une stratégie qui doit être développée pour obtenir les meilleurs résultats, à partir d'un budget et de ressources donnés, pour résoudre non seulement les problèmes du traitement proprement dit, mais ceux du dépistage, du diagnostic, du lieu où le patient doit être traité, de la durée du séjour hospitalier et, si nécessaire, de la réadaptation. »

Il appert que l'« efficience » ici recherchée pourrait aussi bien s'appeler « efficacité économique ». La distinction retenue par Cochrane atteste, en effet, une caractéristique de la MS, à savoir que son

efficacité médicale est solidaire d'ajustements techno-économiques (4). Au bout du compte, l'« inflation médicale » se mesure à l'aune économique : un bon service de santé est celui dont les bénéfices socio-économiques balancent le coût monétaire.

### 3. L'efficacité d'une médecine traditionnelle

Pour tenter d'en parler à bon escient, il convient d'affronter les trois questions suivantes : 1) D'où interroge-t-on cette efficacité ? 2) En quoi consiste-t-elle ? 3) Comment l'évaluer ?

#### 3.1 Qui la questionne ?

Sauf exception conjoncturelle (5), — les tradipraticiens n'ont guère de raisons pour jauger l'efficacité de leur art, que celui-ci résulte d'un don, d'un héritage ou d'une acquisition. Là où ils exercent, il leur suffit d'être crédités par leur entourage d'un savoir-faire qui assure leur statut de guérisseur. Quant audit entourage, il évalue de manière tout à fait pragmatique l'efficacité d'un tradipraticien ou d'une tradipraticienne à sa disposition. Enfin, pour les clients comme pour les guérisseurs, l'efficacité d'un traitement compte sans doute moins que son efficacité, c'est-à-dire l'obtention d'un effet salutaire : le temps consacré aux soins ou à la cure n'a pas à être parcimonieusement mesuré (ici, la formule « Time is money » ne vaut pas), le matériel et les médicaments sont cueillis à la ronde, et, en fait de monnaie, les « espèces » se remplacent éventuellement par des prestations en nature ou en travail, sans parler de tous les « crédits » possibles plus ou moins vite éponageables. En outre, quelles que soient les modalités de rémunération, les tarifs pratiqués sont plutôt mobiles : ils peuvent s'adapter au pouvoir économique des clients, à leur qualité sociale, et dépendre aussi du succès du traitement.

Dans ces conditions, il faut sans doute convenir que la question de l'« efficacité » en MT intéresse surtout les prosélytes de la MS. Ou

(4) Dans n'importe quel pays à dominante technologique et monétarisée, la non-dissociation médecine/économie est un *fait de société*, d'où la pertinence de la méthodologie indiquée par Cochrane dans le contexte qu'il envisage (le Service National de Santé britannique, institué en 1948). Au reste, pareil fait de société se généralise désormais à tous les pays du monde, dans la mesure où l'outil monétaire s'est aujourd'hui universalisé. Pour Cochrane, une telle approche se justifie en outre par sa compatibilité avec l'*obligation éthique d'égalité* face aux services de santé (cf. p. 9 et pp. 115-124).

(5) Voir, en contexte indien d'Amérique, l'histoire d'un vieux chaman dont la réputation est compromise par les succès thérapeutiques d'un jeune collègue, Quesalid (LÉVI-STRAUSS, 1958 & 1974 : 195-196).

bien ceux-ci sont portés à voir dans les « confrères » tradipraticiens des concurrents à supplanter pour cause d'incompétence, mais l'inefficacité censée résulter de l'incompétence qu'on suppose doit alors être démontrée. Ou bien, constatant que nombre de patients persistent à osciller entre médecins conventionnels et guérisseurs, ils voudraient se donner les moyens d'apprécier objectivement l'efficacité tradipraticienne. Mais, à cet égard et de manière fort compréhensible, l'embarras des médecins est grand : pour analyser une « efficacité », ils sont habitués (du moins, espérons-le) à manier des indices touchant aux domaines de prévention, de traitement (cf. Cochrane 1977 : 15). Or, si l'on peut utilement retenir une telle catégorisation des activités biomédicales, ce ne peut être sans un examen attentif des contenus qu'elle recouvre lorsqu'il s'agit d'activités tradipraticiennes, — au même titre que, pour un économiste de la santé, l'analyse coût/avantages se heurte, dans ce dernier cas, à des données dont la consistance échappe aux procédures habituelles de saisie. Pour sortir de l'impasse (à supposer qu'il y ait moyen d'en sortir), il vaut la peine de tenter une réflexion plus approfondie sur la nature de l'efficacité tradipraticienne.

### 3.2 En quoi consiste-t-elle ?

Puisqu'il s'agit de « médecine traditionnelle », le moment est venu de s'interroger sur ce que signifie une *tradition*. Voici, à ce sujet, quelques remarques (6).

1- Le mot « tradition » est apparemment simple à comprendre, car chacun d'entre nous, quelle que soit son origine, sait d'expérience que « sa » tradition est la moëlle de ses os, qu'il en vit : manière d'être, mœurs, us et coutumes familiaux, religieux, nationaux... Pourtant, sous cette limpidité de surface, la tradition « est cachée par son essence même, par le mode d'action qui lui est propre. La tradition nous forme dans son moule ; mais nous restons toujours dans ce moule : impossible de le regarder de l'extérieur. D'ordinaire, les hommes ne connaissent pas leur tradition — *parce qu'ils la vivent.* »

2- C'est par la rencontre (souvent conflictuelle) d'une *autre* tradition qu'une tradition donnée est amenée à prendre conscience de son propre « moule », et, avec des répercussions variées, à sortir ainsi de sa coquille. L'histoire fourmille d'exemples plus ou moins réussis ou tragiques pour illustrer ce processus.

3- Dans chaque société, les us et coutumes « sanitaires » ressortissent, comme les autres manières d'agir et de penser, à la tradition de cette société. La « science » et, par conséquent, la MS se présente elle-même

(6) Elle s'appuie, en particulier, sur Eric WEIL (1971 : 9-21). Les citations suivantes lui sont empruntées.

comme le fruit d'une certaine tradition expérimentale (écrite) dite « occidentale ». De même, au sein d'une société africaine, l'art empiriquement exercé par des tradipraticiens et l'efficacité qu'on leur reconnaît sur place émanent d'une tradition (orale) propre à cette société (7). Autrement dit, c'est d'une tradition donnée que sont toujours tributaires et l'exercice de la « médecine » et le jugement porté sur son efficacité.

4- Une particularité de la tradition occidentale, dont le cheminement scientifique forme une composante (8), est d'apparaître « comme la tradition dans laquelle la tradition est une question toujours ouverte [...]. On peut l'exprimer autrement : [...] (cette) tradition est progressive, elle est peut-être la tradition qui, si l'on en croit Arnold Toynbee, est capable de réagir positivement aux stimuli qu'elle reçoit des autres civilisations ; c'est une tradition qui sans cesse se transforme elle-même. [...] C'est la tradition qui ne se satisfait pas de la tradition. » Si ce diagnostic d'Eric Weil est accepté, on admettra que, dans la confrontation africaine actuelle entre MS et MT, il incombe aux professionnels de MS d'analyser sérieusement pareille rencontre et d'en tirer profit. En toute hypothèse, la rencontre MS/MT s'opère *de fait* sous nos yeux (les patients s'adressent volontiers aux deux « médecines »), mais le temps est peut-être arrivé qu'elle parvienne à s'opérer de droit, au lieu de s'imposer conjoncturellement et de façon plutôt désordonnée.

5- Le « droit » ici évoqué ne se résume pas à la mise en œuvre d'une procédure juridique administrativement établie. Au Mali, par exemple, où pareille initiative a été prise (9), elle a vite tourné court. C'est que le droit national édicté par un Etat dans des textes écrits n'est pas immédiatement superposable aux droits communautaires portés de vive voix dans chaque coutume ethnique : il est compréhensible qu'un tradipraticien estime impertinent un « diplôme » à lui proposé par une autorité tout à fait étrangère à celle qui lui a déjà conféré sa qualification...

---

(7) Dans le cas de la médecine expérimentale, les progrès réalisés sont corrélatifs d'un recours à « protocoles », « tableaux », « recettes », « formules » livrés à et par l'écriture. Cf. l'important ouvrage de J. GOODY, 1979.

(8) Et, dans ce cheminement scientifique, l'itinéraire MS.

(9) Avant même la déclaration d'Alma Ata (1978) sur l'obligation et les moyens d'instaurer un système de soins accessible à tous, le Mali avait entrepris l'élaboration de ce qu'on appelle maintenant « Soins de Santé Primaires » (SSP). Dans ce cadre, où il semblait que les tradipraticiens doivent occuper une place, leur intégration juridique au système a été tentée en 1982 : un Institut national de recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles procédait au recensement des tradithérapeutes et à l'appréciation de leur compétence (testée pendant quatre mois), puis distribuait une « carte professionnelle » à ceux et celles d'entre eux jugés capables d'exercer une activité sanitaire utile à la population. Cet essai a été stoppé dès 1983, car un certain nombre de candidats ou de bénéficiaires entendaient profiter de cette carte pour assooir et augmenter abusivement leurs « tarifs », faire valoir leur « droit » d'agent de santé, etc.

Positivement, voici le premier « droit » dont une médecine traditionnelle pourrait bénéficier : celui d'être connue et reconnue *théoriquement* par les agents de la biomédecine ; c'est dans la mesure où cette étape aurait été franchie que pourra utilement se poser, dans un second temps, la question d'une reconnaissance juridique de praticiens traditionnels. Mais entreprendre semblable connaissance et reconnaissance théorique oblige à explorer un domaine exubérant, dans lequel il s'agit de relever des dimensions techniques et des composantes symboliques, de situer et comprendre les entrecroisements d'une logique d'ordre mythique avec celle de la raison raisonnante. Faute de quoi, on ne saurait tenter quelque étude objective des conduites tradithérapeutiques, c'est-à-dire essayer une *traduction* « scientifique » des critères progressivement identifiés. Or, seule l'analyse de cette traduction peut aboutir à une correcte appréciation de l'« efficacité » qu'on voudrait sonder.

### 3.3 Comment l'évaluer ?

L'identification des critères traditionnels de l'efficacité n'est pas à chercher ailleurs qu'auprès des tradipraticiens et de la société qui les consulte. Il s'agit là d'un travail « sociologique » (10) dont les articulations ne sont pas moins complexes que celles du corps social où ce type de travail est mené. Une compétence tradipraticienne ne s'acquiert pas à l'école, comme c'est le cas pour infirmiers, sages-femmes et médecins ; elle se transmet dans un réseau familial, de manière ésotérique. D'autre part, la performance ou l'efficacité tradipraticienne est conditionnée par des représentations ambiantes concernant la vie, la santé, la maladie, la mort. On sait que, très généralement, les sociétés négro-africaines se caractérisent par une idéologie vitaliste, c'est-à-dire par le prix souverain accordé à l'apparition et aux manifestations de la vie humaine. C'est par rapport à *cette* vie (et non pas rapport à une « vie éternelle ») que croyances et pratiques traditionnelles prennent leur forme religieuse (11). Ici, l'homme n'est pas « le capital le plus précieux », mais, à l'inverse, le capital le plus précieux consiste dans l'homme vivant. Ici, l'individu n'est pas une sorte d'appareil psychobiologique à entretenir et à réparer chimio-mécaniquement, mais l'enjeu

(10) Les guillemets encadrant ce mot veulent dire qu'il est employé dans son sens le plus large, lequel inclut aussi bien ce qu'on appelle « ethnographie », « ethnologie », « anthropologie ». A qui demeurerait étroitement attaché aux distinctions taxonomiques, je rappelle une heureuse formule d'André LEROI-GOURHAN : à la différence du sociologue classique, un ethnologue (ou un anthropologue) ne « pose » pas de questions, mais « se pose des questions » à partir de celles qu'il déchiffre dans la conversation du groupe social où il exerce son métier. En l'occurrence, c'est bien de cela qu'il s'agit.

(11) Une telle attitude excède, au reste, l'espace social du continent africain. Au début de sa *Sociologie de la religion*, Max WEBBER insiste sur ce point.

et la jonction personnelle de relations communautaires, dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence. Soigner efficacement consiste dès lors, pour nombre de tradipraticiens (12), à restaurer, *au travers des cas individuels pris en compte*, une santé collective, — d'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination, ou prescrites pour le traitement consécutif.

En quoi les représentations mises en œuvre attestent-elles, tant chez les devins et guérisseurs « traditionnels » que dans la société où ils opèrent, l'empreinte d'un modèle (ou d'une conception) de l'efficacité ? — Répondre à cette question conduirait sans doute à une forme de théorie dans laquelle l'efficacité, convenablement définie en relation avec d'autres concepts, jouerait un rôle. Dès lors, pareille théorie pourrait être comparée à d'autres, à celle notamment qui caractérise la médecine expérimentale.

Mais, une fois mieux approchée cette conception de l'efficacité tradipraticienne, il reste à se demander comment en dégager les critères spécifiques permettant de l'observer, d'en fixer le niveau ici et là (que ce soit du point de vue du tradipraticien, ou de celui de sa société).

La méthode ici suggérée se fonde, à l'évidence, sur ce postulat que la science commence avec la mesure. Seulement, mesurer les résultats d'une activité aussi globale que celle des tradipraticiens entraîne l'évaluateur au-delà des techniques routinières, le contraint d'abord à critiquer ses étalons classiques de mesure, et, du fait même, la pertinence des instruments statistiques auxquels il se fie d'habitude. Ainsi, pour aboutir à la détermination d'un taux de guérisons, il vaut la peine d'interroger préalablement non seulement l'équivalence ou la non-équivalence des classifications nosologiques locales et des taxinomies scientifiques (13), mais le concept même de *guérison* : correspond-il, pour la population concernée, à celui que l'observateur a en tête ? A supposer que, dans un bon nombre de cas, la correspondance demeure problématique, que signifieront en réalité les mesures effectuées ? S'il est entendu que les tradipraticiens pratiquent eux-mêmes l'observation, mais une observation non expérimentalement mesurée, peut-être l'atteinte de ce qu'ils conçoivent comme « guérison » serait-elle avantageusement obtenue, de manière négative, par le repérage de ce qu'ils considèrent comme échecs dans l'exercice de leur art.

Bref, si pour évaluer l'efficacité de la « médecine traditionnelle », MS se borne à rassembler des critères « classiques » (tels qu'énumérés dans un bon manuel), il est clair que l'analyse à suivre risque d'être

(12) Peut-être faut-il excepter de ce nombre certains « spécialistes » comme, par exemple, les rebouteux, mais on ne peut en décider a priori.

(13) Cf. telle étude de Doris BONNET (1986) sur le paludisme chez les Mosi du Burkina Faso, ainsi que les chapitres 2 et 3 du présent ouvrage.

sinon inutile, du moins superficielle, par le simple fait qu'elle traitera pratiquement MT en département annexe de la biomédecine. Elle ne permettra pas de réaliser la rencontre épistémologique souhaitable entre MS et MT, rencontre qui implique une conception renouvelée de l'« efficacité médicale ». Autrement dit, n'évaluer de MT que ce qui intéresse MS (14) est fondamentalement insuffisant : il n'y a rien à traduire là où une langue étrangère n'a pas encore été pénétrée. Au demeurant, dans la « traduction » à essayer, il s'agit non seulement d'appréhender le sens des actes posés ou prescrits par le guérisseur, mais de comprendre la signification des « actes assertifs » préalablement accomplis, dans la plupart des cas, par les gestes du devin (15).

#### 4. Vers une « médecine holistique »

D'emblée, nous avons distingué « en première approximation » médecine scientifique et médecine holistique. Il importe maintenant de souligner l'ambiguïté d'une telle distinction. En effet, une médecine holistique ne saurait être juxtaposée (comme dans les deux colonnes d'un même tableau) à la médecine scientifique ; MS, certes, n'est pas MH, mais MH ne mérite son épithète « holistique » que si elle englobe MS. Cette remarque sémantique peut servir à éclairer les modalités d'une réelle rencontre de MS et MT en Afrique. L'objectif de cette rencontre à poursuivre pourrait s'énoncer ainsi : comment passer du syncrétisme actuel MS/MT à une synthèse, à la fois théorique et pratique, des deux sphères ? Plus simplement : beaucoup de « patients » africains s'adressent à l'une et l'autre médecines, en fonction de la conjoncture ou pour des raisons (économiques ou autres) qui sont les leurs ; n'est-il pas envisageable que ces recours deviennent coordonnés pour des raisons effectivement perçues par les patients, et comprises en même temps qu'admises et par MS et par MT ? — Dans la mesure où pareil objectif serait atteint, on pourrait alors sérieusement parler d'une « médecine holistique » africaine.

Pour avancer dans cette direction, deux démarches complémentaires paraissent obvies.

1- La première, d'ordre pratique, suppose un aménagement approprié dans la formation des agents modernes de la santé : les rendre attentifs à la présence et à l'action de leurs collègues tradithérapeutes. Ce point n'est pas encore couramment acquis, comme en témoignent, par exemple, les paroles (littéralement traduites) d'un chef coutumier, lui-

---

(14) Par exemple : les vertus phytochimiques d'une pharmacopée.

(15) Les modalités d'une telle entreprise sont remarquablement indiquées dans un texte d'Andras ZEMPLÉNI (1986).

même guérisseur, rencontré en septembre 1985 dans un village doté des « soins de santé primaires », au sud du Mali :

*Question* — Est-ce que les hygiénistes-secouristes sont déjà venus vous voir, soit pour vous demander un conseil, soit pour vous envoyer des malades qu'ils ne pouvaient pas soigner ?

*Réponse* — Ils n'ont jamais entrepris une telle démarche auprès de moi. Ils ne sont jamais venus me demander conseil ni me donner un malade. L'année dernière, mon fils élève avait sur tout le corps des boutons qui le démangeaient et provoquaient des plaies. Les hygiénistes ont soigné ces plaies pendant deux jours de suite, sans succès. J'ai pris mon enfant, et je lui ai donné mes remèdes. Toutes les plaies se sont desséchées.

*Q* — Accepteriez-vous de recevoir un malade envoyé par les hygiénistes-secouristes ?

*R* — Bien sûr que oui, et avec plaisir. Et si le malade guérissait, ce serait une action de grâce et de charité à mon compte.

*Q* — S'ils vous demandent de leur indiquer vos remèdes, accepterez-vous ?

*R* — Je n'accepterai pas si facilement, tant qu'ils n'auront pas fait leur requête selon les normes convenues.

*Q* — Quelles sont ces normes ?

*R* — Il suffit qu'ils viennent me voir et disent : « Cher vieux, nous avons appliqué en vain nos médicaments, aide-nous pour ce cas-là ». Dès qu'ils me disent « aide-nous », je ferai tout ce qui est possible pour les aider. Même s'ils me demandent de leur indiquer les arbres médicinaux, je le ferai volontiers, car je ne suis pas né avec la connaissance de ces arbres. J'ai obtenu cette connaissance de mes pères. Quelqu'un m'a montré les arbres, je dois les montrer à un autre. Mais il faut que les jeunes fassent d'abord un pas.

2- La seconde démarche — sur laquelle nous avons déjà insisté — est d'ordre théorique. Elle implique la contribution permanente de ce qu'on peut appeler les « sciences sociales de la santé » : anthropologie, démographie, économie, épidémiologie, géographie, linguistique, psychologie, sociologie... C'est seulement au travers de ce genre de disciplines que peut être appréhendée, dans ses dimensions complexes, la situation sanitaire d'une population, ainsi que la nature et le sens des rapports entretenus par cette population avec les agents de l'une et l'autre médecines. A moindres frais, les programmations de la santé publique ou tous ajustements de processus en cours ne pourront trop souvent correspondre qu'à d'onéreuses et vaines tentatives. Certes, « il est grand temps de réaliser — mais en dehors des ornières biomédicales de l'efficacité — » que l'art des devins et guérisseurs traditionnels « n'est pas un ersatz "magique", "primitif" ou "irrationnel" de la médecine occidentale, mais bien sa *part manquante* qu'elle a dû refouler en dissociant — à tort et à raison scientifique — le social et le biologique. » Ce propos tenu naguère par A. Zempléni (1986 : 41) n'a pas encore perdu son actualité.

\*

Tout cela étant dit, et par manière de conclusion interrogative, je dois enfin me demander si la quête d'une véritable *synthèse* théorique et pratique correspond à une entreprise réaliste — c'est-à-dire possible —, alors que le monde des médecines traditionnelles se satisfait manifestement de syncrétismes capables d'exubérantes inventions (16). Il n'est que de lire ou de relire, par exemple, ce qu'a décrit Frank Hagenbucher-Sacripanti sur les « usages de la biomédecine comme cause de maladie et de guérison » (1989 : 143-157) pour prendre conscience de ce fait. Riche en histoire édifiantes, le chapitre auquel je me réfère met en évidence l'incompatibilité des deux médecines, conventionnelle et traditionnelle, *en même temps qu'*un vigoureux désir de les voir collaborer. Ainsi, à propos de structure hospitalière, les prédicateurs du mouvement *mvulusi*, au Congo, « insistent non seulement sur son incapacité [= celle de l'hôpital] d'identifier, et, *a fortiori*, de soigner les maladies d'origine 'mystique', mais encore sur sa contribution à leur expansion en raison d'une absence de protection spirituelle dont profite tout sorcier désireux de venir y "achever un malade" (*kufumba cibê:do*). Ils n'en concluent pas moins leur propos en invoquant l'indispensable collaboration des deux médecines. » (p.157)

Conviendrait-il alors de parler surtout en termes de « négociation » et de « symbiose », et me faut-il admettre que, quêtant les conditions d'une « rencontre » réelle, d'une « synthèse », je viens seulement de développer ici quelques éléments d'une recherche utopique ?...

## RÉFÉRENCES

- BONNET D., 1986, *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, Ouagadougou-Paris, ORSTOM, 64 pages.
- COCHRANE A. L., 1977, *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine*, adaptation française par les docteurs A. Rougemont et E. Gubéran, Paris, Editions Galilée, 192 pages.
- EY H., 1981, *Naissance de la médecine*, Paris, Masson, 232 pages.
- GOODY J., 1979, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage* (édition anglaise originale : 1977) Paris, Les éditions de minuit (coll. Le sens commun), 280 pages.

(16) En matière de préventions et de soins, cette propension au syncrétisme semble particulièrement vivace dans les pays de forêt (dont j'ai personnellement une expérience fort limitée).

- HAGENBUCHER-SACRIPANTI F., 1989, *Santé et rédemption par les génies au Congo*, Paris, Publisud, 304 pages.
- LÉVI-STRAUSS C., 1958 & 1974, *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 454 pages.
- PATEL M.S., 1987, « Evaluation of holistic medicine », *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 2, p. 169-175.
- WEIL E., 1971, « Tradition et traditionalisme », *Essais et conférences*, tome 2, Paris, Plon, p. 9-21.
- ZEMPLÉNI A., 1986, « La "maladie" et ses "causes" », *L'Ethnographie*, t. LXXXI, n° 96-97 (1985-2 et 3), Paris, p. 13-44.

## RÉSUMÉS / ABSTRACTS

Joseph BRUNET-JAILLY. *Présentation.*

Au début de juillet 1991, un colloque a réuni à Bamako une cinquantaine de participants. Durant trois jours, médecins et non médecins, Africains et Européens, jeune apprentis ou vieux routiers, anthropologues, démographes, économistes, épidémiologistes, géographes, linguistes, psychologues, sociologues ont eu l'occasion de confronter leurs expériences de chercheurs en sciences sociales de la santé dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Les contributions rassemblées dans le présent ouvrage émanent de ce colloque. Elles n'offrent pas au lecteur un tableau d'ensemble, mais une sorte de vision kaléidoscopique — qu'on espère juste — des maux étudiés et des mots qui les disent au Mali. Dans ce pays, tradithérapies locales et pratiques biomédicales fonctionnent en juxtaposition, et les exemples donnés dans ce livre montrent l'urgence de mener des recherches concertées, afin de mieux connaître, en vue de meilleures orientations, les conduites individuelles et sociales se rapportant à la santé.

*At the beginning of July 1991, some fifty people met in Bamako for a symposium dealing with health problems in several parts of West Africa. During three days, physicians and non-physicians, Africans and Europeans, students and experienced scientists, anthropologists, demographers, economists, epidemiologists, geographers, linguists, psychologists, sociologists have had a chance to confront a wide range of fieldwork and scientific issues. The chapters of this book come from that pluridisciplinary meeting. They do not bring a general survey of the health problems in Mali, but a rather kaleidoscopic vision (that is hoped to be adequate) of the way some illnesses are considered and cured, within a large country where traditional practices often interfere with biomedical procedures. The given examples show how it is important to develop joint research in social sciences, if one intends to work towards bettering individual health behavior and improving health care services.*

### 1. Djigui DIAKITÉ. *Quelques maladies chez les Bamanan.*

L'auteur a enquêté pendant des mois dans les villages du Bèlèdougou, région bambara connue pour son attachement aux traditions bamanan, qui y sont encore très vivantes. Il a recueilli le vocabulaire local de la santé, de la maladie, du diagnostic et de la thérapeutique, et bien plus que tout cela : un peu de tout ce que ces mots veulent dire. Par les exemples cités à propos de l'analyse des termes, il révèle des représentations et des connexions bien différentes de celles qu'il a apprises à l'École de Médecine. Continuant à étayer son propos par des exemples,

il aborde ensuite l'étiologie, qui se montre beaucoup plus riche en causes que celle d'une approche biomédicale. Il donne ainsi une idée de ce que les malades ont en tête lorsqu'ils identifient un symptôme considéré comme morbide dans leur tradition.

*For months the author investigated the villages of Bèlèdugu, a region known for its attachment to Bamanan traditions that are still very much alive among the Bambara population of this area. He studied the vocabulary and meanings of words used in health, disease, diagnosis, and treatment. By giving examples concerning analysis of terminology, he reveals some representations and new connections quite different from those learned in medical school. Next he approaches, still with the help of examples, the etiology, which turns out to be much richer in causes than that to which modern physicians are accustomed. This study gives an idea of what patients are thinking when they identify a symptom according to their illness beliefs.*

## 2. Ruth SCHUMACHER. *Quest-ce que « mara » au Bèlèdougou ?*

Le terme mara a été accaparé par les équipes du programme de lutte contre l'onchocercose pour désigner cette maladie. De ce fait, l'étude de la signification réelle du terme dans la tradition locale est rendue difficile, mais s'y essayer offre l'occasion de voir comment évoluent les représentations lorsque les malades sont exposés au contact de la médecine moderne. Telle est la situation complexe que décrit ce chapitre, fondé sur plusieurs séjours de terrain, dans des villages du Bèlèdougou et à l'hôpital d'enseignement de Bamako. Où l'on voit que l'entité morbide peut prendre des figures extrêmement diverses, et que la traduction, si elle précède la compréhension, n'est que trahison. Mais si une personne se plaint de mara, il faut savoir qu'elle ne pense pas à ce que le médecin nomme onchocercose !

*The term « mara » has been taken by onchocerciasis control teams to signify this disease. As a matter of fact, therefore, the study of the real meaning of the traditional term becomes difficult. But this study offers the possibility of seeing how genuine representations evolve when the patients are exposed to contact with modern medicine. Such is the complex reality with which this chapter is concerned. It is based on fieldwork in rural Bèlèdugu and the training hospital of Bamako. There one sees that the morbid entity can take very diverse shapes, and that translation without understanding is nothing but treason. If a patient complains of « mara », one must know that he is not thinking of what the doctor calls onchocerciasis !*

## 3. Myriam ROGER. « sumaya » : le palu et le reste.

« sumaya » est le terme bambara qui traduit d'ordinaire « paludisme », lorsque ce mot lui-même, éventuellement tronqué en « palu »,

n'est pas employé. Mais « sumaya » désigne-t-il seulement le paludisme ? — Quoi qu'il en soit, le caractère extrêmement fréquent des accès palustres, leur forte létalité chez les jeunes enfants, l'efficacité de la chimioprophylaxie et de la chimiothérapie proposées par la biomédecine font de cette affection un cas tout indiqué pour l'étude de l'évolution des représentations, en fonction de l'exposition aux contacts de la médecine moderne, et de l'expérience de ses succès. L'auteur a enquêté dans la ville de Sikasso, ainsi que dans deux villages suffisamment distants de cette ville pour entretenir peu de contacts avec un centre de santé. On constate une diffusion de connaissances nouvelles, même si ces dernières ne retiennent que confusément le contenu des messages transmis. Cette étude fait toucher du doigt les difficultés d'une éducation pour la santé.

*« sumaya » is the term generally used in bambara to translate « malaria », when the french word « paludisme », ordinarily abbreviated as « palu », is not used. In fact, the polysemy of « sumaya » exceeds the range of a malarian syndrome. However the high frequency of acute malaria, its high case fatality rate on young children, and the efficacy of modern chemoprophylaxis and chemotherapy make this malady a case especially apt for the study of the evolution of meanings in response to contact with modern medicine and experience with successful medical care. The author did her research in the city of Sikasso and in two villages distant enough from Sikasso not to have access to health services. It was clear that new knowledge was acquired, although this knowledge was not always that which was transmitted. From this, one is able to understand how difficult health education is.*

4. Sara C. RANDALL. *Le sang est plus chaud que l'eau (médecine tamacheq).*

Des données ethnographiques sur la classification chaud-froid dans la prise en charge de la maladie au sein des familles tamacheq du Mali montrent que, même si ces termes sont très généralement connus, les concepts d'opposition et d'équilibre entre chaud et froid correspondent à une approche parmi d'autres dans le traitement de la maladie : en pratique, on y recourt rarement. Cette situation diffère donc de l'importance reconnue au chaud et au froid par les *spécialistes* de la médecine traditionnelle tamacheq cités dans la littérature. La logique de la classification se base sur des symptômes plutôt que sur les aliments, et elle est associée à la présence ou à l'absence de sang ou d'eau. Beaucoup de personnes peuvent se référer à cette logique symptomatique, sans être pour autant capables d'en articuler les détails. Le savoir et l'intelligence de la classification varie entre les classes sociales : les groupes plus récemment assimilés à la population des Kel tamacheq souscrivent moins à cette interprétation particulière de la maladie.

*Ethnographic data on hot-cold classification in the management of disease in Tamasbeq families in Mali show that, although these terms are known by most people, the ideas of opposition and balance are only one approach, among others, to the treatment of illness, and are rarely used in practice. This situation differs, then, from the importance given to hot and cold by the specialists in traditional tamasbeq medicine cited in the literature. The classification is based on symptoms rather than foods, and is associated with the presence or absence of blood or water. Many people are able to refer to this symptomatic classification without articulating its details. The knowledge and understanding of the classification varies with the social classes ; the groups who have been assimilated more recently to the Kel Tamasbeq population adhere less to this particular interpretation of disease.*

5. Birama Djan DIAKITÉ, Tiéman DIARRA, Sidy TRAORÉ. *Les recours aux soins dans le quartier de Bankoni (Bamako).*

Les auteurs ont étudié pendant une année un échantillon représentatif de la population du quartier populaire de Bankoni, à Bamako. Visitant deux fois par mois les enclos retenus dans l'échantillon, une équipe d'enquêteurs a recueilli des données détaillées sur les recours aux soins, sur les dépenses de santé, sur les conditions de vie des ménages. Les résultats montrent quelle place tiennent les recours à la médecine moderne, ce que sont ces recours (rôle insignifiant des médecins, en comparaison de l'importance occupée par des « praticiens non identifiés », etc.), comment ils s'organisent (la quête des soins répondant à une typologie d'itinéraires thérapeutiques), ce qu'ils coûtent (une très faible proportion de la dépense des ménages). Les auteurs tentent ensuite une analyse des déterminants des recours aux soins et des dépenses de santé, pour conclure qu'aucune variable simple ne peut « expliquer » les caractéristiques des conduites observées.

*The authors conducted a study over one year in a representative sample of the population of a low-income neighborhood, Bankoni, in Bamako. The investigators visited the sample compounds twice monthly to gather detailed data on recourse to health care, health care expenditures, and family living conditions. The findings show the importance of resorting to modern medical care ; the kind of medical care (the insignificant role of physicians, the frequency of care provided by unidentified practitioners, etc.) ; the organization of recourse to health care (represented by a typology of therapeutic itineraries) ; and health care costs (a very small proportion of the family budget). Next the authors attempt to analyze the determinants of recourse to health care and health expenditures. No single variable could « explain » the characteristics of the observed behavior.*

6. Tiéman DIARRA. *Représentations et itinéraires thérapeutiques à Bankoni.*

En complément de l'enquête quantitative traitée dans le chapitre précédent, on a interviewé de façon non directive un certain nombre de malades et leurs proches, et noté les récits relatant leurs expériences de la maladie, de la quête des soins, de l'accueil dans les services de santé ou chez le tradipraticien, ainsi que leur discours sur le mal enduré, les traitements prescrits, l'efficacité de ces traitements. Les entretiens sont ici utilisés pour décrire un seul aspect des réalités qu'ils révèlent : la façon dont les malades perçoivent le thérapeute, selon qu'il est « blanc » ou « noir », et la manière dont cette représentation que le malade se fait de la personne qui le prend en charge influence sa confiance, l'appréciation de son mal, son observance du traitement, la suite de l'itinéraire thérapeutique. Où l'on s'aperçoit qu'il est vraiment difficile d'être prophète en son pays...

*As part of the study presented in the preceding chapter, unstructured interviews were conducted with patients and their close relatives to listen to their accounts of experience with disease ; health care seeking behavior ; how they are received by health services or traditional practitioners ; the presentation of their illnesses ; prescribed treatments and their efficacy. These conversations were used to describe : (i) the way in which the patients perceive practitioners, depending on whether he (she) is « white » or « black » ; and (ii) the manner in which the person who takes care of the patient influences the patient's confidence and understanding of his (her) illness, compliance with treatment, and follow-up of the treatment modality.*

7. Birama Djan DIAKITÉ. *Problèmes de nomades (Gourma).*

L'auteur a enquêté pendant plusieurs semaines avec Sara C. Randall (cf. chapitres 4 et 11) dans des campements du Gourma, choisis au hasard selon une procédure adaptée à la transhumance entre points d'eau ou marchés. La méthode de l'enquête était elle-même adaptée au contexte : pas de questionnaire, un simple guide d'entretien ; pas d'interrogatoire, mais de longues réunions sous la tente, autour d'un verre de thé, entre hommes, ou entre femmes, ou en privé, pour discuter de la santé, échanger des informations, entendre ce que les gens disent spontanément de leurs problèmes. Pareille méthode ne permet de faire ni statistiques ni économétrie ; elle fournit cependant un lot considérable de notations et d'illustrations qui décrivent ce qu'est la réalité de la quête des soins (biomédicaux ou traditionnels) pour cette population. L'auteur en tire quelques propositions qui s'adressent aux responsables de la santé publique.

*For several weeks the author, along with Sara C. Randall (see chapters 4 and 11), made a survey in the camps of Gourma, randomly*

*selected according to the movements of herds between watering holes or markets. The study method was also adapted to the context : no questionnaire or questions, a conversation guide, long meetings in the tents around glasses of tea, among men or among women or in private, discussing health, exchanging information, listening to what people said spontaneously about their problems. This approach, which does not permit statistical or econometric analysis, provides a considerable amount of remarks and illustrations that describe health care seeking behavior (biomedical or traditional) for this population. The author makes several suggestions to public health providers.*

8. Sidiki TINTA. *Les services de santé du cercle de Bandiagara.*

Durant des mois, Sidiki Tinta a enquêté dans les formations sanitaires d'un pays dogon qu'il connaît bien, pour en manier couramment plusieurs parlers, à commencer par celui que lui a enseigné sa mère. Il montre d'abord à quel point la décision de recourir aux soins n'est pas individuelle, mais engage un groupe familial d'autant plus large que le rang du malade est élevé, et que le mal est considéré comme grave. Dans bien des cas - dont le chapitre fournit maintes illustrations —, ce caractère social de la décision correspond au caractère social de la cause de la maladie. En passant, l'auteur fait état d'une distinction entre « la personne qui a le don de guérir » et « celle qui mime » : comme à Bankoni. Il montre aussi que, peut-être plus clairement ici qu'en ville, les rapports entre la biomédecine et la tradipratique sont des rapports de force, la première ayant été imposée, jusque dans le choix du site de ses dispensaires, par une Administration peu encline à demander l'avis de ses administrés, et portée à considérer les tradithérapeutes comme dangereux concurrents de ses agents de la santé (qu'il s'agisse de l'ancienne Administration coloniale ou de celle du Mali indépendant). On comprend encore mieux le pourquoi du malaise, lorsque l'auteur décrit certaines pratiques permettant à ces agents d'abuser les malades de façon éhontée : ignorant la médecine moderne et les règlements en principe applicables aux centres de santé, les malades qui y recourent en désespoir de cause vivent trop souvent l'exploitation du faible par le fort. Santé pour tous en l'an 2 000, demain !

*For months Sidiki Tinta surveyed the sanitary organization in a Dogon area that he knows very well, for he speaks several local idioms, one of which he learned from his mother. First of all, he shows to what point the decision to seek health care is not an individual one, but involves the parental group, the size of which is directly related to the social rank of the patient and the perceived seriousness of the illness. The social character of the decision to seek care is consistent with the social character of the cause of illness in many cases. This chapter gives plenty of examples. As the author goes along, he refers*

to the distinction between the person « who has the gift of healing » and the one « who mimics » : as in Bankoni. He also shows that the relationship between modern medicine and traditional healing is one of tension (perhaps more clearly here than in the city). The first was imposed, even the sites of the dispensaries, by an administration — be it the colonial administration or that of independant Mali — that does not pay a real attention to local requirements, and which is rather prejudiced against the traditional practitioners. One better understands the reason of discontent, when the author describes practices that allow health workers to exploit patients. Patients do not know about modern medicine ; going to it after having exhausted all other resorts, they too often live the exploitation of the weak by the strong. Health for all in the year 2 000 is for tomorrow !

9. Seydou COULIBALY, Kafing DIARRA. *Analyse des comptes nationaux de la santé.*

Cette étude exploite les données d'une enquête organisée en 1987 auprès de chacun des « cercles » (circonscriptions administratives d'environ 200 000 habitants chacune), pour recenser les moyens financiers dont disposaient les services de santé. Vu l'état de l'information disponible dans les services nationaux, le recours à ladite enquête était nécessaire pour dresser une ébauche de comptes nationaux de la santé. Parmi les résultats surprenants mis au jour, signalons les suivants : alors qu'on parle encore de santé gratuite au Mali, les malades ou leurs familles supportent 74 % de la dépense nationale de santé ; les dépenses pharmaceutiques effectives atteignent le double du chiffre d'affaires officiel de la société d'État disposant (alors) du monopole d'importation et de distribution des médicaments ; ces dépenses pharmaceutiques représentent les deux tiers de la dépense nationale de santé, et elles portent (dans un pays qui a souscrit des deux mains à la déclaration d'Alma Ata...) sur des spécialités achetées de gré à gré. Les auteurs formulent diverses hypothèses en matière de financement des dépenses de santé.

*This study makes use of the findings of a survey organized in 1987 in each of the districts (administrative units of about 200,000 inhabitants), to inventory the financial means of health services. Given the state of the available information of the national services, it was necessary to refer to this survey if one wanted to make an outline of the national health expenses. Among the surprising results of the study, we mention the following : although one still speaks of free health care in this country, patients and their families provide 74 % of national health expenses. Pharmaceutical expenses reach twice the official figure of the State company which has (at the time of the survey) a monopoly on the import and distribution of medicine ; these pharmaceutical*

*expenses represent two-thirds of national health expenses, and they concern (in a country which subscribed fully to the Declaration of Alma Ata...) special medicine bought by mutual agreement. The authors formulate various alternatives to the financing of health expenses.*

10. Mamadou MARIKO. *Deux expériences de recouvrement des coûts.*

Le financement des services de santé est à l'ordre du jour de beaucoup de rencontres entre responsables de la santé en Afrique. Face au désengagement progressif des États et à l'échec de la politique de gratuité des soins, une nouvelle forme de financement basée sur la participation « communautaire » est pratiquée par bon nombre de pays africains. L'auteur a effectué des investigations personnelles sur deux expériences en cours, le projet « Soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara » et le « Projet de développement sanitaire de la deuxième Région (Koulikoro) ». Ces deux réalisations utilisent, l'une et l'autre, le recouvrement des coûts et la tarification des actes, mais l'une est un succès et l'autre un échec. Les conditions à remplir pour réussir sont dégagées.

*The financing of health services is on the agenda of many meetings among African health officials. In face of the progressive disengagement of governments and the failure of free health care policies, a new formula for financing, based on community participation, is practiced in a good number of African countries. The author carried out personal investigations on two concrete experiences, the project « Primary Health Care in the Bandiagara district », and the « Health Development Project of the second Region (Koulikoro) ». These two projects both use cost-recovery and fee-for-service, but one is successful and the other is a failure. The conditions required for success are taken from this analysis.*

11. Sara C. RANDALL. *Enquête au Gourma en vue d'une intervention sanitaire appropriée.*

L'auteur a conçu et dirigé sur le terrain une enquête originale (à laquelle se réfèrent les chapitres 4 et 7) sur les problèmes rencontrés par les pasteurs du Gourma malien lorsqu'ils cherchent des soins. Il n'était pas besoin d'être grand clerc pour savoir l'inadaptation foncière des services publics de santé aux besoins de cette population. Il était plus difficile de préciser les véritables obstacles empêchant un recours normal aux soins modernes (même dans le cas d'un dispensaire mobile essayé à l'époque), et d'imaginer une formule apte à surmonter de tels obstacles, — à savoir : (a) le manque d'information (ou d'information fiable) au sein d'une population laissée pour compte pendant des générations, et très sérieusement éprouvée par les sécheresses depuis une vingtaine d'années ; (b) le manque de liquidité, dans une économie où

la monnaie est un simple moyen de paiement utilisé en de rares occasions, soit les quelques jours où l'on peut se rendre au marché durant l'année. Le chapitre décrit la méthode suivie, présente les principaux résultats de l'enquête, et décrit la proposition qui en a résulté (celle-ci a connu un début d'application) : une campagne d'information de masse. On voit ici comment les sciences sociales de la santé peuvent servir, dans la pratique, à définir une stratégie sanitaire adaptée aux problèmes à résoudre.

*The author designed and conducted an original study (referred to above : see chapters 4 and 7) on the problems encountered by the Malian pastors of Gourma when they seek health care. You don't have to be an expert to understand that public health services are maladapted to the needs of this population. It was more difficult to state the real obstacles to access to modern health care (even in the unique case of a mobile dispensary then operating), and to create a formula to overcome these obstacles : (i) the lack of information (or of reliable information) for a population left into loneliness for generations, and seriously stressed by droughts in the last twenty years ; (ii) the lack of cash, in an economy where cash is a means of payment used only a few days a year, on market days, in the market. The chapter describes the study method, presents the main findings, and describes the proposition which resulted from it : a mass information campaign (which began to be put into use). Thus we see how the application of social science can help to adapt strategies to solutions to health problems.*

## 12. Robert VUARIN. *Recourir à la solidarité coutumière ?*

Dans un quartier de Bamako, choisi pour être relativement structuré, R. Vuarin a patiemment observé les modalités de l'entraide, qu'il savait présente et fréquente. Il se demandait si elle pourrait jouer un rôle dans la prise en charge des dépenses de santé ou, au moins, de certaines d'entre elles. Progressivement, son attention s'est centrée sur le « baptême » musulman et sur le rituel des échanges dont il est l'occasion. De là, l'auteur en vient à formuler l'hypothèse d'une « caisse des baptêmes », qui serait alimentée par un prélèvement sur les biens circulant dans le baptême (principalement offerts à la mère). Cette caisse servirait à organiser un transfert de fonds en direction des plus pauvres, de sorte que les soins indispensables puissent être assurés même aux enfants des familles les moins fortunées. En conclusion, l'hypothèse avancée est soumise à un rigoureux examen.

*In order to observe the modalities of customary mutual aid, R. Vuarin conducted a study in a Bamako neighborhood, chosen because it was relatively structured. The question he had in mind is whether this kind of assistance might play a role in the management of health*

*expenses or, at least, of certain expenses. His attention was progressively focused on islamic « baptism » and the exchange ritual held at that event. Hence the idea of a « baptismal fund », which could be feed by a deduction on the goods circulating (mostly given to the mother) on the occasion of the day of baptism, and which could serve to transfer money from the rich to the poor. In that way essential health care would be insured, even for the poorest of children. The chapter concludes with an interesting discussion of this idea.*

Claude PAIRAULT. Epilogue : *A propos d'efficacité médicale en Afrique Noire.*

Cet épilogue traite d'un problème à la fois très courant et fort complexe. Courant non seulement parce que chacun en Afrique utilise la médecine traditionnelle, comme chacun en Europe recourt aux tisanes familiales, mais encore parce que la défense de la médecine traditionnelle est devenue, pour certains, comme un certificat de loyalisme africaniste. Fort complexe, comme le montre le fait que les grands discours ne débouchent sur aucune recherche globale ou action concrète, et pas seulement, on le comprend à lire Claude Pairault, pour des questions d'argent (dont le rôle a pu être illustré dans tel ou tel chapitre antérieur). L'auteur met de l'ordre dans les problèmes à résoudre, et dans la façon de les poser ; il cherche à définir une position de conciliation, selon laquelle la médecine traditionnelle, mise à la question par les prosélytes de la médecine scientifique, devrait bénéficier non pas seulement d'une reconnaissance juridique, ni même d'une reconnaissance de fait, mais d'une reconnaissance théorique.

*This epilogue confronts a problem which is, at the same time, very common and very complex. Common, not only because everyone in Africa uses traditional medicine, as everyone in Europe resorts to family herbal tea, but especially because the defense of traditional medicine has become, in certain circles, a sign of African loyalty. Complex, as is shown by the fact that many discourses hardly open up to a global research or to concrete actions. The author puts the problems in perspective and shows how they should be presented ; he indicates the conditions needed for conciliation, in virtue of which traditional medicine, questioned by the proselytes of scientific medicine, would be able to benefit not by a simple juridical recognition, nor even by a recognition of fact, but by a theoretical recognition.*

# TABLE DES MATIÈRES

	page
Liste des auteurs	5
Présentation	Joseph BRUNET-JAILLY 7
Première partie	
<b>Maux à comprendre et à guérir</b>	23
1. Quelques maladies chez les Bamanan	Djigui DIAKITÉ 25
2. Qu'est-ce que « mara » au Bèlédougou ?	Ruth SCHUMACHER 49
3. « sumaya » : le palu et le reste (région de Sikasso)	Myriam ROGER 83
4. Le sang est plus chaud que l'eau (médecine tamacheq)	Sara C. RANDALL 127
Deuxième partie	
<b>Quérir des soins</b>	153
5. Les recours aux soins dans le quartier de Bankoni (Bamako)	Birama Djan DIAKITÉ, Tiéman DIARRA & Sidy TRAORÉ 155
6. Représentations et itinéraires thérapeutiques à Bankoni	Tiéman DIARRA 177
7. Problèmes de nomades (Gourma)	Birama Djan DIAKITÉ 193
8. Les services de santé du cercle de Bandiagara	Sidiki TINTA 211

		page
<b>Troisième partie</b>		
<b>Payer les soins</b>		229
9. Analyse des comptes nationaux de la santé	Seydou COULIBALY & Kafing DIARRA	231
10. Deux expériences de recouvrement des coûts	Mamadou MARIKO	247
11. Enquête au Gourma en vue d'une intervention sanitaire appropriée	Sara C. RANDALL	277
12. Recourir à la solidarité coutumière ?	Robert VUARIN	299
<b>Epilogue</b>		317
A propos d'efficacité médicale en Afrique Noire	Claude PAIRAULT	319
<b>Résumés / Abstracts</b>		331
<b>Table des matières</b>		341

Photocomposition : Assas éditions  
14, rue d'Assas; 75006 Paris



---

Achévé d'imprimer par  Corlet, Imprimeur, S.A.  
14110 Condé-sur-Noireau (France)

N° d'Imprimeur : 8937 - Dépôt légal : mai 1993

*Imprimé en C.E.E.*

Ce livre est édité en l'honneur de Claude Pairault, qui a passé un quart de siècle en Afrique, et qui, durant les trois dernières années d'une carrière professionnelle aussi bien remplie que peu tapageuse, a contribué au lancement d'un projet original et ambitieux : celui de former sur place, à Bamako, de jeunes chercheurs en sciences sociales de la santé (épidémiologie, anthropologie de la santé, économie de la santé). Ce projet, conçu en 1985 par le docteur Hubert Balique et ses amis maliens de l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP), réunit, du côté français, des moyens fournis par l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération (ORSTOM), et d'autres apportés par le ministère de la Coopération et du Développement.

Les activités ont commencé au début de l'année 1987 et se poursuivent patiemment : une dizaine de jeunes Maliens, ayant reçu une formation supérieure (en médecine, en économie ou en droit) dans leur pays, sont associés aux travaux d'un petit groupe de chercheurs expérimentés, puis, après deux ou trois ans de ce compagnonnage, vont acquérir à l'étranger des compléments de formation. En 1991, certains de ces jeunes chercheurs avaient déjà réalisé quelques travaux qui paraissaient utiles à la définition ou à la mise en œuvre de la stratégie sanitaire de leur pays. La question se posait de savoir si ces travaux pouvaient intéresser les chercheurs professionnels dans les domaines concernés – ce qui serait un gage de qualité – et, au-delà, s'ils étaient susceptibles d'atteindre un public plus large.

C'est pour répondre à la première préoccupation que l'INRSP et l'ORSTOM ont organisé, en juillet 1991, un colloque « Sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest » en l'honneur du professeur Claude Pairault. Ce colloque a permis de présenter les travaux de ces jeunes chercheurs maliens, et de les soumettre à la critique d'africanistes chevronnés. L'encouragement reçu des éditions Karthala et le concours du ministère de la Coopération et du Développement permettent d'offrir aujourd'hui à tous ceux qui portent attention aux problèmes de santé en Afrique une partie des contributions présentées par de jeunes Africains et par quelques-uns de leurs amis européens qui, tous, savent ce qu'ils doivent à Claude Pairault.

<i>Ont contribué à l'ouvrage :</i>	<i>Kafing DIARRA</i>	<i>Myriam ROGER</i>
<i>Joseph BRUNET-JAILLY</i>	<i>Tiéman DIARRA</i>	<i>Ruth SCHUMACHER</i>
<i>Seydou COULIBALY</i>	<i>Mamadou MARIKO</i>	<i>Sidiki TINTA</i>
<i>Birama Djan DIAKITÉ</i>	<i>Claude PAIRAULT</i>	<i>Sidy TRAORÉ</i>
<i>Djigui DIAKITÉ</i>	<i>Sara C. RANDALL</i>	<i>Robert VUARIN</i>

### Collection dirigée par Jean Copans



9 782865 374199

ISBN : 2-86537-419-X