

Les services de santé du cercle de Bandiagara

par Sidiki TINTA

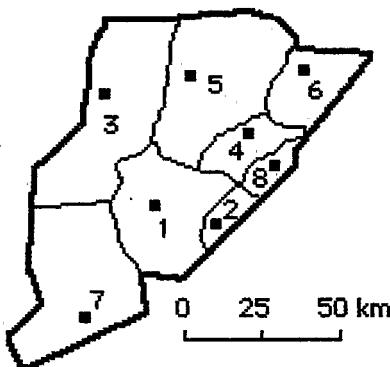
Le difficile contexte national et international pour les pays d'Afrique au sud du Sahara (poids de la dette, ajustement structurel, sous-développement économique et social...) est au premier plan des obstacles actuels pour faire fonctionner des services de santé censément accessibles aux populations : témoin, au cours de la dernière décennie, une fréquentation non seulement faible, mais encore décroissante. Nous avons essayé de préciser les causes de ce phénomène en observant le cas du cercle de Bandiagara, au Mali (voir carte p. 250). Ce cercle, d'une superficie de 7 500 km² compte environ 183 000 habitants, dont 95 % de Dogon. L'agriculture constitue la base de l'économie et occupe 93 % de la population. Il s'agit essentiellement de la culture du petit mil, bien que, depuis 1970, le maraîchage se développe autour de petits barrages construits avec l'aide de diverses organisations non gouvernementales (ONG). La sécheresse persistante a rendu plus que jamais capital le problème de l'eau, et entraîné un exode rural de plus en plus massif. L'infrastructure routière est très mal développée. Le plateau est rocaillieux avec une altitude moyenne de 300 à 600 mètres (Anonyme, 1985).

C'est dans le cadre d'une étude entreprise, en 1989, à la demande et grâce à un financement de la GTZ (agence allemande de coopération apportant son appui aux soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara) que nous avons rassemblé les données nous permettant une réflexion sur le thème de la fréquentation des centres de santé du cercle de Bandiagara.

Les responsables du programme de soins de santé primaires se sont en effet inquiétés de la faible fréquentation des services de santé moderne et se sont interrogés sur ses causes. Afin d'orienter leur

Les arrondissements du cercle de Bandiagara

- 1= Bandiagara
- 2= Dourou
- 3= Goundaka
- 4= Kani-Gogouna
- 5= Kendié
- 6= Ningari
- 7= Ouo
- 8= Sangha



programme, ils ont souhaité avoir de plus amples informations sur le fonctionnement de ces services, mais aussi sur les conduites habituelles de la population dogon en matière de santé. Il faut souligner ici que, malgré l'abondance de la littérature sur la civilisation dogon, bien des points restent encore à élucider sur les représentations et comportements des Dogon en matière de santé.

De nos investigations il ressort que deux catégories essentielles de motifs sont à la base d'une faible fréquentation des formations sanitaires. Les premiers, bien connus, concernent le manque de moyens engendrant une mauvaise qualité des prestations fournies dans les services de santé, et nous n'y reviendrons qu'à la fin de ce chapitre. Car nous estimons plus importantes les raisons d'ordre culturel, qui tiennent à ce que la médecine moderne n'intervient pas sur un terrain vierge, mais s'est installée dans un milieu qui avait ses propres pratiques en matière de santé. Dans cette cohabitation, il semble qu'il y ait de grandes difficultés réciproques d'adaptation, qui se manifestent de multiples façons : à travers le processus de prise de décision en matière de santé, dans les représentations autochtones de la maladie, dans les conduites habituelles en cas de maladie, et dans les formes de la concurrence entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Ces divers aspects de la situation méritent un examen attentif.

La prise de décision en matière de santé

Dans la communauté dogon, c'est en famille que sont affrontés les problèmes de la santé individuelle et collective. Il existe un réseau

de responsabilité, fondé sur les liens de parenté, et cette solidarité se manifeste à l'occasion de certains événements comme, par exemple, la prise en charge d'un malade.

La prise de décision incombe le plus souvent au chef du lignage, *ginna bagna* (1), ou au chef de famille, *ginè bagna* ! (2). Mais d'autres facteurs tels que le statut social du malade (position de parenté et d'âge), sa capacité d'assumer directement les dépenses, de mobiliser ses propres ressources ou celles d'autrui, la nature du mal, etc., peuvent intervenir dans la désignation sociale du décideur. La décision peut aussi être collective, par exemple dans le cadre d'un conseil de famille » (3). Ce dernier intervient en particulier dans les cas d'impuissance sexuelle, de sortie inopinée de la « maison des femmes menstruées » (4), de « maladie incurable » (5), ou en cas de maladie d'un vieillard.

Ainsi, le statut social du (de la) malade et les rapports de domination/dépendance qui s'y rattachent prédéterminent la désignation du « décideur » (Tinta, Pairault, 1990 : 17-19) et l'importance des ressources à mobiliser. Par exemple, l'enfant qui n'a pas atteint quatre ou cinq ans n'est pas considéré comme une "personne" (6), et l'assistance familiale dont il bénéficiera en cas de maladie sera moins importante que celle qui sera régulièrement accordée à un vieillard de 80 ans. Ne dit-on pas, d'ailleurs, lorsqu'un enfant meurt en bas âge, « Si l'eau est versée mais que reste la jarre, Dieu merci ! », pour signifier que la mort de l'enfant importe moins que la vie des parents, car s'ils restent en vie, ils auront d'autres enfants ? De même, la décision de recours concernant l'enfant, jusqu'à l'âge du mariage, appartient d'abord à sa mère, qui doit tout de même prendre conseil auprès de certaines personnes (mère, ou sœur aînée du mari...). Le père n'interviendra qu'en cas de recours externe entraînant des dépenses importantes. Au contraire, dans le cas d'un aîné social, la décision de recours est généralement prise soit par le chef de famille soit par le chef de lignage, ou même par le conseil de famille. Les ressources mobilisées sont celles du malade et/ou de la famille, *ginè*, ou du lignage, *ginna*. Ainsi, plus on s'élève dans

(1) Contraction de *ginè na bagna*, de *ginè*, maison, famille, *na* = grand, mère, originel, *bagna* = maître ; la formule désigne donc le responsable de la grande famille lignagère. Sur les graphies dogon ici utilisées, voir la note (18).

(2) C'est le chef d'un groupe domestique indivis (cf. Tinta, Pairault, 1990).

(3) *ba-ulum moondu*, de *ba-ulum* = pluriel de *ba-i* = enfant du père ; le syntagme désigne principalement les hommes ayant une ascendance paternelle commune ; et *moondu* = assemblée.

(4) *ya punun ginè*, de *ya-punum* = femmes en règles + *ginè* = maison ; cette sortie a lieu en cas de règles si douloureuses qu'on redoute une issue fatale.

(5) *jun bajugu bémoo lè*, de *jun* = mal, maladie + *bajugu* = guérir + *bémoo* = pouvoir + *lè* = négation (exemples : la lèpre ; l'épilepsie).

(6) Cet âge est celui auquel l'enfant considéré acquiert son *giru-giru* ; le *giru-giru* est l'enfant qui suit son aîné immédiat à deux ou trois ans d'intervalle.

l'échelle des statuts, plus la structure sociale et les ressources mobilisées sont importantes, et inversement, le niveau de cette mobilisation diminue d'autant plus que le malade est plus jeune.

L'explication de ce phénomène est simple. Normalement, la prise en charge d'un enfant malade incombe d'abord à ses ascendants directs, père et mère, puisqu'on suppose que ce malade n'a encore ni ressources propres ni descendants susceptibles de lui venir en aide. Eventuellement, si ses ascendants directs n'ont pas de moyens, et si dans sa parenté certains ont les moyens d'intervenir mais refusent de le faire, on peut user de la force de pression que sont les neveux utérins (enfants des sœurs et cousines) : ces derniers peuvent obliger le chef de lignage à prendre en charge, dans la mesure de ses moyens, l'enfant malade. Eventuellement, les neveux utérins (qui peuvent être les petits neveux du chef) pourraient menacer ce dernier, s'il ne s'exécutait pas, de casser la jarre des ancêtres. Comme il en est le gardien, il mourra si on la casse, et par conséquent il préférera s'exécuter.

Mais ce chef de lignage est lui-même, dans la société traditionnelle, responsable des biens et personnes de toute la communauté. S'il vient à tomber malade, il peut dans certaines conditions faire usage de tous les biens sous sa garde, et tous ses descendants sont moralement tenus de lui apporter leur concours, au risque de subir une lourde réprobation sociale dans le cas contraire. Certes, sous l'effet de l'islam et du christianisme, la grande famille s'effrite au profit de la famille nucléaire. Même dans ce contexte, cependant, les relations parentales se réactivent à l'occasion de la solidarité qui se manifeste pour la prise en charge d'une vieille personne malade. Et cette solidarité peut aussi jouer en défaveur du malade, lorsqu'il est l'auteur d'une faute grave mettant en danger la vie de la société : ainsi, à Dourou, un homme qui devint fou après avoir détruit la « maison des femmes menstruées », dont l'inviolabilité est sacrée, mourut sans aucune assistance familiale.

A cela, il faut cependant ajouter que, chez les Dogon comme dans beaucoup d'autres sociétés, le statut social de « malade » n'est reconnu que par référence aux valeurs qui, dans ladite société, définissent le normal et le pathologique, en l'occurrence les représentations de la maladie.

Des représentations de la maladie

Dans la pensée populaire dogon, la maladie est un « étranger » (7) qui trouble la quiétude des hommes. Généralement, la maladie est interprétée comme le signe d'un désordre social : elle serait la négation de

(7) *jun ozu galanèi*, de *jun* = mal, maladie + *ozu* = route + *galanèi* = passant.

l'état de paix ou « paix-santé » (selon l'expression de J. Bouju, *in* Tinta, Pairault, 1990) dans un système circulaire qu'on peut se représenter comme suit :

... la paix-santé (*jam*) > engendre la force (*pagna, sèmbè*) > génératrice de l'ordre des choses de la vie et du monde (*alapè*) et de pureté (*puroolu, légèli*) > entretenant la paix-santé (*jam*)...

Inversement :

... l'impureté, la souillure (*yama*) > engendre le désordre (*alapè kooroo*) > générateur de faiblesse (*pagna/sèmbè kooroo*) > créant l'état de douleur (*jun*) > détruisant la paix-santé...

Le rétablissement de la paix rompue résulte de l'intervention du « tradipraticien » (8), chargé de diagnostiquer (lorsqu'il est devin) et/ou de traiter (lorsqu'il est devin-guérisseur ou seulement guérisseur) la maladie, de prévenir tout autre malheur ou de favoriser le bonheur de son client. Il doit rétablir la paix-santé, en traitant le mal qui l'avait chassée. Alors, la nature sociale de la maladie justifie qu'on y apporte une cure sociale. L'exemple de l'interdit du python le montre bien.

Le python (*na*) est le « grand interdit » (*dama gara*) du clan Karambé : ce serpent fut, semble-t-il, un allié de l'ancêtre Karambé, et pour cette raison, aucun membre du clan ne doit faire de mal à un python ; au contraire, il doit lui offrir un sacrifice chaque fois qu'il en rencontre un. En contrepartie, le python ne mord pas un membre du clan. Si cela se produit, alors le mal sera beaucoup plus profond qu'une simple morsure, et il signifiera que la victime ou l'un de ses descendants aura violé l'interdit et se sera donc rendu « impur ». Cette notion d'impureté, de souillure, est culturelle : elle signifie que celui par la faute duquel le désordre social est arrivé paye sa culpabilité de la perte de sa qualité d'« homme » auprès de ses concitoyens ; et il ne la retrouvera que lorsque la faute à l'origine de la « souillure » aura été réparée. Il s'agit d'une souillure lourde de conséquences, car elle est contagieuse : si l'auteur ne répare pas, ses descendants, dans certains cas, et tout le lignage dans d'autres, pourraient être porteurs de l'« impureté ».

On peut appliquer ici la théorie de la « pluralité causale » exposée par A. Zempléni (1986 : 15 sq.), qui distingue cause, agent et origine de la maladie. Dans l'exemple du boa, la cause est la morsure du serpent, l'agent est le serpent lui-même, mais l'origine est la transgression de l'interdit du boa. Dans ces conditions, il faut non seulement traiter la blessure, mais surtout réparer, par des rites appropriés, la faute qui l'a provoquée. Par suite, le rôle du spécialiste traditionnel sera d'assurer à la fois le traitement symptomatique (par exemple soigner la plaie

(8) Selon les cas, on parle communément de « guérisseurs » (hommes ou femmes), de « prêtres d'autel ancestral », de « marabouts », de « matrones », ou d'« accoucheuses », etc. (Tinta, Pairault, 1990 : 7).

laissée par la morsure du serpent) et le traitement étiologique (faire disparaître la cause de la morsure). Ce dernier est le plus important, il pré-sage des moyens et du résultat de la lutte contre la maladie, car « les thérapies que l'on trouve dans toute société découlent généralement des principales croyances en matière de causalité qui sont à l'origine du traitement » (Foster, 1983).

Il faut souligner que la théorie de A. Zempléni s'applique d'abord aux maladies dues à la transgression d'un interdit (notre exemple) et, dans certains cas, aux maladies dues aux sorciers et aux génies. Mais, alors, l'origine de la maladie peut être une simple contingence (rencontre avec un vent chargé de mauvais génies) ou bien une faute de la victime (qui par exemple sera entrée délibérément dans un lieu « hanté »). Toutefois, même dans le cadre des maladies de transgression où la théorie s'applique systématiquement, la sanction est tempérée suivant que la faute est intentionnelle ou découle d'une simple inattention.

L'étiologie dogon renvoie principalement à quatre catégories « causales » (cf. Zempléni, 1986 : 27-28) : Dieu (*Amba*), le sorcier (*dauru* ou *dugo*), la transgression d'un interdit ancestral et les génies. Ces catégories se combinent avec un classement en causes chaudes et causes froides ; et selon que la cause est « chaude » ou « froide », la maladie est dite « chaude » (*oogu*) ou « froide » (*kelu*). Le consensus local développe cette dichotomie de la façon suivante :

cause chaude > maladie chaude = maladie mâle > décours rapide ;
cause froide > maladie froide = maladie femelle > décours lent.

Chaque maladie a une forme « chaude » et une forme « froide ». S'il est sûr que cette forme n'a pas un impact direct sur le type de recours (moderne ou traditionnel), elle influe sur la rapidité du recours, puisque la consultation de spécialistes (traditionnels ou/et modernes) est beaucoup plus prompte dans le cas d'une maladie « chaude » que dans celui d'une maladie « froide ».

Les spécialistes tiennent grand compte de cette distinction dans leur diagnostic, puisqu'elle est fondamentale pour le traitement : la maladie « chaude » appelle un traitement « chaud » qui en viendra rapidement à bout, alors que pour la maladie « froide », qui s'installe lentement, le traitement « chaud » paraît inefficace, puisque la maladie durera avant d'être vaincue. Il faut donc un traitement adapté au rythme de la maladie.

La forte proportion de recours à l'automédication peut s'expliquer en partie par l'idée répandue que la maladie est honteuse, ou source de honte, mais aussi par la façon brutale dont les spécialistes traditionnels ont été traités (nous reviendrons sur ce dernier point).

La maladie est honteuse justement parce qu'elle peut être causée par la transgression d'un interdit. Dès lors qu'on se décide à consulter

un devin, on sait que la faute commise sera connue de tous, ne serait-ce que par les procédures de purification qu'implique la thérapie. La maladie est source de honte, aussi, dans la mesure où le diagnostic du devin risque de l'avérer contagieuse : ceci peut conduire, dans le plus bénin des cas, à des mesures d'évitement à l'égard du malade (et de sa famille), et au pire à son exclusion du village.

Pour cette raison, les Dogon tardent à se déclarer malades ; ils préfèrent prévenir. La prévention est assurée principalement par l'« évitement des interdits » (9) et le respect des « pratiques ancestrales » (10). En respectant ces règles de prévention, on se protège de la « souillure » (*yama*), ce qui permet d'augmenter sa propre force et aide à ne pas tomber malade. Ainsi, comme la maladie exprime généralement le viol d'un interdit, le respect des traditions est en soi une garantie contre la maladie, laquelle n'est pas seulement un dysfonctionnement physique, mais le signe d'un désordre social.

Des interprétations aux conduites en cas de maladie

En cas de maladie, l'itinéraire normal commence par l'automédication et se poursuit, si la situation ne s'est pas améliorée, par la consultation de spécialistes traditionnels ou/et d'agents de la santé moderne. Les taux de recours à l'automédication, aux spécialistes traditionnels et aux services modernes de santé ont été estimés respectivement à 50,7 %, 16,1 % et 19,4 % (Coppo, Keita, 1990 : 20,31,32).

Le substrat des traditions ancestrales continue de fonder, à Bandiagara, les pratiques concernant la santé humaine. Le Dogon de Bandiagara est un rural sédentaire, fréquentant peu les services de santé modernes. Il reste confiant dans la médecine traditionnelle, dont les fondements socio-culturels reposent sur une expérience ancestrale. La « médecine du Dogon » s'est longtemps suffi à elle-même pour tenter de protéger, maintenir et améliorer la qualité de la vie de ce peuple. Elle est pratiquée par des spécialistes, que leur communauté estime compétents. Dans cette communauté, n'est pas tradipraticien qui veut, comme le signale clairement la distinction entre le « guérisseur » (*jognungnoognoonè*) et « celui qui mime » ou *dabu kananè* (11) : le premier

(9) *dama ta*, de *dama* = interdit + *ta* = éviter, dans le sens de respecter ce qu'il faut faire ou ne pas faire.

(10) *oze yege*, de *oze* = ensemble des pratiques, coutumes + *yege* = arranger, organiser.

(11) La distinction porte sur le mode d'acquisition du savoir : le guérisseur acquiert son savoir par héritage ou révélation (assimilée à un don de Dieu). Celui qui mime "fait semblant" ; il est généralement considéré comme un simple marchand ambulant : tout juste lui achète-t-on quelques plantes médicinales connues du milieu.

bénéficie d'un don conféré par Dieu, ou d'un héritage légué par ses ancêtres, alors que l'autre n'est qu'un intrus dans un domaine qui n'est pas habituellement le sien dans la société.

La situation du second est semblable à celle que décrit G.M. Foster dans un autre contexte : celui des « phytothérapeutes et autres thérapeutes tels que les *curanderos* de la pathologie humorale latino-américaine », dont les connaissances des propriétés des plantes et les compétences en matière de traitement sont acquises généralement auprès de tradipraticiens plus âgés ; leurs soins sont cependant considérés comme strictement limités par le fait que « l'élément surnaturel ou magique n'appartient pas à leur répertoire, ce qui est significatif du point de vue de ce que le malade attend du thérapeute » (Foster, 1983 : 20). Considéré comme bénéficiaire d'un don conféré par les ancêtres ou par Dieu pour le bien de la communauté, le guérisseur et son patient se trouvent dans une communion de croyances partagées. C'est pourquoi, par exemple, les incantations proférées par le tradipraticien, ou les gestes qu'il accomplit, sont admis par les consultants comme ceux-là même d'une autorité connue pour jouer le rôle d'intermédiaire entre les forces du mal et les puissances surnaturelles. Pour certains (Koumaré, 1983), d'ailleurs, il faut parler de « puissance du verbe » plutôt que d'« incantation », ce dernier terme étant jugé péjoratif, alors que la première serait une des particularités de la médecine traditionnelle africaine.

L'« efficacité » (12) thérapeutique est ici avant tout d'origine symbolique, puisque l'attente du malade va au-delà du traitement symptomatique. Quand il consulte, c'est pour rétablir un certain équilibre social rompu à travers sa personne. Pour ce faire, il faut rechercher l'« origine » de la maladie, et la vaincre, car un traitement symptomatique n'aurait qu'un effet temporaire ; il faut donc un traitement radical, qui, dans des « communautés où domine le modèle de l'équilibre » (Foster, 1983 : 20), sera toujours l'occasion de cérémonies et de gestes rituels.

Considérons le cas d'une femme qui décède en couches en milieu dogon. Cet événement est éminemment grave, parce qu'il fait peser une menace sur toute la communauté : une telle mort est interprétée comme la sanction des ancêtres à l'égard d'une communauté qui a failli à ses obligations vis-à-vis d'eux, par exemple en omettant de faire les sacrifices qu'ils attendent. Ainsi offensés, les ancêtres choisissent de rappeler à l'ordre cette communauté, à travers l'un de ses membres ; pour ce faire, ils jettent la « souillure » sur un homme marié qui sera atteint jusqu'aux organes de procréation, et cette « semence souillée » transmettra alors une pathologie mortelle à l'occasion de chaque rapport

(12) Le mot est pris ici au sens de « résultats obtenus » ; l'efficience concerne l'économie des moyens mis en œuvre pour atteindre ces résultats (voir l'épilogue de ce livre).

sexuel avec une femme, cette dernière n'ayant aucune chance de survivre. Pour arrêter la propagation du mal, deux mesures s'imposent ; il faut d'abord que l'homme se débarrasse de sa « semence souillée », ce qu'il ne pourra faire qu'en parvenant à violer une femme d'une autre communauté dans la brousse (jadis, une femme peul ; aujourd'hui il se rendra à la ville dans une maison de tolérance) ; il faut ensuite « purifier » le corps souillé lui-même, ce qui sera fait par des rites appropriés, *godujalè* (de *godu*, corps, et *jalè*, effleurer pour purifier).

Cet exemple montre bien la différence entre l'interprétation de la maladie par la tradition et par la biomédecine. Alors que le médecin moderne interroge le corps biologique pour comprendre la maladie dans l'ordre biologique, le tradipraticien interpelle le corps social. A partir de là, d'aucuns affirmeront (Foster, 1983 : 22) que, dans le diagnostic et le traitement, la médecine traditionnelle, éventuellement regardée comme « holistique », prend en compte aussi bien les facteurs psychosociaux que les facteurs cliniques, cependant que la médecine moderne priviliege les aspects cliniques de la maladie.

Il n'est donc pas étonnant qu'au sein des sociétés traditionnelles, les rites occupent une place de choix dans les schémas thérapeutiques. Parfois, c'est le malade lui-même qui réclame l'accomplissement des gestes, ou bien c'est un parent. Tel celui qui accompagne son fils malade chez un tradithérapeute de Bandiagara, et qui, à la fin du traitement, signale au guérisseur qu'il a omis un rituel consistant à asperger d'eau le patient. Peut-être ce parent est-il un habitué, mais son comportement montre qu'il y a une part d'autodiagnostic de la maladie, ou bien une forme d'évaluation de la qualité du traitement par le malade ou par ses proches. Faut-il alors comprendre que le malade consulte tel thérapeute d'abord et surtout en fonction de ses attentes, et des connaissances qu'il a des pratiques du guérisseur ? Ceci est d'autant plus vraisemblable que les Dogons n'ont plus en face d'eux un seul système médical, mais au moins deux, dont l'un nouveau et l'autre traditionnel, qui sont ouvertement en concurrence.

La concurrence entre les médecines

L'introduction de la biomédecine s'est faite à la faveur de la colonisation. Perçue comme un apport du colonisateur, elle a été immédiatement qualifiée de « médecine de l'étranger ». A cause de ses méthodes, et notamment de l'enregistrement individuel auquel elle procérait, elle a été mal admise par la population, qui y voyait un moyen de recruter les enfants scolarisables et les futurs imposables. Ce rejet immédiat aurait pu être évité si l'introduction d'une médecine nouvelle avait ménagé la possibilité de négociations tant avec la population

qu'avec les tradipraticiens ; or c'est la brutalité qui fut la règle, notamment en matière de choix des sites des centres de santé, et en ce qui concerne les rapports avec les spécialistes traditionnels.

Comme les sites des autres bâtiments administratifs, ceux des centres de santé ont été imposés plutôt que négociés. On a choisi, par exemple, des terres de culture, voire des « lieux sacrés » (13), d'où mécontentements et méprises. Ainsi, le centre de santé de Kendié serait implanté sur un champ de la famille qui, au moment de la colonisation, détenait la chefferie ; pendant notre enquête, nous avons rencontré le chef actuel de cette famille, et nous avons eu, au fil de l'entretien, à lui poser la question de savoir quels changements il avait remarqués dans le fonctionnement du dispensaire ces derniers temps ; sa réponse a été qu'il ignorait où se situait ce dispensaire. Certains sites choisis par l'administration coloniale correspondent à des lieux dont l'inviolabilité avait depuis toujours garanti, pense-t-on aujourd'hui encore, l'ordre et la sécurité de la communauté. Dans ce cas, beaucoup s'absentent de fréquenter ces centres, et penseront de la sorte protéger leur propre sécurité, puisque, pour eux, aller sur ces sites revient à transgresser un interdit. Et, comme on l'a vu, la transgression entraîne la « souillure » (*yama*), qui est elle-même l'origine du désordre social, cause de fléaux individuels et/ou collectifs, dont la maladie. Exemple : la maternité de Dourou est bâtie sur un terrain séparé du village par un marigot que les femmes enceintes ne doivent pas traverser, car cela pourrait avoir des conséquences néfastes sur leur propre état de santé ou sur celui de l'enfant à naître, car ce marigot est censé abriter les génies de l'eau, qui sont hostiles à la présence des femmes enceintes là où ils habitent.

Quant aux rapports entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, ils ont toujours été conflictuels. Autant pendant la période coloniale qu'après l'indépendance, les spécialistes traditionnels ont été considérés comme obstacles au bon fonctionnement des services modernes de santé. Ces praticiens de la « médecine du Dogon » ont été souvent frappés d'amendes et d'emprisonnement pour pratique illégale de la médecine. Jusqu'à une période récente, les instances de la santé moderne n'ont pas pris en compte l'appui que les spécialistes traditionnels auraient pu leur apporter. Certes, l'implantation d'un centre régional de médecine traditionnelle (CRMT) à Bandiagara a suscité quelques espoirs (14), mais l'échange entre l'équipe du CRMT et les

(13) L'expression est extensive : elle va de l'interdiction totale d'accès (par exemple dans un lieu habité par un animal déclaré grand interdit du clan) à l'interdiction partielle (s'il s'agit de lieux de culte dont la fréquentation est réservée par la tradition à certaines catégories de la population seulement).

(14) Implanté en 1986, il a pour objectif une meilleure connaissance des traitements traditionnels, et la recherche d'une collaboration entre le système traditionnel et le système moderne.

tradipraticiens ne paraît pas équilibré ; l'équipe sollicite les tradipraticiens pour apprendre à connaître et, semble-t-il, valoriser leur savoir, mais en contrepartie les tradipraticiens n'ont reçu que quelques cadeaux de céréales, et quelques subventions (ne dépassant pas 50 000 F CFA) pour leur permettre d'édifier une case. Globalement, la situation n'a donc pas vraiment changé, et l'on observe la persistance d'attitudes répressives, comme l'illustrent deux cas relevés au cours de l'enquête.

Le récit du premier est donné par le spécialiste qui en a été victime lui-même. « Un jour, on m'a appelé au dispensaire. Quand j'arrive, le docteur me demande si je peux soigner cette fracture. Je réponds : oui, mais j'ajoute que je préfère que ce soit chez moi, car il y a des choses à ne pas faire. Il insiste tellement pour que le traitement soit fait au centre, que finalement je m'incline. Après avoir donné mes soins, je dis de ne pas défaire le pansement avant trois jours, car tel est notre interdit... Mais le lendemain, ils ont ouvert le pansement, et alors le membre a commencé à enfler et à faire du pus. Le docteur envoie donc quelqu'un me chercher. J'arrive sur les lieux. Il commence à crier à mon adresse : "Tu es un vieux qui ne vaut rien, tu as gâté le pied du type...". Je dis : "Non ! Si tu veux, donne-moi le malade, je l'emmène chez moi, il va guérir." Ce qu'il accepte, en me disant que si je n'y arrive pas, il m'emmènera à la gendarmerie. Dieu merci, en 21 jours, le pied s'est rétabli » (Tinta, Pairault, 1990 : 64).

Le second cas concerne Mr B., tradipraticien, qui, dans le courant de l'année 1990-91, reçoit une malade accompagnée de son époux ; il lui prodigue ses soins et, à l'issue du traitement, la malade est guérie. C'est alors que le mari déclare avoir aussi le même mal que sa femme. B. lui donne les mêmes médicaments. Mais, après les avoir pris, le mari meurt dans la nuit suivante. B. est arrêté et remis à la justice, et y restera en détention jusqu'au 24 mars 1992, date à laquelle, après jugement, il a été condamné à trois mois de prison avec sursis. Il doit son salut à deux circonstances : l'autopsie du médecin constatant l'absence de tout élément toxique dans les produits consommés par le défunt la veille du décès, et la renonciation, de la part de la partie civile, à toute action contre B.

Si telle est l'attitude de l'Administration, la médecine traditionnelle semble jouir, auprès de la population, de plus de crédit que la médecine moderne. Ceci est, en tous cas, manifeste sur le plan de la légitimité des pratiques et du statut professionnel.

La légitimité des pratiques

« Dans le milieu dogon, c'est à la société de choisir son guérisseur, son accoucheuse, en fonction de certains critères... » nous disait un

de nos informateurs. Or, les agents modernes n'ont pas été choisis par les membres de la société dogon, et ils ne bénéficient donc pas de cette reconnaissance explicite qui les rend aptes à pratiquer la médecine. Le médecin noir a été assimilé à « celui qui fait semblant » (*tabu kananè*), il mime « la médecine de l'étranger ». Cette dernière ne fait pas mieux que les marchands ambulants : elle est perçue comme simple pourvoyeuse de médicaments. Et l'efficacité de ce type de médecin, comme celle de ces marchands ambulants, est appréciée en fonction des résultats de chacun de ses actes : il sera bon si l'effet de son traitement est manifeste, il sera mauvais dans le cas contraire ; cette façon de juger a été observée ailleurs, à Bankoni, quartier populaire de Bamako, dans lequel cohabitent plusieurs ethnies (Diarra *et alii*, 1990 : 96-112 ; cf. *supra*, chapitres 5 et 6).

L'idée que la médecine moderne n'est qu'une simple pourvoyeuse de médicaments est justifiée en partie par l'absence de la dimension symbolique. C'est que, dans la pratique courante des infirmiers et médecins, il manque souvent les gestes comparables à ceux de l'auscultation, gestes qui pourtant, outre leur valeur intrinsèque, pourraient compenser, dans l'esprit du patient, ceux auxquels ce dernier est habitué en médecine traditionnelle. Car le traitement traditionnel est l'occasion d'une véritable mise en scène, où rites, incantations et cures médicamenteuses se succèdent. Cette pratique est une conséquence logique de la conception dogon selon laquelle le pathologique renvoie à l'ordre social, alors que le système moderne propose une explication limitée à la sphère de l'ordre biologique. Les deux exemples ci-dessous montrent combien la gestuelle importe, dans le schéma thérapeutique, aux yeux des patients.

Les services des « médecins ambulants », généralement ghanéens, sont plus chers que les services modernes, mais, selon nos informateurs, ils ont beaucoup plus de clients. Le secret de leur succès réside dans l'effet psychologique du stéthoscope : ils promènent cet instrument sur tout le corps du patient, ce qui est parfaitement conforme à l'attente populaire d'un examen attentif et rituel. Il faut savoir qu'en général un Dogon ne dira pas, au début de la consultation, après avoir salué le praticien, « je suis venu parce que j'ai mal ici ou là », mais « je suis venu me montrer », *min gèndè gè yèlèm* (de *min*, moi, je, *gèndè*, voir, regarder, *gè*, à cause de, *yèlèm*, venu). Une fois que le stéthoscope est passé sur tout son corps, le malade dogon est satisfait d'un diagnostic qui a été établi conformément à ses attentes, et ceci est un pas important vers l'acceptabilité du traitement.

Le second exemple montre aussi l'importance de gestes que le médecin peut demander au malade d'accomplir, et leur rôle dans l'idée que le malade se fait de l'efficacité d'un praticien. Voici un malade qui souffre de l'oreille et qui va consulter un médecin moderne. Quand

il arrive chez le médecin, ce dernier lui demande de retourner à la porte du bureau et de revenir vers lui. Le malade s'exécute. Alors le diagnostic est posé, la prescription suit, et à l'issue du traitement le malade est rétabli. Quand il parle de cette consultation, le malade établit un lien entre le geste et le résultat : « le *dögötörô*... est très compétent. Dès qu'il m'a vu venir, il m'a demandé de marcher à nouveau vers lui. Après ça, il a immédiatement su ce que j'avais. Le médicament qu'il m'a donné a été très bon ». Dans la première phrase, l'expression dogon que nous traduisons par très compétent, est *jognu igu woo* (de *jognu*, soins, traitement, *igu*, connaître, savoir, *woo*, être) : ses soins sont ceux d'un connaisseur.

De cela il faut, nous semble-t-il, retenir que l'importance accordée aux pratiques concrètes, qui, même exécutées dans les règles de la science et de la technique modernes, ont presque toujours valeur symbolique pour le malade par l'interprétation qu'il s'en donnera, a très certainement un impact sur la fréquentation des services de santé : si ces pratiques manquent, les Dogon se renforcent dans leur idée que « la médecine moderne ne peut pas soigner certaines maladies du pays dogon... » (Tinta, Pairault, 1990 : 64). La présence massive des agents de la médecine moderne parmi les clients des tradipraticiens confirme d'ailleurs leur opinion. Il est donc compréhensible que la consultation d'un médecin moderne pour obtenir le traitement « symptomatique » s'accompagne volontiers d'un traitement « étiologique » obtenu par la consultation d'un tradipraticien. Ainsi, les Dogon ne sont pas convaincus par les pratiques de la médecine moderne, et ils peuvent invoquer de multiples raisons à ce scepticisme ; par voie de conséquence, ils ne recourront pas à un service de santé moderne s'ils souffrent de troubles entrant dans la catégorie qu'ils appellent « maladie du Dogon » (*doogoo jun*).

Le statut professionnel

Dans la société traditionnelle dogon, le service rendu par un spécialiste l'honneure d'abord lui-même. Son bénéficiaire ne le paie que sous forme de cadeaux, remis en nature et/ou en espèces, et, de manière générale, le tradipraticien dogon ne vit pas de sa pratique : à côté de cette fonction sociale, il est agriculteur. Il n'est pas considéré comme un « professionnel », et il ne doit surtout pas se montrer cupide envers sa communauté, puisque la faune et la flore sont gratuitement à sa disposition. Au contraire, l'agent de la santé moderne est généralement un fonctionnaire rémunéré, quelle que soit sa pratique ; en outre, sa médecine est payante, puisque même pour des soins officiellement gratuits, les agents, eux, ont continué à monnayer leurs services à travers

des pratiques parallèles qui conduisent à un dysfonctionnement des services de santé.

En effet, nombre d'agents de la santé n'hésitent pas à sacrifier l'efficacité médicale à l'obtention d'un gain personnel. Bien plus que le résultat de leur intervention, compte alors le profit qu'ils peuvent en tirer individuellement. Les lacunes dans l'organisation des services de santé, comme par exemple le manque d'un accueil des patients, favorisent la réalisation de telles intentions. Le malade qui arrive pour la première fois au centre de santé ne sait ni à qui s'adresser, ni qui doit s'occuper de lui. Il sentira vite qu'il est un gêneur. Par exemple à la maternité de Bandiagara, les femmes disent que les matrones jouent au fonctionnaire (elles respectent des horaires administratifs, mais, que le travail soit fait ou pas, bien ou mal, elles auront leur salaire à la fin du mois) et qu'elles s'occupent peu du sort des parturientes ; elles disent aussi que les matrones sont inexpérimentées. Au travers du désordre qui règne dans les formations sanitaires, des agents de santé développent leurs stratégies pour « exploiter » l'usager. Leur statut d'agent sanitaire leur sert de couverture, alors même qu'ils travaillent pour leur propre compte. De cette course au profit, le malade ou ses parents font les frais.

Le récit qui suit vient du père d'un patient. « Quand il est tombé malade, je l'ai amené au dispensaire. On m'a vendu un ticket à 50 francs. Nous sommes allés voir un infirmier avec ce ticket, il nous a prescrit une ordonnance. J'ai tout acheté, mais le sérum manquait tant au dépôt (15) qu'à la pharmacie de la place. C'est alors qu'un auxiliaire que je connaissais me dit que, si je lui donne l'argent, il pourra m'en trouver. Il me prend 5 000 francs. Il dit avoir trouvé le sérum auprès d'un de ses amis, hygiéniste-secouriste dans le village. Mais, pour placer le sérum, il fallait hospitaliser l'enfant. Or, d'après l'auxiliaire, il manquait de matelas à l'hôpital, et pour cause : le détenteur des clés du magasin était « en affaire » en ville, et les deux matelas qu'il avait sortis avaient été pris par « le patron » pour accueillir un étranger. Ma connaissance me propose d'aller faire la perfusion à domicile, contre paiement de 1 500 francs, ce que je ne pouvais pas refuser sans jouer avec la vie de mon enfant. » En réalité, il s'agit d'une mise en scène : l'auxiliaire est lui-même le magasinier de la salle d'hospitalisation, et, en l'absence de la responsable de cette salle, partie en congé, toutes les opportunités s'offrent à lui : en jouant le rôle d'intermédiaire pour la recherche du produit manquant, il alimente son propre marché.

(15) Le malade qui arrive au centre de santé doit acheter d'abord un ticket dit de « consultation », grâce auquel il a ensuite accès au dépôt de médicaments installé dans l'enceinte du centre de santé ; il doit y trouver, en principe, tous les médicaments qui lui ont été prescrits.

Ces comportements ont créé un climat de méfiance entre les agents de santé modernes et leur clientèle, et lorsque s'y ajoute l'obligation du paiement comptant en espèces, la préférence des Dogon reste au guérisseur, dont les attitudes concordent avec les coutumes d'un milieu dont il fait lui-même partie.

Finalement, dans le cercle de Bandiagara, on n'ira au centre de santé que pour trois raisons :

1) lorsqu'on aura épuisé sans succès tous les recours « traditionnels », ou quand la maladie est considérée comme sans remède du côté de la médecine traditionnelle. Tel est, par exemple, le cas de la lèpre, maladie considérée comme incurable; ou celui de *kooloo gain* (cou tiré, tourné = tétanos ?). Cette dernière maladie est l'une des rares pour lesquelles les Dogon vont directement au centre de santé, parce qu'elle se présente très généralement sous sa forme « chaude » et donc tue très rapidement.

2) lorsque le malade, de par son statut, ne peut que se faire soigner au centre de santé : fonctionnaires, citadins, contractuels de divers organismes de développement. Parmi eux, il y a des privilégiés (agents de santé ayant des facilités d'accès, autres nantis), mais il y a aussi des gens dont les comportements sont dictés par une mentalité très répandue chez les cadres africains, mentalité selon laquelle le recours à certaines pratiques traditionnelles (en l'occurrence : la fréquentation des tradipraticiens) ne correspond pas à leur statut de « civilisés ». Généralement représentants de l'Etat ou de ses institutions, et à ce titre témoins de la modernité, ces gens se sentent obligés de s'en montrer solidaires.

3) sous la contrainte, réelle ou supposée. Par exemple, les femmes de Bandiagara sont obligées d'accoucher au centre de santé puisque, si elles ne le font pas, elles courrent le risque de payer une amende allant de 1 000 à 5 000 francs, alors même que l'amende en ce domaine a été officiellement supprimée depuis 1988.

Quelques réflexions en guise de conclusion

Dans le cercle de Bandiagara, la fréquentation des centres de santé est timide, et les recours aux soins modernes sont tardifs, en raison du décalage entre le système moderne et le système traditionnel, mais aussi à cause de comportements nocifs des agents.

Le décalage provient de la coexistence et de la confrontation de deux systèmes de pensée et de savoirs issus de cultures différentes : le système de pensée et de savoirs populaires basé sur les coutumes et usages, et le système de pensée et de savoirs techno-scientifiques. Ils ne semblent pas inconciliables dans la mesure où les populations ne rejettent pas la médecine moderne en bloc, comme l'attestent les

nombreuses sollicitations, émanant des malades, pour des interventions chirurgicales, alors même que l'efficacité de la médecine traditionnelle est reconnue dans certains domaines (les fractures par exemple). Le problème est donc de savoir comment adapter les usages à l'évolution, en ne retenant d'eux que ce qui est jugé positif. La solution n'est pas si facile à trouver, car les usages sont le produit d'antécédents empiriques. Pour leur substituer de nouvelles pratiques, il faudrait que le système de santé moderne propose une meilleure alternative par rapport aux soins offerts par la médecine traditionnelle : il importerait d'améliorer la qualité des prestations.

Or justement, c'est la qualité des prestations qui est d'abord affectée par le comportement néfaste d'agents. Il faut peut-être imaginer et tenter d'appliquer une autre organisation du système de santé, car jusque-là toutes les expériences se passent au sein d'une structure étatique animée par des fonctionnaires qui n'ont que faire de la bonne marche du service puisque leur salaire n'en dépend pas. De plus en plus, on parle de centres de santé communautaires comme solution possible, basée sur la participation de la population à la gestion et au financement du système de santé qui la dessert. L'expérience des systèmes de recouvrement des coûts (Berche, Mariko, 1991) a cependant montré les limites de la participation financière des populations rurales (16). En visant comme objectif le recouvrement des frais, l'accent n'est-il pas mis sur l'efficience du système de santé au détriment de l'efficacité ? Autrement dit, avant de se demander combien coûtera un système de santé, il convient de s'interroger sur la qualité des prestations qu'il pourra offrir (Brunet-Jailly, 1989).

En attendant, face à une médecine jugée « onéreuse » (17) et lente à se rendre opérationnelle, les populations continuent à faire confiance à leur médecine traditionnelle, même si par moments la recherche de la sécurité ou le poids des obligations les orientent vers la médecine moderne.

(16) Dans le cas du cercle de Bandiagara, seulement 30 à 40 % des frais récurrents (hors salaires) des formations sanitaires sont effectivement recouvrés.

(17) Un de nos informateurs, lui-même spécialiste des fractures, affirme qu'il donne ses soins gratuitement, alors que s'il fallait recourir à la médecine moderne, il en coûterait au moins 75 000 F CFA.

(18) NOTE LINGUISTIQUE. On sait que le pays dogon ne compte pas moins d'une quinzaine de parlers différents. Dans ce chapitre, la plupart des termes et formules sont cités en « *donno sô* ». En toute hypothèse, notre graphie reste approximative (tons pas marqués, « *gn* » remplaçant le signe admis pour la nasale vélaire, incorrections vocaliques, etc.). L'intention est seulement de fournir des repères verbaux identifiables.

RÉFÉRENCES

- ANONYME (1985) : *Projet de développement sanitaire du cercle de Bandiagara*, Direction nationale de l'hygiène publique et de l'assainissement, octobre 1985.
- TINTA S., PAIRault C. (1990) : *Enquête socio-sanitaire dans le cercle de Bandiagara*, Bamako, juillet 1990, 86 p.
- ZEMPLÉNI A. (1986) : "La « maladie » et ses « causes »", in : *L'ethnographie*, tome LXXXI, 1986.
- FOSTER G.M. (1983) : *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 308 p.
- COPPO P., KEITA A. (1990) : *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Trieste, éditions E, 1990, 322 p.
- KOUMARÉ M. (1983) : « Médecine et psychiatrie traditionnelle en Afrique », G. M. FOSTER, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983.
- PAIRault C. (1989) : *Qu'est-ce que l'efficacité médicale ?* Cf. épilogue du présent ouvrage.
- DIARRA T., DIAKITÉ B.DJ., TRAORÉ S., PAIRault C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bani-koni, volume 1 : Etude socio-économique et sanitaire*, Bamako, 1990, 151 p.
- BERCHE T., MARIKO M. (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara, volume 1 : Analyse économique et santé publique*, Bamako, mai 1991, 112 p. + annexes.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : « Le financement des coûts récurrents de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire ? », *L'économie sociale dans les pays en voie de développement*, Actes du colloque de l'Association d'économie sociale, Caen, 28-29 septembre 1989.