

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 (*banà*) 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'examens 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 : |
| — <i>fèn juguw bè na a nyè kòrò</i> (<i>wòkulòw</i>) | la tête change / se transforme 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 kònd 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 miiri 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 jigini nyè na. n'a jiginna 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*.

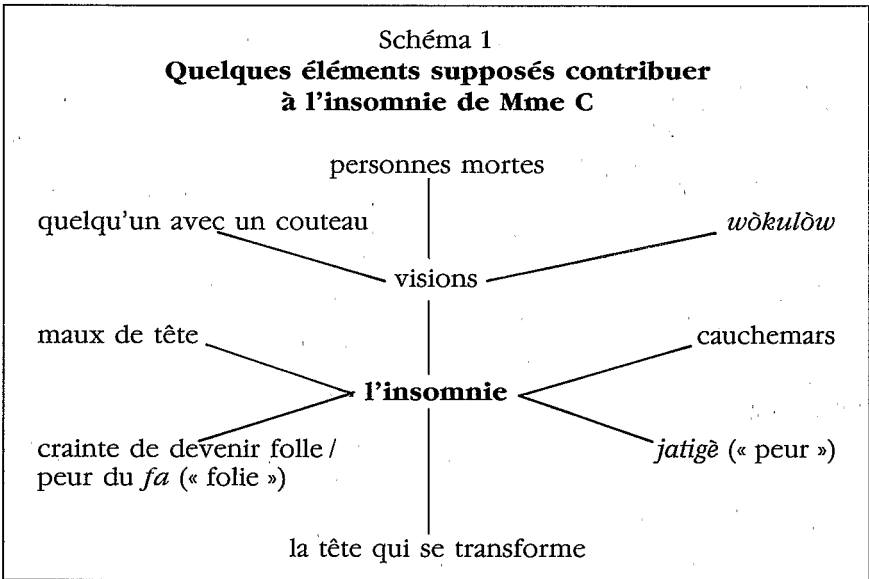
(35) *ne ja tigèra, ne girinna ka wuli*.

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*.



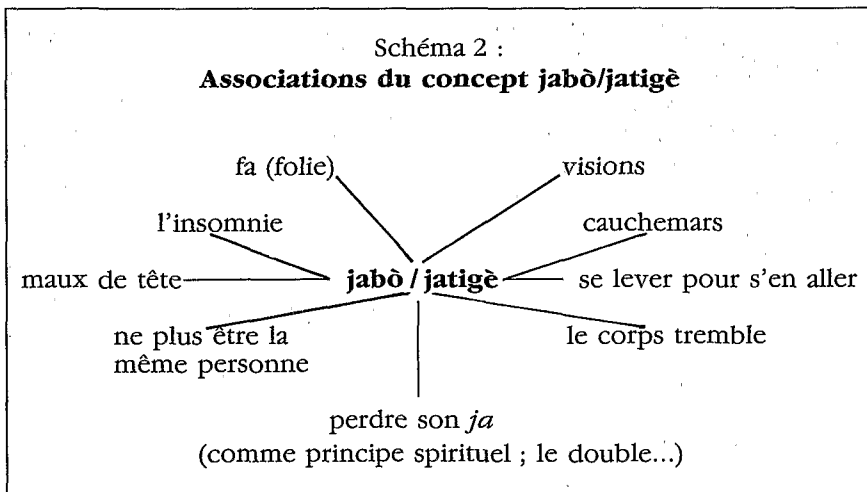
En étudiant les entretiens sous l'aspect de la « peur » de type *jabò* ou *jatigè*, j'ai constaté, d'une part, que la plupart des informateurs l'indiquent comme appartenant à *mara*, d'autre part qu'on y trouve avec une fréquence significative les associations suivantes :

- *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 maigrit)

(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 | EN FRANÇAIS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| — <i>kunkolodimi, kunmabin</i> | mal de tête |
| — <i>nyè yèlèma cogow, nyèdimi</i> | les yeux changent ; mal à l'œil |
| — <i>bugun da mōgō nyè na</i> | l'œil devient brumeux |
| — <i>mōgō fiyen</i> | rendre aveugle |
| — <i>fa</i> | folie |
| — <i>faringyènyè</i> | démangeaisons |
| — <i>kōndja</i> | trad. littérale : ventre sec ; constipation |
| — <i>jatigè</i> (aussi : <i>jabō</i>) | peur ; trad. litt. : être coupé de son <i>ja</i> (double, ombre...) |
| — <i>fèn dō (marakisè) bè mara-</i> <i>kisè) bè taamataama (fari</i> <i>kōnd)</i> | quelque chose se promène (dans le corps) |
| — <i>fari bè kurukuru yèrèyèrè</i> | Le corps tremble |
| — <i>kuru</i> | bouton, kyste, nœud, etc. |
| — <i>kōja, kōdimi</i> | trad. litt. : dos sec ; maux de dos ; constipation (voir <i>kōndja</i>) |
| — <i>mōgō bè funun/bonya</i> | la personne grossit, gonfle |
| — <i>nyènamini</i> | vertiges, « ça tourne » |
| — <i>fari bè goniya</i> | le corps se chauffe |
| — <i>cèya faga ;</i> | impuissance sexuelle ; |
| — <i>tigè muso la</i> | absence de menstruation |
| — <i>gwalabu bè sa</i> | le dynamisme meurt |
| — <i>mōgō muluku</i> | courbatures, paralysie |
| — <i>wolo bè girinya</i> | épaississement, « alourdisse- ment » de la peau |
| — <i>banabagatō bè sunōgō</i> <i>kojugu</i> | le malade dort trop |
| — <i>dusumangoya bila mōgō la</i> | rendre qqn de mauvaise humeur, (trop) irritable |
| — <i>sogo jugu</i> | cauchemar |
| — <i>mōgō bè fasa</i> | la personne maigrit |
| — <i>fari fan bèè bè dimi</i> | tout le corps fait mal |
| — <i>sendimi</i> | mal de pied |
| — <i>nènè bè don banabagatō la</i> | le froid entre dans le malade |
| — <i>wolo nyè bè yèlèma</i> | 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)

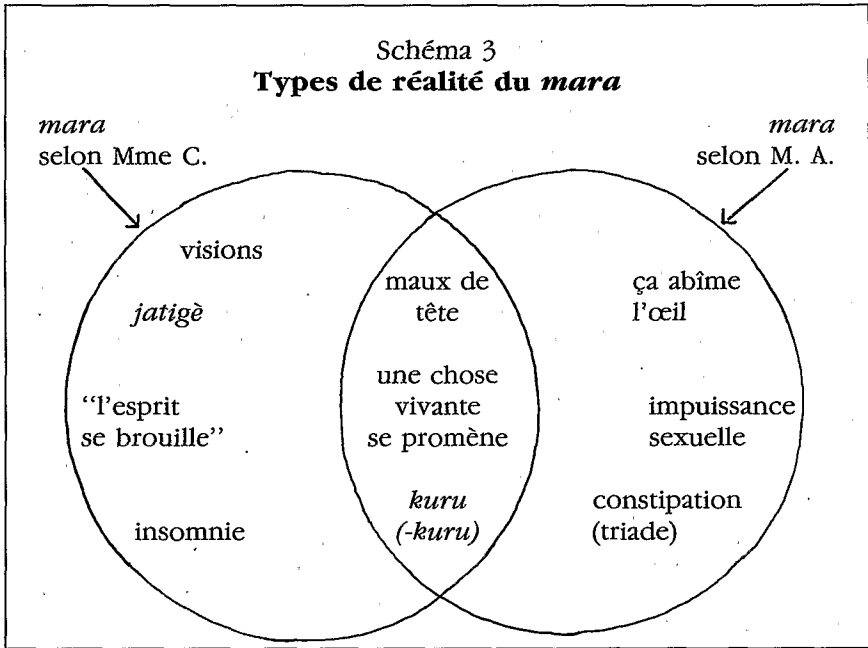
On a déjà remarqué que les « signes » avancés par les personnes interrogées ne correspondent pas à une symptomatologie biomédicale, mais à une perception subjective des troubles ou des souffrances causés par une maladie/illness. Dans ce sens, chacun des « signes » se comprend comme un concept explicatif 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

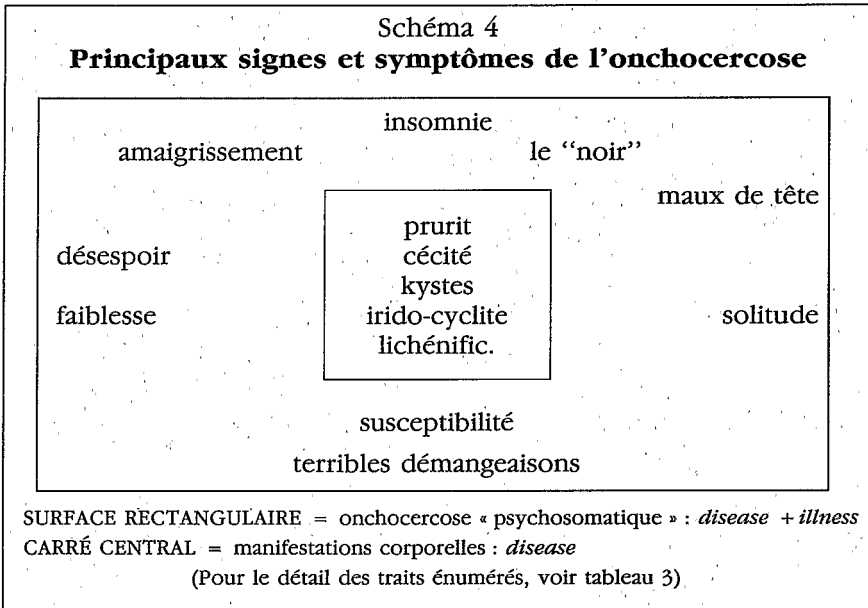
Au Mali, on estime le nombre de personnes infestées par le ver *Onchocerca volvulus*, une filaire, à 360.000 (en 1985), le nombre d'aveugles du fait de l'onchocercose à 15.000 (OMS, 1987), ce qui laisse soupçonner l'étendue des problèmes socio-économiques et de santé publique imputables à cette parasitose.

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

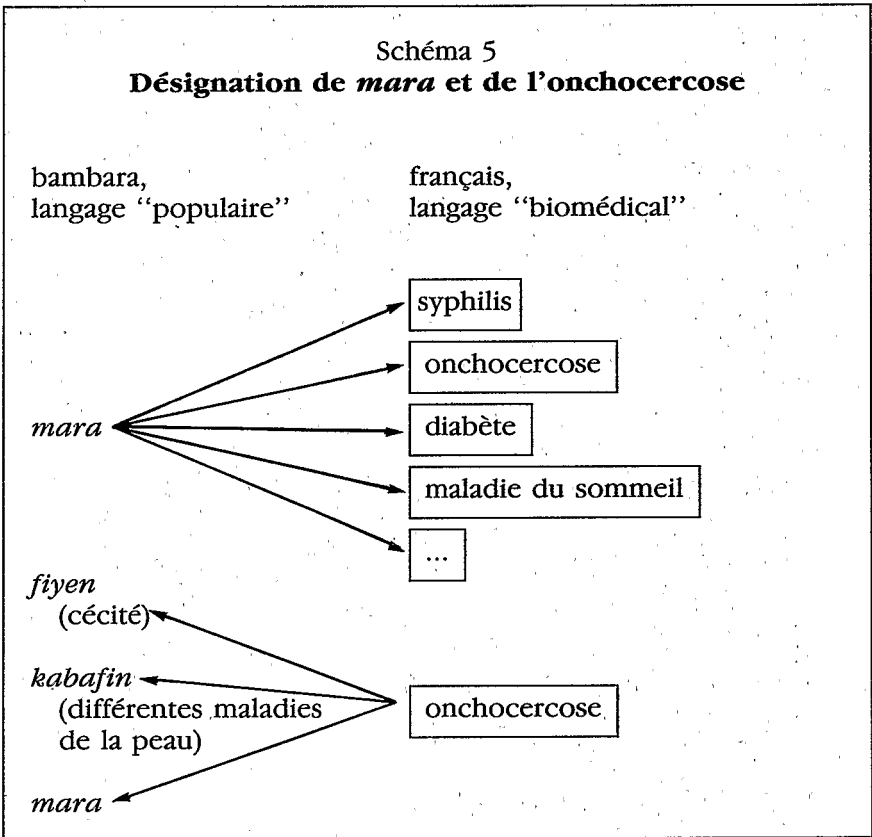
La traduction est surtout trompeuse lorsqu'on vise à s'en servir comme aide au diagnostic en biomédecine : le diagnostic traditionnel de *mara* se trouve attribué à des malades biomédicalement atteints de plusieurs pathologies différant de l'onchocercose, par exemple le diabète, la maladie du sommeil, 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^{re} 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.

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^e et 20^e 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.

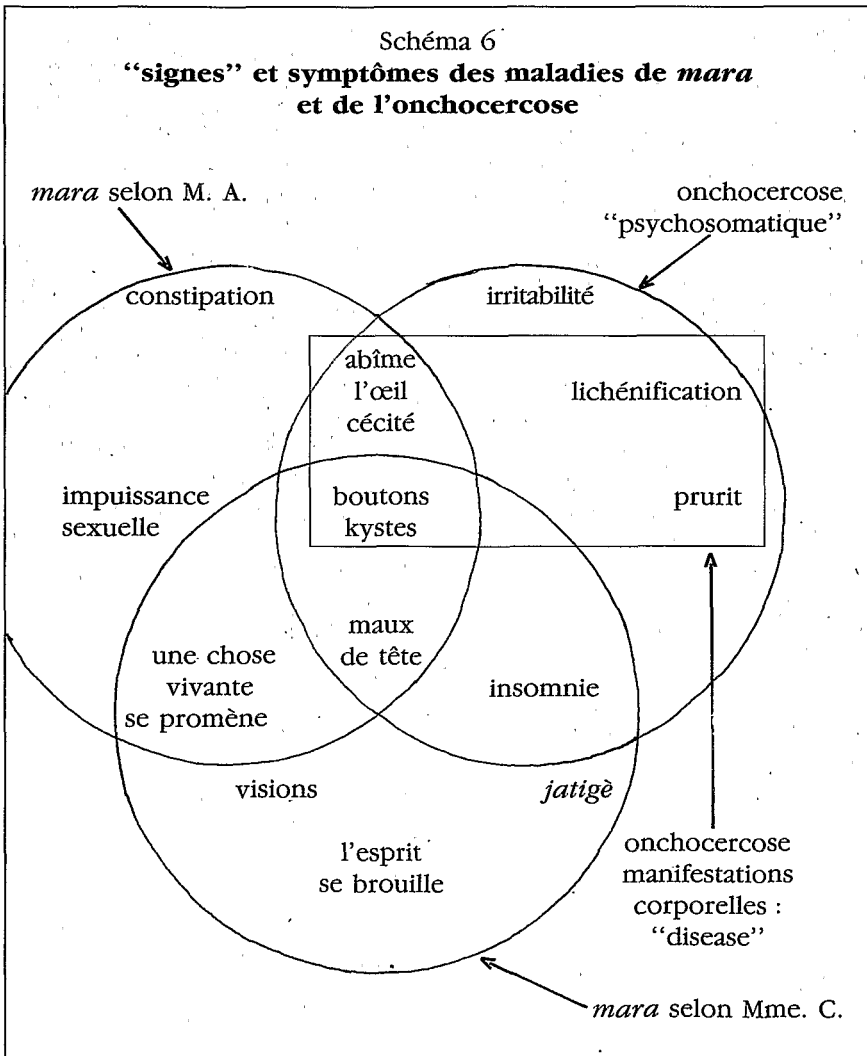
Il n'est guère surprenant que, plus une personne reçoit de formation « moderne », plus ses conceptions évoluent vers les modèles bioscientifiques. Cela se fait en général de manière inconsciente et graduelle, ce qu'illustre parfaitement l'usage différent des termes *mara* et onchocercose.

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) : *Onchozercose 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^{re} 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.