

Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni

par Tiéman DIARRA

Les représentations de la maladie en milieu traditionnel ont fait l'objet d'études fort instructives (par exemple : Collectif, 1986). L'enquête socio-économique et sanitaire que nous avons conduite en 1988 et 1989 dans le quartier de Bankoni nous a donné l'occasion de nous entretenir avec des malades et leurs parents, de façon très libre, sur les attitudes adoptées face à certains épisodes morbides survenus dans les familles, sur la façon dont ces épisodes avaient été vécus par les uns et les autres, sur les expériences d'hospitalisation, la manière dont elles ont été perçues par le patient et ses proches. En outre certains entretiens collectifs, organisés notamment avec les femmes et les notables du quartier, ont porté sur les problèmes de santé de Bankoni. A partir de cet ensemble d'entretiens, qui ont été enregistrés, transcrits et dont une petite partie a été publiée (Collectif, 1991), il est possible de tenter une approche des représentations qui, dans ce quartier, président au choix des thérapeutes et contribuent, de ce fait, à déterminer les itinéraires thérapeutiques.

Nous abordons les représentations au sens large sans pouvoir en épuiser tous les registres (cf. Collectif, 1986). En particulier, nous ne présentons aucune donnée sur les représentations de la maladie, bien que le classement de telle ou telle maladie dans certaine catégorie de l'étiologie populaire puisse déterminer le choix du recours et les caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique.

Nous n'ignorons pas que, pour beaucoup d'auteurs, et quasiment tous les praticiens de la santé publique, les itinéraires thérapeutiques seraient essentiellement — certains diront exclusivement — déterminés

par des facteurs « objectifs », plutôt que par les représentations. Certes, notre enquête a confirmé que l'accessibilité économique détermine dans certains cas d'abord le recours à l'automédication ou aux guérisseurs, la suite dépendant alors du succès ou de l'échec du premier recours (Diarra *et alii*, 1990). Cependant, ce n'est pas seulement une question de prix, parce que la médecine moderne ne coûte pas systématiquement plus cher que la médecine traditionnelle ; mais l'accessibilité économique a d'autres aspects que le prix : le tradithérapeute offre souvent des prestations à la carte, en fonction du statut du malade, de ses relations avec le malade ou sa famille, de la notion de gravité, liée aux représentations de la maladie. Mais un tradipraticien de Salembougou, qui ne demande pas plus de 2.000 F CFA pour des maladies comme les maux de ventre, prend entre 20.000 F CFA et 150.000 F CFA lorsqu'il s'agit de pathologies comme la stérilité ou la folie. D'une façon générale, les malades savent que les tradipraticiens demandent des honoraires beaucoup plus élevés lorsqu'ils jugent que l'état du patient est grave ; et ils l'acceptent. On peut donc élargir l'argument économique, et augmenter sa puissance explicative, en se bornant à classer les représentations parmi les déterminants des recours aux soins.

Au reste, certains observateurs reconnaissent que les représentations jouent un rôle subsidiaire. Ainsi, par exemple, Claude Raynaud présente les disparités économiques comme une source d'inégalité devant la maladie à Maradi (Raynaud, 1989), et tente de construire des indices de train de vie pour mesurer leur impact sur les choix thérapeutiques. Mais il constate que certaines représentations de la maladie permettent seules d'expliquer certains recours. Il évoque par exemple des pathologies telles que « la grossesse de plusieurs années », « le serpent du ventre », « la chaleur du ventre », qui ne correspondent à aucune symptomatologie médicale précise (Raynaud, 1989 : 490).

Pour nous, le rôle des représentations est beaucoup plus profond : elles ne servent pas seulement à expliquer quelques exceptions à une règle selon laquelle les recours seraient essentiellement déterminés par le pouvoir d'achat des malades ou de leurs familles, elles servent à expliquer tous les recours et tous les itinéraires thérapeutiques. D'ailleurs, Anne Luxereau a montré que, à Maradi même, « les idées que les gens se font de la santé, de la maladie, restent prévalentes et orientent leur choix, autant que la réputation dont jouissent les thérapeutes (médecins et infirmiers compris), et déterminent les itinéraires thérapeutiques » (Luxereau, 1989 : 330).

Les entretiens auxquels nous avons procédé nous ont montré que les malades ont très souvent, en matière de fréquentation des services de santé modernes, des attitudes qui ne s'expliquent que par les représentations qu'ils se font des connaissances médicales modernes et de la compétence des praticiens. En deuxième lieu, nous aborderons les

représentations que révèle l'enquête en ce qui concerne les actes de la médecine moderne, et les attentes thérapeutiques qui découlent de ces représentations. On fera une place, enfin, au fondement commun de beaucoup de ces représentations, et de quelques autres probablement : un fort préjugé de défiance à l'égard des congénères.

1. Représentations de la connaissance médicale et de la compétence professionnelle

Le recours aux soins est généralement favorisé par la facilité d'accès aux thérapeutes, que cette facilité soit appréciée en termes de distance, ou d'accessibilité financière, ou d'accessibilité culturelle, etc. De fait, à Bankoni, dans la très grande majorité des cas, le malade ou ses parents commencent par les formations sanitaires les plus proches : centre de santé de Korofina, dispensaire de Sikoroni, dispensaire de Diélibougou, centre de santé de Missira. Si l'hôpital est moins souvent fréquenté, c'est qu'il est plus éloigné, mais surtout qu'il est considéré (ici, comme ailleurs, cf. Gruénais, 1989) comme réservé aux cas graves, comme le lieu du désespoir : il arrive qu'après une intervention chirurgicale le malade demande à rentrer immédiatement chez lui, comme ce malade de Salembougou qui a absolument tenu à revenir aussitôt s'aliter chez lui, de crainte que ses parents ne soient pris de panique en entendant dire qu'il était retenu à l'hôpital.

Mais la proximité géographique d'une formation sanitaire ou bien du lieu d'exercice ou d'habitation d'un thérapeute ne suffit pas toujours à justifier les recours des malades. Ce qu'on vient de dire à propos de l'hôpital montre que les représentations que les malades se font de ce lieu, de cette institution, des prestations fournies par les thérapeutes qui y travaillent, peuvent être déterminantes. On découvre alors de nombreux itinéraires inattendus.

Ainsi, une malade a quitté l'hôpital de Sikasso, où elle n'avait pas trouvé satisfaction, pour venir à Bamako, au dispensaire du Secours Catholique Malien (SECAMA) dans le quartier de Diélibougou. Quels éléments interviennent dans sa décision ? Le premier est que, pour elle, Bamako est globalement le lieu d'une plus grande compétence médicale. A Bamako, le choix du dispensaire du SECAMA est motivé par d'autres raisons que la malade n'a pas cachées : elle a appris que ce centre est tenu par des « toubab », que le coût des soins est modique et que le personnel fournit des prestations de qualité. Ceux qui travaillent dans ce dispensaire sont, en effet, considérés comme des connaisseurs, et jouissent d'un considérable capital de confiance. Peu importe, aux yeux de la malade, le fait de passer d'un hôpital à un dispensaire. Les espoirs de guérison ne reposent pas sur le classement

administratif de la formation sanitaire, ni sur son niveau technique ou son équipement, mais seulement sur la représentation que la patiente en a et sur la réputation des agents qui y travaillent.

Le cas d'une autre malade, habitant Flabougou, obéit à cette même logique. Souffrant d'une maladie des yeux, elle est partie de Bamako pour aller à Nouna, dans un centre de santé tenu par des « pères blancs » au Burkina Faso. La distance importait peu pour elle, pourvu qu'elle fût guérie. Elle était persuadée que ce centre soignait mieux les maladies ophtalmiques, et elle attendait qu'on opère là-bas son œil. Mais, lorsqu'elle est arrivée, le spécialiste était absent, et on a donc conseillé à la malade de revenir au Mali pour s'adresser à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine (I.O.T.A.), installé à Bamako même. Elle en connaissait d'ailleurs l'existence avant d'aller au Burkina Faso, mais elle cherchait un lieu « sûr », et le centre de santé de Nouna répondait à son attente, notamment parce qu'il est tenu par des médecins compétents, des médecins blancs.

Les représentations relatives au thérapeute sont donc souvent déterminantes dans les décisions de recours. Le malade est d'abord convaincu ou non de la qualité des prestations du thérapeute, et par elle de sa compétence ; partant, il opte pour tel ou tel recours. Or, si l'insatisfaction à l'égard du personnel des services de santé est absolument générale (une seule personne, parmi soixante, a exprimé un sentiment contraire), et si elle est d'autant plus profonde qu'elle est exprimée par des gens dont l'attitude est d'ordinaire parfaitement soumise, elle a une autre caractéristique : elle révèle un préjugé commun, selon lequel non seulement les médecins africains « font du n'importe quoi », « s'en fichent », mais encore selon lequel ils ne parviennent pas à acquérir la maîtrise des connaissances de la médecine moderne qu'ils pratiquent. A Bamako, comme en dehors de Bamako (Tinta, 1991), on parle de ces praticiens qui « miment ».

Voici comment s'exprime une femme de Zéguénékorobougou, pour laquelle la médecine moderne est devenue moins efficace depuis qu'elle n'est plus, ici, aux mains des « toubab » : « les « toubab » connaissent les maladies et les remèdes. Ils étaient compétents. La médecine moderne est du domaine prévilégié des « toubab », nous autres, nous les imitons. « Le propriétaire d'une chose est différent de l'usufruitier » (*kotigi ni tigiba, të kelen ye*). Tel autre, aujourd'hui mendiant à Dianguénébougou, pense qu'il ne serait pas aveugle s'il avait été soigné par un « toubab » à l'IOTA. « J'étais prêt à payer à nouveau les 500 F CFA pour une nouvelle consultation, pourvu qu'elle soit faite par un "toubab". » Il y a là l'idée que le transfert de connaissances est impossible, ou que les deux systèmes de connaissances ne peuvent pas communiquer. Dans ce sens, citons encore les remarques incidentes d'un tradithérapeute du Plateau, qui prétend qu'il peut soigner tout ce que

la médecine moderne traite aujourd'hui. Quand on lui demande pourquoi, il répond : « Des agents de santé viennent me voir pour leurs problèmes. J'ai soigné la femme d'un médecin africain, je peux te dire son nom ». Et d'ajouter : « Aucun médecin toubab n'est venu me voir ». Mais il y a autre chose encore. En effet, à la fin de l'une des premières rencontres avec les notables, chez le chef de secteur de Plateau, l'un d'eux, s'adressant à un « toubab » responsable de l'étude a dit ceci : « Nous sommes rassurés, parce que nous savons qui vous êtes, vous autres. Il n'y a pas de surprise avec vous ». La discussion avait porté sur les problèmes de santé du quartier, et les participants savaient pourtant que le « toubab » n'était pas médecin. La confiance immédiate qu'inspire le médecin « toubab » est un cas particulier de la confiance dont tout technicien blanc est, d'office, investi.

Ainsi, les productions mentales des malades et de leur famille, telles que diffusées dans leur entourage, sont nourries de représentations sur les médecins noirs et les médecins blancs. La médecine moderne est considérée comme avant tout celle des Blancs : elle est la propriété des thérapeutes blancs, puisqu'elle appartient à leur patrimoine, d'où leur compétence en quelque sorte naturelle, et immuable ; l'attitude du malade est donc de faire confiance a priori, et ce jugement favorable n'a pas besoin de validation, puisque le médecin blanc est confirmé dans ses attributions par sa simple qualité d'héritier. Au contraire, cette médecine, loin d'être la propriété du thérapeute noir, repose chez lui sur une connaissance qu'il tente de s'approprier, qui n'est pas du domaine de son patrimoine, mais de celui de l'apprentissage ; la compétence qui en résulte demeure donc labile, et l'attitude initiale du malade sera le doute ou au moins la circonspection. Pour devenir positif, son jugement devra être validé à chaque étape, le médecin noir ayant à prouver ses capacités dans chacun de ses actes. Le schéma I récapitule ces éléments.

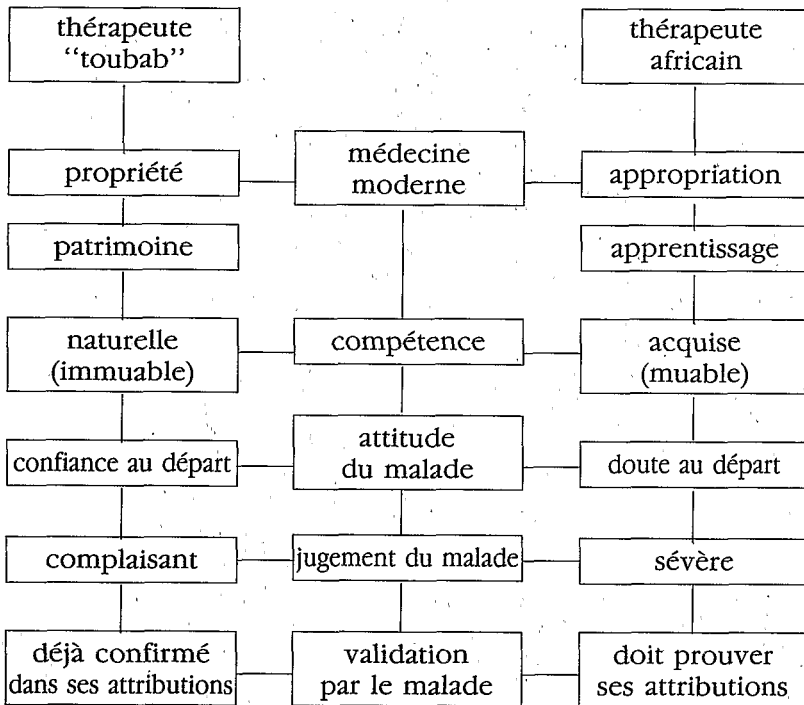
Que ces représentations et perceptions apparaissent fondées sur des stéréotypes et préjugés, qui en constituent le noyau, ne saurait surprendre. L'important est de mesurer jusqu'où va le rôle de ces préjugés.

Ainsi, le grade du praticien, grade qu'il est d'ailleurs difficile de discerner (le moindre manœuvre des services de santé se fait appeler docteur), n'est pas, sauf rares exceptions (celle que constituent les patients scolarisés, par exemple) un critère essentiel dans le jugement porté par le malade. Ce qui compte surtout, c'est l'histoire personnelle et l'identité du thérapeute. On comprend alors l'importance tout à fait considérable que prend le fait de connaître quelqu'un dans une formation sanitaire. Le choix de certains recours repose moins sur des critères de compétence que sur le fait que le malade a des rapports avec un ou des praticiens qui y travaillent. Une femme de Zéguénékro-bougou est partie accoucher à la maternité de Missira parce qu'elle

y connaissait au moins une personne ; une autre du même quartier conduit toujours ses enfants à la PMI de Korofina parce que son frère y travaille ; une femme de Bankoni Plateau a emmené son enfant, au ventre ballonné, à l'hôpital du Point G, parce que sa coépouse y travaille ; une femme de Flabougou a refusé de faire vacciner ses enfants à Korofina, et s'est rendue avec eux au centre de santé de Missira, où elle connaissait quelqu'un. D'ailleurs, un homme qui avait une fracture du genou, et qui est satisfait de son traitement à l'hôpital Gabriel-Touré, explique pourquoi : « j'ai été bien traité par le docteur A.T. ; il s'est bien occupé de moi ; mon épouse est infirmière, le personnel de l'hôpital a été gentil avec moi ».

Schéma 1

Représentations préalables à une consultation médicale



Au contraire, une dame dit qu'elle ne va plus à la maternité de Korofina parce que « lorsqu'on y est inconnu, on n'y a aucune considération ». Un notable de Bankoni précise qu'il faut être « bien vu » :

d'après lui, dans un certain hôpital de Bamako, les médecins et les infirmiers ne s'occupent pas de gens qui n'ont pas les moyens ; « mais s'ils voient quelqu'un de bien habillé, ils se disent qu'il est capable de quelque chose, ... de faire quelque chose, ... alors ils s'occupent de lui ; mais dans le cas contraire, on reste avec son malade sur les bras... ». Une femme de Laybougou, bien informée de l'existence d'un nouveau centre de santé dans le quartier, dit clairement : « je ne suis jamais allée à l'ASACOBAMA, parce que je n'y connais personne ».

A l'inverse, certaines relations de confiance peuvent se nouer dans des conditions d'extrême rapidité. Ainsi, une femme de Flabougou qui avait été hospitalisée pour des maux de tête persistants nous a raconté qu'elle a, un beau jour, quitté l'hôpital avec une « prescription orale » d'une vieille qui était au chevet d'un autre malade dans la même salle, et qui avait conseillé un traitement traditionnel du mal avec des feuilles de nénéphar.

Quelles que soient les relations de confiance antérieures au recours, le thérapeute africain doit, pour chaque nouveau cas et à chaque étape, convaincre en obtenant des résultats rapides et incontestables. Le malade n'a pas confiance dans le système des connaissances mises en œuvre par telle personne qualifiée, il n'accorde pas non plus une confiance aveugle à cette personne qui entreprend de le soigner. Le malade va juger le thérapeute au résultat qu'il obtiendra face à son propre cas. Les malades non satisfaits sont toujours prêts à abandonner tel praticien et à explorer d'autres recours. Le meilleur thérapeute n'est pas celui qui a des compétences théoriques reconnues, mais plutôt celui dont les performances, la pratique, comportent le plus de réussite aux yeux des malades et de tous ceux qui peuvent avoir recours à lui directement ou indirectement.

Lorsqu'une décision thérapeutique produit une frustration, le malade met en cause la compétence du praticien. On comprend alors que les malades ne fassent pas toujours recours aux structures censées détenir les meilleures compétences ou fournir les meilleures prestations. Une telle situation a été décrite par Elisabeth Dorier qui constate qu'à Brazzaville les patients ont davantage recours à l'infirmier du quartier, bien que les dispensaires publics offrent plus de garantie de succès et des prestations gratuites (Dorier, 1989 : 275). « Pour l'infirmier comme pour son patient, peu importe la phase diagnostique, et peu importe au malade le niveau de formation théorique du soignant : son rôle est de mettre aussitôt en œuvre un traitement des symptômes, et de bien accomplir les actes qu'on attend de lui : pansement, injection, perfusion » écrit-elle (*id.* : 276).

La compétence devient fonction de l'expérience, de la pratique et surtout des performances. Le jugement initial, la représentation sont fonction de l'identité, de l'itinéraire professionnel, des pratiques propres

au thérapeute. Satisfaction, frustrations, déceptions du malade font et défont l'identité professionnelle du thérapeute, la consolident ou la modifient, et déterminent la poursuite ou l'abandon de la thérapie. Les rapports entre malade et thérapeute constituent à chaque rencontre une histoire personnelle. Derrière chaque contact se profile une histoire ou une nouvelle se construit. Cela a une incidence sur la manière dont le malade perçoit le thérapeute, et même sur ses attentes qui peuvent être variées : prévenances à son égard, gratuité de soins et/ou de médicaments, qualité de la prestation. Le malade a toujours des attentes et même des attentes thérapeutiques.

2. Représentations des actes thérapeutiques

Le cas d'un malade de Salembougou est révélateur à cet égard. Souffrant d'un doigt, il a commencé par une longue phase d'automédication, en utilisant une pommade achetée à la pharmacie. Il est remarquable qu'il ne puisse pas dire le nom de ce produit ; il explique lui-même qu'il n'a pas cherché à retenir un nom, et que tout ce qui l'intéressait était l'efficacité. Faute d'effet de ce premier traitement, il a fini par aller à l'hôpital, où il a été amputé de son doigt. Ce malade se montre extrêmement déçu des soins reçus à l'hôpital : son objectif était de guérir et pour lui, amputer n'est pas soigner, c'est supprimer la partie malade. Il avait donc une attente thérapeutique assez précise, au moins par les actes qu'elle refuse. Il considère que le médecin n'a pas été à la hauteur de la tâche : il attribue l'issue de son hospitalisation au fait d'avoir été mis dans les mains d'un thérapeute africain, donc peu compétent. A l'en croire, un médecin européen « toubab » n'aurait pas agi de la sorte. Il affirme lui aussi : « Les Africains font du n'importe quoi. Ils s'en fichent ».

Plus généralement, chaque malade a son idée sur divers types de traitements : il apprécie ou valorise certains, qu'il considère efficaces ; il en craint d'autres. Ainsi, par exemple, le malade qui a été amputé du doigt après avoir tenté de se soigner pendant six mois par automédication a justifié ce délai en disant qu'il redoutait les injections, et qu'il savait qu'on en fait à tout malade hospitalisé. Il n'est pas le seul à avoir cette idée. Une tradipraticienne de Bankoni-Plateau nous a dit : « A l'hôpital, on te fait des piqûres, des piqûres, mais rien ». Pour d'autres, les injections sont responsables de paralysies, et causent donc la poliomyélite : hélas, il est bien vrai que les piqûres de Quinimax sur le nerf sciatique ont des conséquences dramatiques, et trop fréquentes. Une femme de Flabougou illustre cette perception : « Quand les enfants vont dans les centres de santé, je ne sais ce qui se passe. Je ne sais si ceux qui font les injections sont fautifs ou à quoi cela est dû.

Mais toujours est-il que les enfants en reviennent frappés de « polio ». Et cela devient une autre maladie dont il faut s'occuper. Il y avait moins de « polio » avant parce que les parents avaient peur d'aller dans les centres de santé. Nos mères connaissaient des plantes. Mais aujourd'hui, dès que quelqu'un a mal à la tête, on pense au centre de santé ; dès qu'il se fait égratigner par une brindille, on lui dit de se rendre au centre de santé. Les médecins, aussi compétents soient-ils, ne peuvent pas tout soigner. »

En revanche, d'autres enquêtés considèrent les injections comme la meilleure thérapie. Une jeune femme de Salembougou pense que les injections sont plus efficaces puisque le médicament pénètre directement dans le corps. Une telle attitude a été constatée par Elisabeth Dorier à Brazzaville, où se manifesterait un grand engouement des malades pour les injections : la sensation physique, la douleur ressentie au moment de l'administration du produit, sont perçues comme autant de gages de l'entrée en action du médicament (Dorier, 1989 : 276).

La femme de Salembougou qui préfère les injections a, par contre, peur des interventions chirurgicales. « Je n'aime pas les opérations, j'ai peur d'être endormie et d'avoir le corps ouvert ».

Les sujets ont donc des craintes sélectives, ou des préjugés favorables, par rapport à certains actes de la médecine moderne. Mais ils ont aussi des idées souvent très arrêtées sur le type de médecine qui soignera leur cas. Il ne s'agit évidemment pas seulement des tradipraticiens qui font preuve d'une totale confiance dans leurs dons, et l'imposent notamment à leurs enfants. Il s'agit de cas nombreux et variés dans lesquels les malades déclarent qu'ils ont choisi la médecine moderne parce qu'ils considèrent qu'elle est seule efficace pour traiter le mal dont ils souffrent. Tel un homme de Zéguénékorobougou, qui, pour soigner une hémorragie dont sa femme souffrait, n'a utilisé que les services de la médecine moderne parce que selon lui celle-ci était plus efficace dans un tel cas. Tel un malade de Flabougou, souffrant d'un mal de ventre consécutif à une douleur « qui se promenait dans son corps sous la forme d'une boule », et qui se dit certain que seule la médecine moderne est capable de le soigner ; qu'il s'agit d'extraire le mal qui est matérialisé par la boule (un kyste), et qui, ne provenant pas d'un sort jeté par autrui, ne relève pas d'une cure traditionnelle. Telle une jeune femme de Salembougou qui conseille le recours exclusif à la chirurgie pour les maux de ventre dont souffre sa « copine », à la suite d'un avortement provoqué. Telle cette vieille femme de Salembougou, souffrant de douleurs à la poitrine et dans les côtes, allant consulter à l'hôpital, pour se voir délivrer une ordonnance comportant sept médicaments et coûtant vingt-sept mille francs CFA : comme son fils n'a pas cet argent, elle décide d'attendre sans avoir recours à aucune autre médication ou consultation.

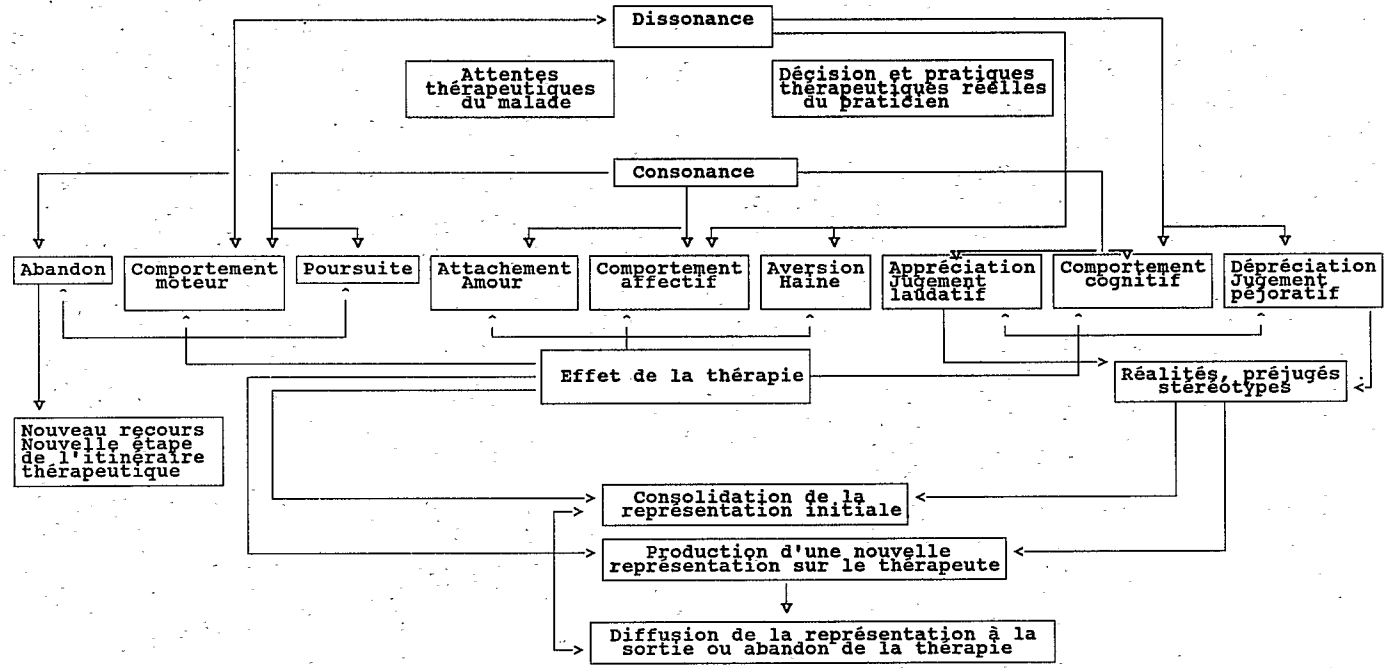


Schéma 2
Représentations, comportements et itinéraires thérapeutiques

D'autres exemples sont plus frappants encore, parce qu'ils traduisent des ruptures par rapport à la tradition. Ainsi, pour une longue maladie psychosomatique de son fils, un couple de Bankoni-Plateau s'en est tenu à la médecine moderne : la mère avait proposé de consulter un tradithérapeute, mais le fils lui-même, âgé d'une trentaine d'années, n'en a pas voulu et a refusé tout médicament traditionnel (Collectif, 1991), alors même qu'il attribue sa maladie à la rupture d'un interdit alimentaire naguère imposé par un devin pour la réussite de ses entreprises. A Dianguénébougou, on a relevé un autre exemple de disparité entre l'étiologie supposée et le genre de recours envisagé : une femme, persuadée que la maladie dont elle souffre depuis une dizaine d'années résulte d'un mauvais sort qu'on lui a jeté, exprime son diagnostic en termes de *dabalibana* (maladie due à un « travail » d'autrui) ; mais elle répugne cependant à tout traitement traditionnel parce que, chrétienne, elle estime ne pouvoir guérir que grâce à sa foi, avec l'aide de la mission catholique (par l'intermédiaire du Secours Catholique malien).

Rares sont cependant les décisions fermes et définitives du genre de celles que nous venons d'illustrer. D'une façon générale, les malades, tout en ayant leurs attentes et leurs craintes, seront influencés par tout écart entre la représentation et la pratique. Toute dissonance, évidemment inévitable, entre les attentes et craintes du patient, et les décisions et pratiques thérapeutiques réelles du praticien sera un événement générateur de comportements moteurs, affectifs ou cognitifs chez le patient. Ce dernier peut abandonner la médication ou le traitement proposés, et fuir le lieu de l'événement ; ou bien s'attacher au thérapeute ; ou ressentir une aversion manifeste ou voilée pour lui ; et, de toutes façons, cristalliser des pensées, opinions et jugements sur sa personne. Comme on le sait, les comportements cognitifs sont nourris des comportements affectifs, et l'ensemble peut entraîner des comportements moteurs.

L'itinéraire effectif du malade est donc tributaire des événements thérapeutiques. La compétence du praticien est appréciée à travers la consonance entre les attentes thérapeutiques du malade et les décisions et pratiques thérapeutiques réelles du praticien. La relation malade-thérapeute est d'une grande importance et peut être affectée dès le départ par la représentation que le premier a du second. Ensuite, elle peut se consolider ou se modifier en fonction de la dissonance ou de la consonance entre attentes et décisions thérapeutiques. Enfin l'effet de la thérapie peut aussi modifier les comportements découlant de cette dissonance ou consonance : méfiance, doute, confiance.

Tout se passe comme si le malade avait lui-même une connaissance de la thérapie qui convient à son cas. Tout acte thérapeutique a

une acceptabilité vécue et intériorisée par le malade, en fonction de son histoire personnelle faite aussi de fantasmes, de souhaits, de craintes, de peurs, comme cela apparaît dans le cas de la malade qui est allée à Nouna et du jeune qui a été amputé du doigt.

3. D'une médecine à l'autre : coexistence pacifique ou « allélophagie » ?

Les entretiens font état de très peu de recours exclusifs à une médecine donnée. Cependant, nous relevons quelques cas de recours exclusif à la médecine moderne : pour une hémorragie, de la part d'une femme de Zéguénékorobougou ; pour traiter un kyste, de la part d'un homme de Flabougou ; pour soigner un « mal de poitrine », dont souffrait une femme âgée de Salembougou ; pour venir à bout, par la chirurgie, des « maux de ventre » dont souffre son amie, de la part d'une autre femme de Salembougou ; pour soigner une angine, de la part d'une fille du même quartier. Un cas inattendu se présente aussi dans cette liste : celui de la femme de Dianguénébougou qui, catholique, a eu recours à la médecine moderne, et à elle seule, pour se délivrer d'un « mauvais sort ». Peut-être faut-il remarquer que plusieurs de ces cas présentent des symptômes bruyants ou inquiétants ; mais le nombre des observations n'est suffisant, ni pour trancher sur ce point, ni pour savoir si la concentration de plusieurs cas dans le seul quartier de Salembougou signifie quelque chose.

Les recours exclusifs à la tradithérapie sont également rares, peut-être même rarissimes, si l'on excepte le cas, particulier à cet égard, des tradipraticiens eux-mêmes. A vrai dire, il n'y en a qu'un dans nos observations : une femme de Zéguénékorobougou a traité ses douleurs abdominales par la médecine traditionnelle. En revanche, certains des tradipraticiens enquêtés ont affirmé n'avoir jamais eu recours aux soins modernes, et deux d'entre eux n'auraient pas fait vacciner leurs enfants. Il en est un pour préciser fièrement que ses médicaments sont les plus efficaces, puisqu'ils assurent aussi une protection contre le mauvais sort. Bien entendu, ces attitudes et déclarations participent d'une stratégie médiatique visant la clientèle, à laquelle il est bon de faire croire que la science de la tradition est suffisante et complète ; pourtant, ces convictions ne s'accompagnent d'aucune hostilité à l'égard de la biomédecine, comme le montrent plusieurs déclarations (une herboriste et une tradipraticienne de Laybougou, une tradipraticienne de Flabougou, un tradithérapeute de Salembougou). Remarquons simplement qu'aucun exclusivisme symétrique ne s'exprime ni n'apparaît du côté des agents de la santé moderne.

Mais de tels exemples sont quasi insignifiants devant la multitude de cas de recours multiples : plus de cinquante cas de ce genre dans les entretiens. Ainsi, dans la plupart des cas, l'itinéraire thérapeutique est pluriel et l'on comprend d'ailleurs parfaitement que, si une pathologie persiste, la représentation que le malade en a peut changer. Ainsi certains ont commencé par la tradithérapie pour finir par la biomédecine, d'autres les alternent ou font même des recours simultanés au deux médecines. Nous avons rencontré plusieurs cas de recours à la médecine moderne puis à la tradithérapie : une femme pour le traitement de l'ictère dont souffre son enfant, un homme de Dianguénébougou pour l'onchocercose et l'éléphantiasis qui l'affectent, un autre de Bankoni-Plateau pour des maux de ventre et de poitrine, etc. Plusieurs autres études ont décrit des itinéraires thérapeutiques complexes où interviennent les deux médecines (Jeannée, Salem, 1989 : 205 ; Coppo, Keita, 1990 : 25 ; Werner, 1989 : 352).

Ainsi, après avoir reconnu que les recours sont choisis, dans bien des cas, en fonction des représentations que les malades ou leurs familles se font soit de l'origine de la maladie (étiologie), soit des capacités curatives des médecines ou des praticiens qui leur sont accessibles, il paraît judicieux de convenir que l'étiologie perçue peut évoluer. Nous ne nous référons pas, ici, à la distinction entre cause constante et cause variable dont parle Sylvie Fainzang à propos des étiologies chez les Bisa du Burkina Faso (Fainzang, 1986), bien que les faits qu'elle évoque puissent jouer aussi sur l'itinéraire thérapeutique : nous envisageons simplement que la représentation puisse se modifier au cours de l'expérience de la maladie et du traitement.

Ici, nous n'avons pas réuni beaucoup d'éléments sur les étiologies ou la nosologie, ce dont nous occuperons dans une étude ultérieure. Certains cas rencontrés incitent à la réflexion. Par exemple un malade de Salembougou a évoqué deux représentations concomitantes de sa maladie : hypertension et *kortè* (un sort jeté). Il a fait recours à la médecine moderne pour pallier le désordre biologique causé par l'hypertension (considérée comme émanant de *banakisè* une " graine de maladie "). Mais, pour lui, ce recours était incapable de neutraliser l'événement de ce désordre, ce qui explique la dualité de son itinéraire thérapeutique. A juste titre, Marc Augé a considéré la maladie comme une forme élémentaire de l'événement (Augé, 1983) ; elle donne l'occasion au malade, à ses parents, à ses relations, de mettre en œuvre des savoirs. Cet événement impliquant d'autres personnes que le malade lui-même, on passe du désordre biologique au désordre social (Augé, 1983 : 76 ; Bonnet, 1988 : 79). C'est pourquoi Andras Zempléni a parlé d'usages sociaux de la maladie à travers les expériences pathologiques des individus (Zempléni, 1986 : 19), et a considéré le diagnostic comme une démarche judiciaire inversée (*id.* : 18).

Conclusion

Nous avons cherché à comprendre comment les représentations sur le thérapeute et la thérapie pouvaient orienter les choix thérapeutiques. En tout état de cause, l'itinéraire thérapeutique est pluriel et dynamique. Nous pourrions faire l'hypothèse de l'existence d'une mémoire de l'itinéraire thérapeutique chez les malades — comme il y a, selon Philippe Boucquier, (1991 : 2), une mémoire de l'itinéraire professionnel chez les jeunes migrants de Dakar — et nous interroger sur la profondeur de cette mémoire, la permanence ou la disparition de certains de ses éléments.

Thérapie de l'intérieur, la biomédecine a recours aux analyses chimiques pour le diagnostic et procède par la chirurgie, les injections, l'ingestion de médicaments, tandis que la tradithérapie, opérant de l'extérieur, procède plutôt par onction, massage, incantations sur les parties malades, et fonde son diagnostic, entre autres moyens, sur la divination et sur l'écoute des *jinèw*. Dans le premier cas la thérapie est individuelle, dans le second cas elle est surtout systémique, dans la mesure où des recours intermédiaires sont proposés (offrandes, sacrifices) impliquant d'autres protagonistes que le malade et le thérapeute.

Les itinéraires sont tributaires des représentations se rapportant à chaque maladie. Ils peuvent aussi être modifiés par la dissonance ou la consonance entre attentes thérapeutiques du malade et décisions et pratiques du thérapeute. En passant facilement de l'usage du sérum à celui de la feuille de nénuphar, le malade ne voit ni opposition ni compétition entre deux médecines. Il veut tout simplement tirer le maximum de bénéfice de leur existence. Pour lui l'essentiel, bien souvent, c'est d'être guéri. Mais on peut se demander dans quelle mesure sa mémoire de l'événement, tout au long de son itinéraire thérapeutique, ne valorise pas un type de recours plutôt qu'un autre. Nos données actuelles ne nous permettent pas de répondre à cette question.

RÉFÉRENCES

- AUGÉ M. (1983) : « Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement », *Le sens du mal*, Ed. des archives contemporaines, Paris, 1983, p. 35-91.
- BONNET D. (1988) : *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, ORSTOM, Paris, 1988, 138 p.
- BOUCQUIER Ph. (1991) : *L'insertion professionnelle des jeunes à Dakar*, Communication au Séminaire IFAN-ORSTOM sur Processus d'insertion urbaine et itinéraires résidentiels, professionnels et familiaux, Sally Portudal (Sénégal), mai 1991.

- COLLECTIF (1986) : « Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI^e Année, Tome LXXXI, 216 p., Paris, 1986.
- COLLECTIF (1991) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*. Volume 2 : *Ce qu'en disent les gens du quartier*, INRSP, Bamako, février 1991, 64 p.
- COPPO P., KEITA A. (1990) : *Médecine traditionnelle, acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Edizioni e, Trieste, 1990, 320 p.
- DIARRA T., DIAKITÉ B., TRAORÉ S., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*. Volume 1 : *Etude socio-économique et sanitaire*, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.
- DORIER, E. (1989) : « Le service public et son double à Brazzaville », in : *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 271-279.
- FAINZANG S. (1986) : « Le temps des causes. Une réflexion sur la pensée étiologique des Bisa du Burkina Faso », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI^e Année, Tome LXXXI, Paris, 1986, p. 187-196.
- GRUÉNAIS M.E. (1989) : « Situations de maladie à Brazzaville, causes urbaines du désordre social », *Urbanisation et santé dans le tiers monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 313-317.
- JEANNÉE E., SALEM G. (1989) : « Situations particulières des zones urbaines », in Rougemont A., BRUNET-JAILLY J. : *Planifier, gérer évaluer la santé en pays tropicaux*, Ed. Doin, Paris, 1989, p. 193-218.
- LUXEREAU A. (1989) : « Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger) », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 319-331.
- RAYNAUT C. (1989) : « Disparités socio-économiques et santé à Maradi », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 477-505.
- TINTA S. (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara au Mali, volume 2 : Acceptabilité et participation*, INRSP, Bamako, mai 1991, 63 p.
- WERNER J.F. (1989) : « Du symptôme au système, une exploration anthropologique des diarrhées du jeune à Pikine », *Urbanisation et santé dans le tiers monde, transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Colloques et Séminaires, Editions de l'ORSTOM, Paris, 1989, p. 347-353.
- ZEMPLÉNI A. (1986) : « La "maladie" et ses "causes" », *L'ethnographie*, numéro spécial 96-97, 1985, 2-3, Société d'Ethnographie, CXVI^e Année, Tome LXXXI, Paris, 1986, p. 13-44.