

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 km² ; 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 directs, 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 Khi²) 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

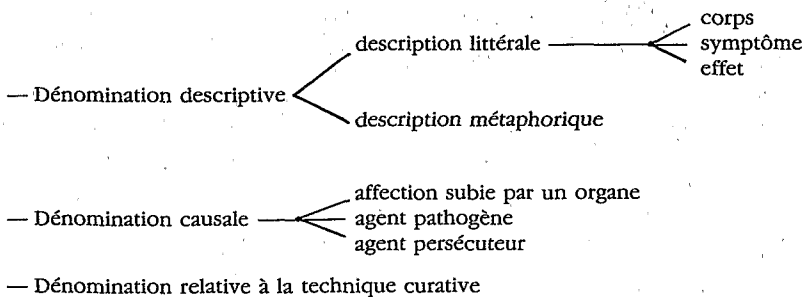
(2) La graphie des termes bambara ainsi que leur traduction sont généralement celles proposées dans le dictionnaire du Père Bailleul. Cependant, lorsque mes deux interprètes font la même traduction d'une expression bambara, c'est cette dernière que je retiens dès lors que son esprit est concordant avec 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 Kènédougou, « 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. Diakité, 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*, engoulevant étandard ou engoulevant 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 juguuv* (personnes méchantes) qui prennent l'enfant. Les *mògò juguuv*, 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 unealebasse 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 (Diakité, 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* (engoulevant à balancier) ».

(5) Parmi les entités anthropomorphes éventuellement responsables de certaines maladies, on trouve les *subagaw*, sorciers, les *mògò juguuv*, personnes mauvaises, et les *jinèw*, génies. Les *subagaw* (*subaga* : sorcier, sorcière) appartiennent obligatoirement à des *tònw*, 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.

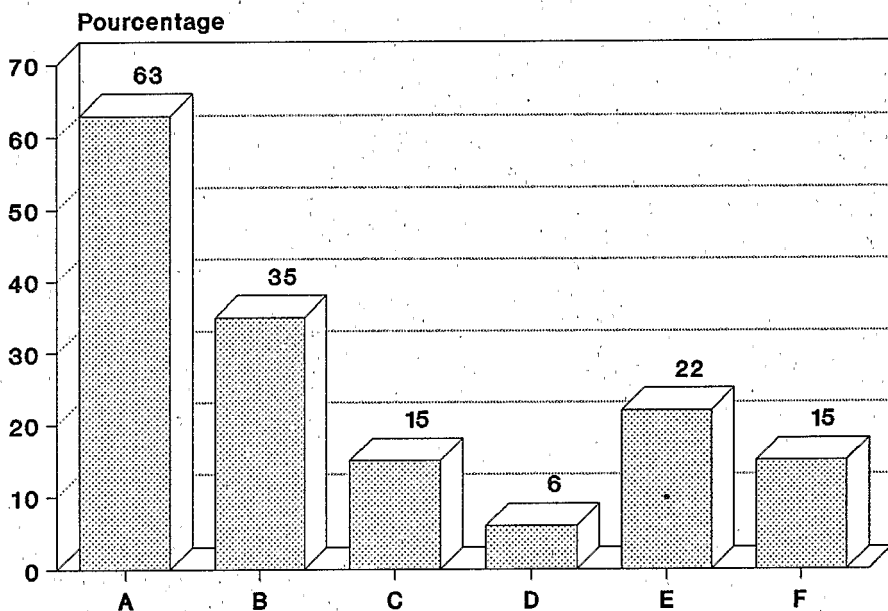
Parmi les 11 catégories étiologiques qu'elle construit, N. Sindzingu en distingue clairement une qui regroupe différents facteurs mécaniques, et une autre réservée à Dieu. Postulant que cette dernière « n'est pas homogène aux autres », cette option s'avère tout à fait pertinente dans notre zone : « Dieu/*kulotyolo* 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 % $\pm$ 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 % ($\pm$ 11 %) des mères, le moustique est

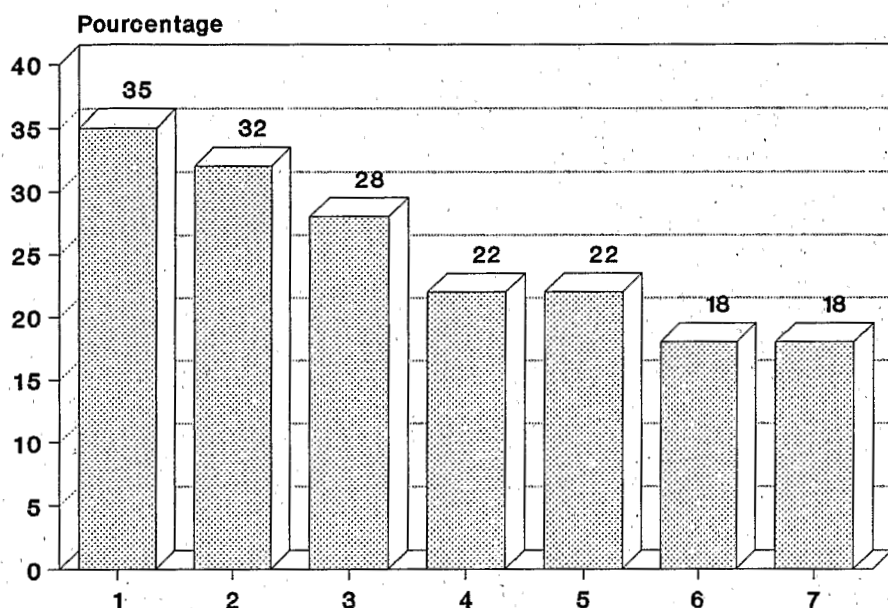
responsable ou co-responsable de *sumaya*. 4 d'entre elles ne font pas référence à sa piqûre. Le moustique dépose alors un élément pathogène dans les aliments. La mouche, responsable de *sumaya* pour 15 % (± 8 %) des femmes, intervient le plus souvent dans la souillure des aliments, même si elle dépose parfois sur le corps un agent pathogène. Enfin, pour 22 % (± 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 % $\pm$ 11 % des femmes) et contenant trop de graisse (32 % $\pm$ 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 % $\pm$ 9 %), de l'eau sale et du lait maternel (18 % $\pm$ 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.

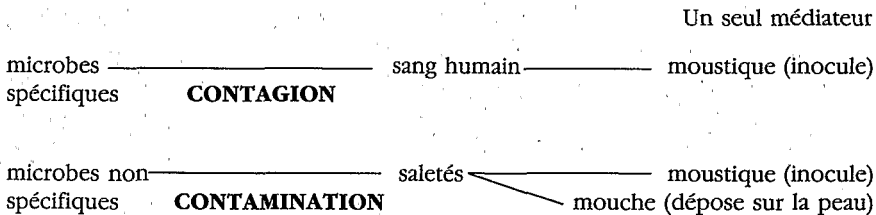
avec un agent pathogène, à l'exception des situations dans lesquelles cet agent est spécifique de *sumaya*. Nous réserverons le terme de *contagion* à ces dernières situations.

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 (*limôgô*) 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. Diakité (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 % (± 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 ± 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 piqure 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 piqure 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.

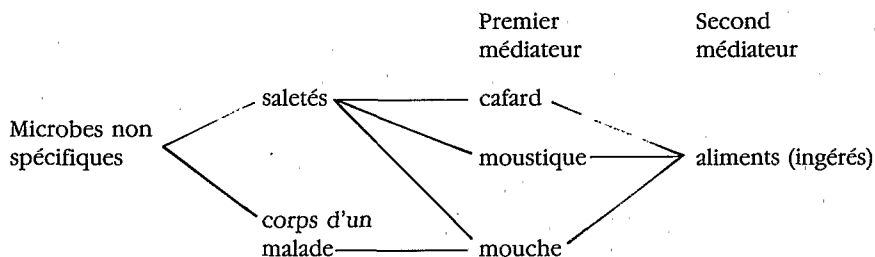
Outre le sang provenant d'une autre personne, le moustique peut introduire aussi son propre sang (contamination directe : 1 femme) et de l'eau contenant des saletés invisibles, pathogènes mais non spécifiques à la maladie : *nògòw* et *ji nògòw* (*ji* : eau). Il y a alors contamination médiatisée par le moustique qui, le plus souvent, a 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 détritrus. 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 (*jinògòw*, *nògòw*...) 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 mange 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 (maïs 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^e 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 % (± 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 piqure du moustique responsable d'un déséquilibre pathogène

Si pour la moitié des Sikassoises rencontrées la piqure 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 % (± 11 %) des femmes la Nivaquine permet, dans la plupart des cas, de guérir de la maladie. 42 % (± 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 % (± 8 %) des femmes.

1.4.2. Le dispensaire

41 % (± 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 % (± 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 % ± 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^2 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 ($\text{Khi}^2 = 3,95$; $p < 0,05$).

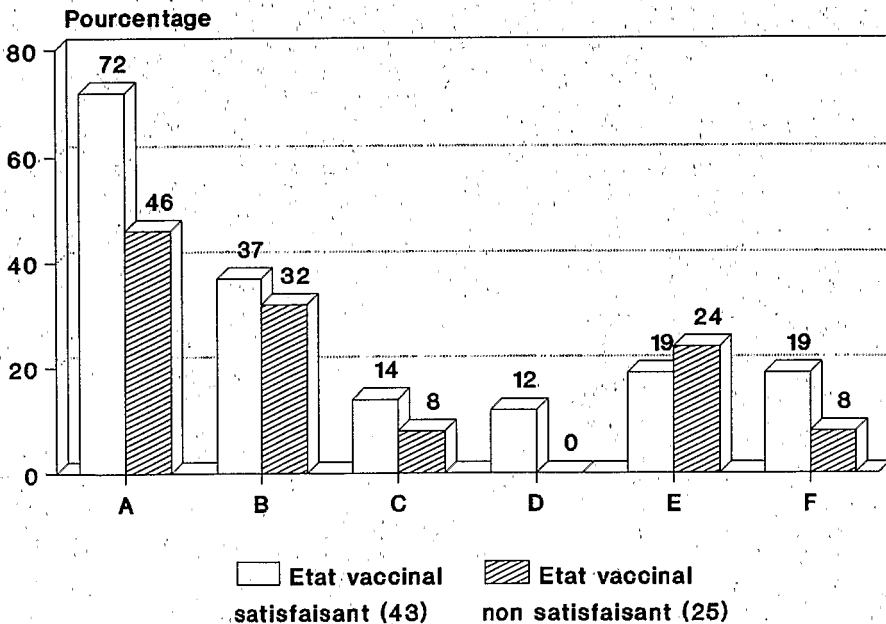
La catégorie aliments renferme les aliments doux, gras, souillés et le lait maternel. On observe que les proportions de références aux nourritures douces et grasses sont quasiment identiques dans les deux groupes de femmes, tandis que des proportions plus importantes de femmes appartenant au premier 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 ($\text{Khi}^2 = 4,10$).

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*.

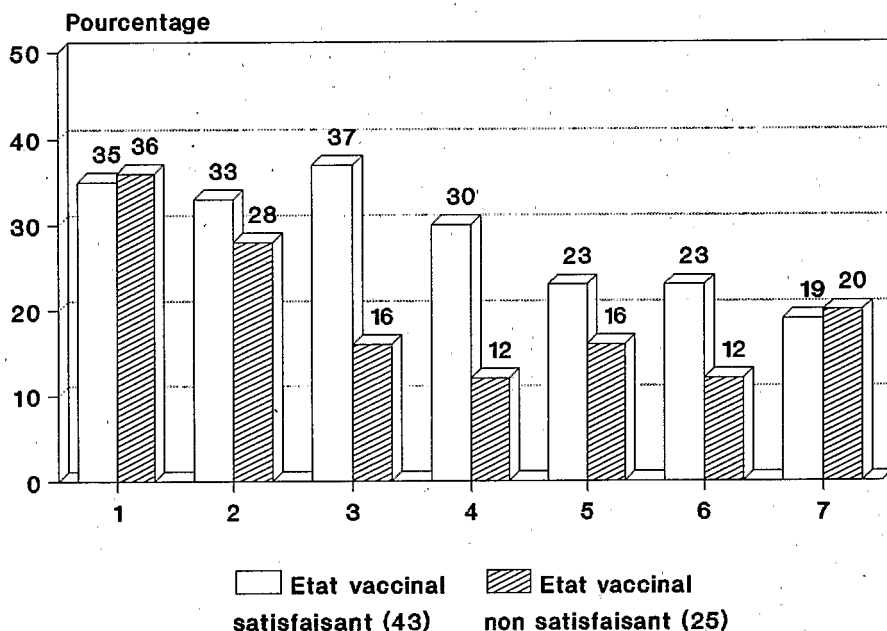
Figure 3 :
**Opinions sur l'origine de *sumaya*,
selon la situation vaccinale d'un enfant**



- 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 piqure ne sont pas statistiquement significatives. On ne constate pas non plus de différence significative quant aux éléments introduits par la piqure 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 ($Khi^2 = 5,09$; $p < 0,05$).

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 ($Khi^2 = 8,31$; $p < 0,01$). 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 ($Khi^2 = 5,29$; $p < 0,05$).

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* ($Khi^2 = 3,94$; $p < 0,05$). 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 ($Khi^2 = 4,26$; $p < 0,05$).

Si 15 % des Sikassoises croient à la responsabilité de la mouche, cet insecte n'est jamais cité par les villageoises ($Khi^2 = 5,01$; $p < 0,05$). 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 ($Khi^2 = 6,10$; $p < 0,02$), 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. Dachet 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 piqure du moustique de façon non spontanée ou citent le moustique sans faire référence à sa piqure. 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 piqure 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 radio-phoniques, 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.

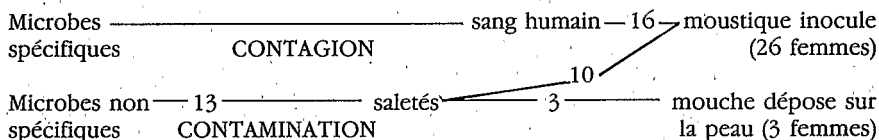
L'accessibilité aux services de santé modernes, mais pas à proprement parler l'utilisation effective de ces services, favorise une confrontation entre représentations traditionnelles et discours moderne qui, à la faveur de réinterprétations multiples, produit de l'inédit, inédit dont nous avons tenté 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

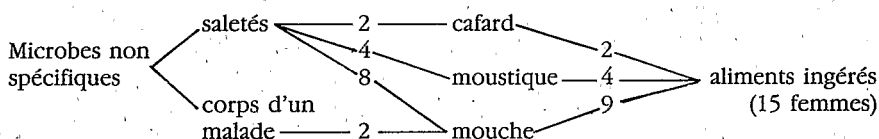
Etiologie de *sumaya* à Sikasso : schéma récapitulatif

I. CONTAMINATION - CONTAGION

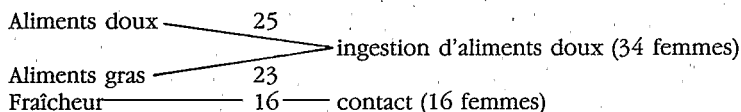
- UN MÉDIATEUR (mouche ou moustique) :



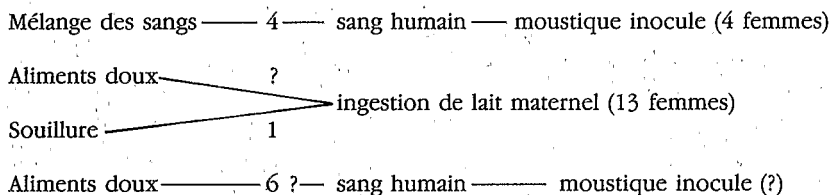
- DEUX MÉDIATEURS (insecte + aliments) : CONTAMINATION



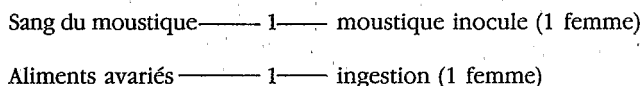
II. RUPTURES D'ÉQUILIBRE



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 %
ÉTIOLOGIE :			
Moustique	63	40	36
Piqûre du moustique spontanément	37	32	13
Aliments	72	48	44
sucrés	35	38	38
gras	33	28	13
souillés	23	16	0
Fraîcheur humide	19	24	36
Mouche	19	8	0
LUTTE :			
Nivaquine, préventif	41	40	5
Nivaquine, curatif	52	52	87
Produits traditionnels, préventif	9	12	2
Produits traditionnels, curatif	43	28	90
CONSÉQUENCES :			
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. EH  SS, 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 Sabel : 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.