

Université de Neuchâtel
Faculté des lettres et sciences humaines

Institut d'ethnologie
Rue Saint-Nicolas 4
2000 Neuchâtel, Suisse

<http://www.unine.ch/ethno>

Muriel LATERALI
Ecluse 72
2000 Neuchâtel
032 721 20 67
muriel.laterali@unine.ch

Muriel LATERALI

Ethnographie de la constitution d'un problème de santé publique au Cameroun :
l'exemple de l'ulcère de Buruli ou *atom* dans l'arrondissement d'Ayos



Mémoire de licence en ethnologie

8 Mars 2005

Directrice de mémoire : Mme Ellen Hertz
Membre du jury : M. Christian Ghasarian

Résumé

Ce travail aborde la constitution du problème de santé publique de l'ulcère de Buruli (*UB*) ou *atom* au Cameroun, qui est une affection due à une mycobactérie, *Mycobacterium ulcerans*. Cette dernière attaque les tissus sous-cutanés, s'étend en superficie, puis en profondeur, pour atteindre parfois les muscles et les os des personnes atteintes.

La première partie de cette étude présente des informations générales sur cette maladie, puis se penche sur le terrain lui-même et les questions et problèmes méthodologiques qu'il a soulevés.

La deuxième partie décrit les points de vue et les pratiques des trois groupes d'acteurs confrontés à l'*UB* dans la région d'Ayos : l'hôpital et le personnel médical soutenus par l'ONG *ALES*, les malades et leurs proches, les guérisseurs traditionnels. Elle montre que ce problème sanitaire est perçu différemment par les acteurs :

Le personnel soignant définit la maladie sous un angle biomédical, physiologique, dont l'origine, prouvée scientifiquement, provient de l'environnement naturel. Cependant, certains employés sanitaires adhèrent aux conceptions locales de la maladie. Ces dernières sont collectivement partagées par les malades, leurs proches et les guérisseurs. Pour eux, l'*UB* a plusieurs origines en lien avec des relations interpersonnelles de jalousie et de sorcellerie (« maladie mystique »), qui peuvent concerner l'ensemble de la communauté et son fonctionnement. Mais l'affection peut également provenir de l'environnement naturel (« maladie simple »).

Pour l'hôpital, les notions de durée, de vitesse et d'efficacité sont centrales, car l'essentiel est de pouvoir soigner les patients le plus rapidement possible. Or, ces notions ne sont pas forcément primordiales pour les malades lors de l'épisode pathologique. De plus, l'infrastructure hospitalière considère les représentations populaires de l'*UB* comme un obstacle majeur au traitement biomédical et se place en opposition et en concurrence face aux soins traditionnels. Face à ces divergences, elle aimerait améliorer la situation de soins en instaurant une collaboration avec les guérisseurs et en agissant sur les conceptions locales. Pour atteindre cet objectif, l'hôpital a entrepris diverses actions (accès facilité au traitement, études diverses, campagnes informatives), qui ont eu un impact sur ses relations avec les divers acteurs locaux, sur leurs représentations et leurs pratiques face à la maladie.

Cette recherche démontre que les étiologies véhiculées au sein de la population ont un caractère dynamique et qu'elles ne déterminent pas les itinéraires thérapeutiques. En effet, de multiples facteurs interviennent dans le choix et l'appréciation des soins (par exemple l'influence de l'entourage, les possibilités d'accès au traitement, l'expérience passée, etc.). Elle décrit les techniques de soins des guérisseurs et les rapprochements possibles avec l'infrastructure hospitalière. Elle révèle qu'il n'y a pas de concurrence entre eux, mais une ouverture possible pour une collaboration.

Et surtout, elle met en avant des « lieux d'articulation » entre les trois groupes d'acteurs, c'est-à-dire des relations et des éléments communs dans la thérapie et dans certaines représentations, qui pourraient être exploités afin d'améliorer la lutte contre la maladie.

Sommaire

I. PRESENTATION DE LA RECHERCHE..... 5

1. Cadre de l'étude 5

1.1. *Problématique* 5

1.2. *Cadre théorique*..... 8

1.3. *Situation géographico-historique de la maladie*..... 10

1.4. *Foyer endémique au Cameroun* 11

2. Terrain et méthode..... 12

2.1. *Une anthropologue face à l'ulcère ? Origine de la demande*..... 12

2.2. *Choix et intérêt du sujet* 16

2.3. *Choix du milieu d'étude : un terrain en deux lieux et deux parties* 17

2.3.1. *A propos d'Akam Engali*..... 20

2.4. *Technique de collecte des données*..... 23

2.4.1. *Revue documentaire* 23

2.4.2. *Enquête de terrain*..... 23

2.4.2.1. *Entretiens individuels approfondis et entretiens spontanés*.....23

2.4.2.2. *Observation participante et observation directe*.....26

2.5. *Statuts, rôles et positions de l'ethnologue*..... 27

2.6. *Problèmes sur le terrain*..... 31

2.6.1. *Une problématique non adaptée au terrain*..... 31

2.6.2. *Statut assigné à la chercheuse* 31

2.6.3. *Durée du terrain*..... 32

2.6.4. *Négociation avec le mandataire de l'étude* 32

2.6.5. *Problème de la langue* 34

2.6.6. *Ecriture et prises de conscience successives* 35

II. ENQUETE DE TERRAIN ET ANALYSE..... 36

3. Le problème de l'ulcère de Buruli abordé sous l'angle institutionnel..... 36

3.1. *Partenaires impliqués dans la lutte contre l'UB au Cameroun*..... 36

3.2. *Description biomédicale de l'affection et thérapie* 38

3.3. *Facteurs de risque, réservoir et mode de transmission* 40

3.4. Appropriation du problème par l'hôpital d'Ayos	41
3.5. Définition du problème selon les acteurs biomédicaux	42
3.6. Mesures pour résoudre le problème.....	45
3.6.1. Enquêtes et études	45
3.6.2. Sensibilisation et campagnes informatives auprès des malades et des guérisseurs.....	45
3.6.2.1. Situation actuelle de la sensibilisation.....	45
3.6.2.2. Stratégies employées par les sensibilisateurs en fonction de divers enjeux, l'exemple de trois réunions :.....	47
a) Réunion du 4 septembre 2003 au village d'Akam Engali.....	47
b) Réunion du 20 novembre 2003 à la sous-préfecture d'Ayos	49
c) Réunion du 5 décembre 2003 à l'hôpital d'Ayos	51
3.6.3. Se rendre accessible aux malades.....	54
3.7. Rapports des soignants avec les acteurs locaux : malades et parents de malades, guérisseurs	56
3.7.1. Avec les malades	56
3.7.2. Avec les guérisseurs	59
3.8. La lutte contre l'UB : un enjeu important à plusieurs niveaux	62

4. Les points de vue et les pratiques des malades, des anciens malades et de leurs proches sur cette maladie..... 66

4.1. Les représentations locales de l'affection.....	66
4.1.1. Origine de l'ulcère d'un point de vue émique.....	66
4.1.1.1. Transformation et adaptation des explications causales de la maladie.....	68
a) Premier type d'explication : la maladie comme défense communautaire.....	68
b) Deuxième type d'explication : la maladie comme protection du patrimoine individuel	70
c) Troisième type d'explication : la maladie provoquée par la jalousie.....	72
d) Quatrième type d'explication : l'étiologie influencée par le discours biomédical.....	72
4.1.2. Les différentes représentations actuelles.....	74
4.1.2.1. Description symptomatique dans les termes émiques.....	74
4.1.2.2. Identification et nomination de la maladie	76
4.1.2.3. Les étiologies	79
a) L'« atom simple » et l'« atom mystique »	80
b) Des pratiques admises	81
c) Des pratiques réprouvées.....	83
4.2. Dynamique des représentations	84

<i>4.3. Les pratiques en lien avec l'affection : itinéraires thérapeutiques et facteurs d'influence dans le choix ou le changement de thérapeute.....</i>	<i>90</i>
4.3.1. Divers itinéraires thérapeutiques	92
4.3.2. Exemples de thérapies familiales	100
4.3.3. Facteurs d'influence qui déterminent le choix de la thérapie et entrent en ligne de compte dans l'appréciation des soins	106
4.3.3.1. Efficacité du traitement et réputation du soignant.....	106
4.3.3.2. Durée du traitement	107
4.3.3.3. Facteurs financiers	108
4.3.3.4. Devoir séjourner à l'hôpital et abandonner ses enfants	110
4.3.3.5. Absence de guérisseur au village.....	110
4.3.3.6. L'hôpital n'était pas spécialisé dans le traitement	111
4.3.3.7. La distance.....	112
4.3.3.8. Appréciation des soins : influence du discours biomédical dans les propos des informateurs	112
4.3.4. Facteurs d'influence qui déterminent le changement de thérapeute	114
4.3.4.1. Aggravation de la maladie.....	114
4.3.4.2. Facteurs financiers	114
4.3.4.3. Départ du guérisseur	115
4.3.4.4. Origine de la maladie	115
4.3.4.5. Peur du traitement	116
4.3.5. Obstacles à la guérison et au traitement	117
4.3.5.1. Origine de la maladie	117
4.3.5.2. Respect des interdits alimentaires et comportementaux	117
4.3.5.3. Nature de l'affection	118
4.3.6. Conclusion sur les itinéraires thérapeutiques	118
5. Les guérisseurs face à l'ulcère de Buruli.....	122
5.1. Les différents types de guérisseurs et les relations qu'ils entretiennent entre eux ..	122
5.2. Leurs points de vue étiologiques	126

5.3. <i>Le problème de l'ulcère défini par les guérisseurs</i>	128
5.4. <i>Diverses techniques de soins et cures</i>	129
5.4.1. Leurs manières de soigner	129
5.4.2. Le prix du traitement	133
5.4.3. Des interdits alimentaires et comportementaux	134
5.4.4. Le blindage : une protection et un pouvoir	137
5.5. <i>Obstacles et mesures pour résoudre le problème</i>	139
5.6. <i>Rapports des guérisseurs avec les acteurs locaux</i>	140
5.6.1. Malades et parents de malades	140
5.6.2. Un enjeu : une collaboration envisagée avec l'hôpital.....	142
5.7. <i>Un « lieu d'articulation » avec la biomédecine : un traitement symptomatique soustractif</i>	143
Conclusion	147
Bibliographie	154
Annexes	
- Annexe 1 : Cartes géographiques	160
- Annexes 2-9 : Photographies	161
- Annexe 10 : Liste des informateurs	169

I. PRESENTATION DE LA RECHERCHE

1. Cadre de l'étude

1.1. Problématique

Cette étude se penche sur le problème sanitaire de l'ulcère de Buruli (*UB*)¹ ou *atom*, terme utilisé par les groupes endogènes, dans la région d'Ayos au Cameroun. Ce problème de santé publique implique principalement trois groupes d'acteurs : le premier groupe comprend l'organisation non-gouvernementale *Aide aux Lépreux-Emmaüs Suisse (ALES)*, l'hôpital d'Ayos et le personnel médical² ; le deuxième groupe est constitué des malades, des anciens malades et de leurs proches ; le troisième groupe est formé des guérisseurs traditionnels.

Selon le groupe dans lequel on se place, les approches de cette maladie, c'est-à-dire les représentations³, les discours, les points de vue, et les pratiques⁴ diffèrent. De même, des variations et des nuances sont perceptibles à l'intérieur de chaque groupe.

Cette étude d'anthropologie médicale va se focaliser sur les définitions de l'*UB* selon chaque groupe, sur le lien entre la maladie et les pratiques sociales. Par conséquent, elle va étudier l'affection comme un phénomène multiforme.

Elle s'intéressera aussi à la place et au rôle de chaque groupe dans la lutte contre cette affection, aux rapports qu'ils entretiennent entre eux, à la nature de ces relations (concurrence, exclusion, association, complémentarité) et à leur impact dans la détermination du problème.

¹ Le terme « ulcère de Buruli » tire son origine d'une région en Ouganda où de nombreux cas ont été signalés en 1958. Actuellement, certains chercheurs jugent cette appellation inappropriée, car l'affection est présente dans plusieurs pays (ces propos ont été tenus lors de la 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif spécial de l'*OMS* sur l'ulcère de Buruli, au siège de l'*OMS* à Genève, du 8-11 mars 2004). Par conséquent, ils désiraient modifier le terme employé au profit d'« infection à *Mycobacterium ulcerans* », nom de la mycobactérie responsable de cette maladie. Pour ma part, j'utiliserai le terme encore en usage actuellement : « ulcère de Buruli » ou son abréviation « *UB* » lorsque je ferai référence à l'explication allopathique. Lorsque je mentionnerai les explications des populations villageoises, j'emploierai le terme « *atom* ».

² Dans ce groupe sont aussi rangés, l'*OMS*, les diverses ONGs et partenaires politiques qui luttent contre cette maladie, mais qui ne sont pas présents en permanence sur le terrain, contrairement à *ALES* (voir chapitre 3).

³ Je m'appuie sur la définition de Olivier de Sardan, in : Jaffré (1999 : 20) « *Les représentations populaires des maladies, dans chaque culture, sont les représentations largement partagées par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut facilement les identifier ou les solliciter dans le discours de tout un chacun* ».

⁴ La notion de « pratiques » est étroitement liée à celle d'« itinéraire thérapeutique ». Elle répond à la question suivante : que fait concrètement le malade face à l'émergence d'un trouble ? Selon Sindzingre (1985 : 14), un itinéraire thérapeutique est l'ensemble des processus impliqués dans une quête thérapeutique, qui va de l'apparition du trouble à toutes les étapes où peuvent s'actualiser diverses interprétations (divination, rumeur, etc.) et diverses cures. L'utilisation de cette notion rend compte de la totalité et de l'hétérogénéité des recours thérapeutiques des individus, placés dans des contextes de pluralisme médical (Fainzang 1990 : 857). Les techniques de soins des divers soignants sont aussi rangées du côté des pratiques.

Elle abordera également les obstacles et les mesures qu'ils prennent pour tenter de résoudre ce problème sanitaire et les enjeux auxquels ils sont confrontés.

Les différents points de vue et pratiques seront exposés dans les chapitres 3, 4, et 5.

Le chapitre 3 abordera la situation sous l'angle des acteurs biomédicaux. Le problème principal, selon ces derniers, est que de nombreux malades ne se rendent pas forcément à l'hôpital dès les premiers symptômes ou préfèrent aller chez les guérisseurs traditionnels. L'infrastructure sanitaire d'Ayos en a fait son « cheval de bataille », car cette situation entraîne des effets dramatiques au niveau physique (plaies béantes, muscles et os atteints, rétraction des membres). En outre, le discours de l'institution sanitaire considère les représentations locales de la maladie comme un obstacle au changement de comportement, qui empêche les individus de se tourner vers l'hôpital. Cependant, au sein du personnel médical la définition de la situation n'est pas unique. Certains acteurs sanitaires ont une position ambivalente : ils partagent en partie le point de vue biomédical, mais ils adhèrent également aux explications populaires et ont parfois eu recours aux soins des guérisseurs traditionnels.

Pour le groupe d'acteurs comprenant les patients et leurs proches, la maladie est mise en lien avec des relations interpersonnelles de jalousie et de sorcellerie et avec des procédés de protection du patrimoine. Ils lui attribuent plusieurs origines en fonction desquelles elle peut se soigner différemment : schématiquement, si l'atom est « simple »⁵, il peut se traiter à l'hôpital, mais s'il se complique, il est « mystique » et nécessite des soins chez un guérisseur. Cependant, cette vision des choses n'est pas forcément partagée par tous et n'est pas statique. En effet, le chapitre 4 montrera que les représentations collectives de la maladie ne sont pas des ensembles figés, mais plutôt des « recouvrements partiels » (Olivier de Sardan, 1999 : 18). Ces derniers possèdent des noyaux de significations à peu près stables, mais avec des variantes périphériques : en effet, ils peuvent se modifier en fonction du contexte économique et socioculturel dans lequel ils s'insèrent. La partie sur les itinéraires thérapeutiques fera ressortir les facteurs intervenant dans le choix et les changements des soignants.

Le chapitre 5 présentera les points de vue et les pratiques des guérisseurs, qui partagent avec la population l'explication locale de l'atom (« maladie simple », « maladie mystique ») et certaines définitions du problème (transgression d'un interdit, attaque en sorcellerie).

⁵ Les notions d'« atom simple » et d'« atom mystique » seront explicitées dans le chapitre 4.

Initialement, le questionnement de la recherche a été induit et influencé par le mandataire de l'étude, le Dr. B, représentant du Bureau régional d'ALES au Cameroun et en République Centre Africaine et responsable de l'UB à l'hôpital d'Ayos. Ce dernier supposait que les interprétations locales de l'UB empêchaient la modification des pratiques. Dans un entretien effectué en Suisse au siège d'ALES à Berne, en mars 2003, il mentionnait : « *Il faut agir sur les mentalités des gens et collaborer avec eux pour les aspects cliniques* ». Cependant, il reconnaissait l'existence d'autres facteurs comme la distance, le coût, la durée du traitement : « *Si tu peux manger à ta faim, cela signifie que tu n'es pas pauvre. En ce qui concerne l'accès aux soins, c'est différent. Les gens peuvent seulement se soigner pour des traitements de courte durée ; sur une longue période, comme c'est le cas pour l'UB, personne ne peut se payer le traitement. C'est bien le problème avec l'UB* » (15 juillet 2003).

Au fil de l'investigation de terrain, il a fallu se dégager de la problématique définie par ALES et considérer l'ONG comme un "objet d'étude" au même titre que les autres. En effet, du fait de la perspective anthropologique, tous les acteurs concernés par l'affection et leurs points de vue devaient être mis sur un pied d'égalité. En outre, la situation sur place n'était pas telle qu'elle avait été définie par ALES, par le Dr. B. et par le personnel soignant de l'hôpital. Ce groupe d'acteurs mentionnaient par exemple une concurrence entre les tradipraticiens ou un nombre élevé de « charlatans » dans cette profession⁶, ce qui ne correspondait pas à la situation effective. De même, des campagnes informatives avaient eu lieu et avaient eu un impact sur la population : beaucoup d'individus préféraient alors se faire soigner à l'hôpital.

En outre, cette étude a mis en évidence des « lieux d'articulation »⁷ entre les trois groupes, qui se rapportent aux pratiques, à la thérapie, à certaines conceptions et discours. En effet, les différents acteurs concernés par l'UB partagent des éléments communs insoupçonnés de leur part et entretiennent des relations directes et indirectes. Ces « lieux d'articulation » ont un impact sur les diverses définitions du problème sanitaire de l'UB et semblent faciliter le passage d'une représentation à une autre. Par exemple, la nomination de la maladie au sein de chaque groupe, la description des symptômes apparents, le traitement symptomatique, possèdent des caractéristiques communes.

⁶ Le médecin-chef du district de santé d'Ayos sous-entend par exemple qu'il y a de nombreux imposteurs : « *L'UB, c'est un peu le fond de commerce des guérisseurs, dans un même village, il y a au moins 5 guérisseurs. Chez moi à Kribi, pour être guérisseur, c'est un don, il faut aussi un apprentissage. Pas tout le monde ne peut être guérisseur* » (24 juillet 2003).

⁷ Les « lieux d'articulation » sont des logiques représentationnelles, des pratiques et des événements (c'est-à-dire des lieux physiquement partagés) que les groupes d'acteurs ont en commun.

La notion de « lieux d'articulation » montre que des rapprochements sont possibles entre les divers groupes.

1.2. Cadre théorique

L'anthropologie médicale a montré que la maladie ne concerne pas seulement l'individu affecté dans son corps biologique, mais également sa famille, sa communauté, des thérapeutes, des "professionnels" de la santé, des institutions publiques, des institutions administratives et politiques, bref, la société dans sa totalité. En outre, la maladie est « construite » culturellement, car elle reflète les valeurs, les interdits, les orientations d'une culture (Benoist 1996 : 150).

L'anthropologie médicale n'est donc pas un domaine scientifique à part, mais une partie du savoir anthropologique qu'elle contribue à restituer (Fainzang : 859). Elle a pour objectif d'étudier les représentations de la maladie et les réalités physiologiques du corps dans son environnement naturel, social et culturel (Rossi 1997 : 4). En effet, au sein de leur société, les individus se transmettent des modèles qui expliquent la maladie et lui donnent des formes d'expression : « *L'anthropologie de la maladie est avant tout la recherche de tous ces langages, de leurs codes, de leurs références à divers niveaux de la culture* » (Benoist 1996 : 153)

Cette étude s'inscrit dans une telle perspective en se penchant sur les réponses que les trois groupes d'acteurs donnent à l'*UB*, sur leurs manières d'agir face à la maladie et sur l'insertion de cette dernière dans le contexte économique et socioculturel de la communauté. Elle souligne les divergences et les rapprochements possibles entre les trois groupes, cherche à comprendre quelles sont les raisons des démarches des malades. Elle s'intéresse à la dynamique des explications et des pratiques, démontre qu'elles font parties d'un processus et d'une expérience.

En outre, la notion de « lieux d'articulation » indique que les dichotomies classiques de l'anthropologie médicale, « maladie naturelle », « maladie surnaturelle », « aspect magique », « aspect religieux »⁸, qui ont été largement abordées dans la discipline, doivent être dépassées⁹ lorsque l'on aborde le champ de la maladie.

⁸ Ackerknecht (1942) a introduit la distinction entre « maladie naturelle » et « maladie surnaturelle », qui a été reprise par Foster (1976). Rivers (1924) a distingué les aspects « magiques » (croyance dans la capacité de l'homme à manipuler les forces de l'univers) et les aspects « religieux » (un pouvoir surnaturel agit sur les événements et le contrôle de ces derniers) qu'il a opposé à une vision « naturaliste » caractéristique de la biomédecine (les phénomènes sont soumis à des lois

Cette recherche ne fait pas non plus de distinction entre « anthropologie médicale », « anthropologie de la maladie » ou « anthropologie de la santé ». Elle touche aux trois domaines à la fois :

- à l'« anthropologie médicale », car elle considère et montre que l'ulcère de Buruli est lié à l'ensemble des aspects de la vie du groupe (parenté, économie, politique...), que la maladie est l'objet de représentations en lien étroit avec l'organisation sociale et le système de pensée des populations étudiées (Fainzang 1990 : 853) ;

- à l'« anthropologie de la maladie », car elle se penche sur l'usage que fait la société étudiée de l'affection pour affronter ses transformations ou assurer sa propre reproduction (Zempléni 1985 : 19) et s'intéresse aux perceptions et aux pratiques liées à la maladie, à leur insertion dans la culture locale. Dans la ligne de Augé (1986), elle montre que la maladie est un événement à la fois individuel et social, qui fait d'un désordre biologique un désordre social mis en forme symboliquement et participant de théories générales qui servent à penser le social dans son ensemble (Fainzang 1990 : 854).

- à l'« anthropologie de la santé », c'est-à-dire à l'anthropologie appliquée au domaine médical (Bonte & Izard 1992 : 437), car elle se penche sur les facteurs socioculturels influençant les comportements des malades, dans l'espoir que les conditions d'accès aux soins soient davantage améliorées.

Mais surtout, comme l'expose Rossi (1997 : 4) à travers une citation provenant de la revue AMADES (1992) concernant le présent de l'anthropologie médicale appliquée,

« l'anthropologie médicale serait plutôt une nébuleuse de courants de recherche, d'idées, de toutes sortes d'approches », qui ont chacune des finalités différentes.

naturelles). Horton (1967) a remis en cause les dichotomies utilisées pour conceptualiser la différence entre pensée scientifique et pensée religieuse traditionnelle (telles que rationnel/magique, empirique/non empirique, abstrait/concret, naturel/surnaturel).

⁹ Les outils de l'anthropologie médicale m'ont permis d'analyser les représentations, de mettre de l'ordre dans les propos des informateurs. La distinction entre « maladie naturelle » et « maladie mystique » correspondait aux catégories locales (voir chapitre 4). Cependant, d'une manière générale, classifier les maladies en catégories doit uniquement servir d'instrument d'analyse.

1.3. Situation géographico-historique de la maladie

L'ulcère de Buruli est une maladie des régions tropicales et subtropicales, dont l'agent pathogène, le *Mycobacterium ulcerans*, ressemble fortement à celui de la lèpre et de la tuberculose (Portaels et al. 2001 : 4). Il a été découvert et documenté pour la première fois par MacCallum et al. en Australie en 1948. Puis, de nombreux cas se sont déclarés en Ouganda en 1958, dans la région de Buruli où la maladie semble exister depuis 1897 (Portaels et al 2001 : 3).

D'après l'*OMS*, l'incidence de l'ulcère dans le monde a augmenté de façon alarmante depuis une dizaine d'années. Actuellement, les principaux foyers endémiques sont l'Afrique, le Pacifique ouest, l'Asie et l'Amérique du Sud¹⁰. En 1998, l'*OMS*, qui a reconnu l'*UB* comme une importante maladie émergente suite à la demande de pays d'Afrique de l'Ouest, a lancé une « Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli » et formé un groupe consultatif composé des représentants des Ministères de la Santé des pays touchés, de chercheurs et d'ONGs afin de favoriser et de coordonner la lutte contre cette maladie¹¹.

En Afrique, l'*OMS* a signalé 25 pays touchés : des cas ont notamment été rapportés en Angola, au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Congo, en Côte d'Ivoire, en République Démocratique du Congo, au Gabon, au Ghana, en Guinée, au Kenya, en Ouganda, au Soudan, en Tanzanie et au Togo. Depuis 1980, l'affection a connu une recrudescence en Afrique de l'Ouest¹².

Au Cameroun¹³, cette affection a été décrite pour la première fois en 1975 par Ravisse et al, puis en 1977 par Boisevert. Ces auteurs avaient identifié 47 cas provenant tous d'un foyer localisé dans la vallée du Nyong, entre les villes d'Ayos et d'Akonolinga (Département du Nyong et Mfoumou, Province du Centre). En 2001, les contrôleurs lèpre des districts

¹⁰ Voir Annexe 1 : fig. 1

¹¹ Ce groupe consultatif réunit une fois par année à Genève les acteurs engagés dans la lutte contre l'*UB* : diverses ONGs, des coordinateurs nationaux (c'est-à-dire des responsables politiques et scientifiques) et des chercheurs. Lors de ce colloque, les bilans annuels des programmes nationaux de lutte et des ONGs sont présentés, les avancées des recherches microbiologiques (comme par exemple l'identification des vecteurs de transmission) et médicales (comme l'antibiothérapie, la mise au point d'un vaccin) sont aussi présentées et discutées. Des lignes générales et des directives sont établies pour l'année suivante. Les pays bénéficiant d'une plus longue expérience dans la lutte en font profiter les pays récemment touchés par l'affection. Le but de l'« Initiative mondiale contre l'*UB* » est de promouvoir la recherche médicale, de coordonner le travail des différentes ONGs et autres partenaires, de fournir une assistance technique, d'élaborer du matériel éducatif adapté aux besoins des pays, de favoriser la détection rapide de nouveaux cas (en établissant des programmes de surveillance) et de mobiliser l'aide en faveur des pays touchés. En un mot, l'*OMS*, qui joue avant tout un rôle politique dans ce groupe, coordonne la lutte au niveau mondial, veille à l'application des recommandations établies et aide financièrement certains pays, particulièrement ceux qui sont nouvellement engagés dans la lutte (comme par exemple le Togo ou le Burkina Faso). Cependant, selon le responsable de l'*UB* à l'*OMS*, le Dr. Kingsley Asiedu (10 juin 2003), chaque pays gère son programme de manière indépendante et résout ses problèmes par lui-même.

¹² Voir Annexe 1 : fig. 2

¹³ Voir Annexe 1 : fig. 3

sanitaires d'Ayos et d'Akonolinga ont constaté l'existence d'une endémie d'ulcères chroniques et mutilants dans cette région. Par conséquent, le Ministère de la Santé de ces deux régions et les ONG *Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse (ALES)* et *Médecin Sans Frontières-Suisse (MSF)* ont décidé de mener une enquête épidémiologique. Cette dernière a été réalisée en août 2001 dans la province du Centre et a couvert 85 villages, soit une population de 98 000 habitants (ce qui représente le 75 % de la population totale des deux districts). L'enquête a recensé 438 cas, ce qui donne une prévalence de 4,4¹⁴. La situation a été considérée comme alarmante par certains experts, à cause des conséquences sociales, économiques et psychologiques de l'affection. En regard de ces raisons, une intervention a été mise en place dans la région d'Ayos depuis 2001 par le Ministère de la Santé du Cameroun en collaboration avec deux partenaires principaux : *ALES* et *MSF* (voir chapitre 3.1.).

1.4. Foyer endémique au Cameroun

Le foyer endémique au Cameroun se rapporte à la zone d'Ayos et d'Akonolinga. Selon le contrôleur et « superviseur lèpre » employé par *ALES*, qui a pour tâche de répertorier les nouveaux malades et de sensibiliser la population à l'*UB*, on dénombrait déjà quelques cas d'ulcère dans les années 60 dans le district d'Ayos. Mais d'après les témoignages recueillis auprès des sources locales, cette maladie semble avoir toujours existé (voir chapitre 4.1.). Plusieurs hypothèses ont été émises sur l'origine de son apparition. D'après certaines personnes, une grande sécheresse, responsable de nombreux incendies sur des centaines d'hectares, a sévi dans la région en 1982 : de nombreux marécages ont brûlé, des zones forestières ont été défrichées, ce qui a créé des lacs artificiels où la population allait pêcher. A partir de là, une recrudescence de la maladie a été constatée. Mais selon le médecin-chef du district de santé d'Akonolinga (15 juillet 2003), qui citait un géologue, la maladie daterait de 1913. Cette année-là, un tremblement de terre a affecté et modifié le bassin du Nyong et par conséquent, le débit du fleuve s'est considérablement ralenti¹⁵.

En un mot, le foyer endémique est bien délimité, principalement concentré dans le Bassin du Nyong, dans les villages riverains du fleuve, qui font partie de zones semi-urbaines et rurales.

¹⁴ La prévalence indique la proportion de la population touchée par la maladie à un moment donné.

¹⁵ Dans le chapitre 3.3, nous verrons que les eaux stagnantes sont un facteur de risque pour contracter la mycobactérie.

2. Terrain et méthode

2.1. Une anthropologue face à l'ulcère ? Origine de la demande

La demande d'une étude anthropologique provient du Dr. B., qui est le responsable du Bureau régional d'*ALES* pour le Cameroun et la République Centre Africaine (pour la lèpre, la tuberculose et l'*UB*). Son travail consiste à surveiller les budgets et la réalisation des activités sur le terrain. En fonction des besoins qui se présentent, il fait des propositions à *ALES*, qui décide ou non d'octroyer un financement (notamment à propos des infrastructures et des études à effectuer). *ALES* lui laisse donc une grande marge de manœuvre, voire les pleins pouvoirs sur le terrain. En octobre 2002, j'ai eu l'occasion de rencontrer le Dr. B., lors d'une de ses visites en Suisse, dans le cadre informel d'un souper pour des étudiants. La mère d'une des participantes, Mme A., travaillait pour *ALES*¹⁶ et avait organisé cette rencontre afin de sensibiliser des jeunes à l'*UB* et de recruter des bénévoles pour se rendre au Cameroun. Le docteur nous a alors appris l'existence de cette affection, a projeté un film sur l'hôpital d'Ayos et l'état de la lutte contre l'*UB*. A ce moment-là, mis à part l'enquête épidémiologique mentionnée plus haut, aucune étude sur la maladie n'avait été entreprise dans la région d'Ayos, les infrastructures sanitaires étaient en voie de rénovation et la prise en charge des cas débutait. Par conséquent, le docteur voulait bénéficier de l'aide d'étudiants, notamment en anthropologie, biologie, géographie et médecine, afin de faire avancer la recherche et avoir des informations supplémentaires sur l'*UB*. Lors de cette réunion, il a mentionné la nécessité de mener une recherche ethnographique sur la maladie et les représentations l'entourant, car, d'après ce qu'il avait entendu dans la population, elle était fréquemment liée à la sorcellerie.

Avant de partir sur le terrain, j'ai rencontré le docteur à deux autres reprises : en novembre 2002, à nouveau dans le cadre informel d'une agape qui réunissait les étudiants intéressés, et en mars 2003, au siège d'*ALES* à Berne où j'ai pu également m'entretenir avec le directeur de l'ONG. Je me suis engagée auprès du docteur et d'*ALES* quelques temps après la deuxième rencontre à fin novembre 2002. Dès lors, j'ai entretenu une correspondance par courrier électronique avec le Dr. B. et Mme A., qui a parfois servi d'intermédiaire entre le médecin et moi, afin d'avoir plus d'informations sur la maladie et le travail à effectuer. Au mois d'avril 2003, le Dr. B. m'a envoyé les résultats d'une « enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations d'Ayos et d'Akonolinga sur l'ulcère de Buruli » et les termes de

¹⁶ En juillet 2003, lorsque je suis arrivée au Cameroun, j'ai appris avec surprise qu'elle ne travaillait plus pour *ALES* : mon projet se trouvait en quelque sorte orphelin, car il perdait l'instigatrice du partenariat entre l'ONG, l'hôpital et les étudiants.

références pour le travail que je devais effectuer. Dans ce document, il précisait la durée du terrain (deux mois pour la mise en place d'un protocole et trois mois pour le terrain à proprement parler) et du début de la rédaction (un mois). Il pensait aussi mettre sur pied une collaboration avec un étudiant camerounais et un professeur de sociologie. La communication entre le docteur et moi a passablement bien fonctionné dans la phase de pré-terrain, mais a connu certaines difficultés sur place, comme je l'aborderai dans le point 2.6. consacré aux problèmes de terrain.

Pour bien comprendre la demande et le recours à l'anthropologie, je vais exposer dans les paragraphes suivants la position du Dr. B., du directeur d'ALES et du responsable de l'UB à l'OMS. Cela nous permettra de saisir brièvement¹⁷ leurs positions face au problème de l'UB et ce qu'ils attendaient de cette recherche. Comme mentionné plus haut, leur définition de la situation a d'abord eu un impact considérable sur la problématique de mon étude.

Le Dr. B. considère cette affection comme un problème de société. Pour lui, l'essentiel est d'agir sur les « mentalités » et en quelque sorte, faire adhérer la population à la vision biomédicale : *« L'approche clinique est bien maîtrisée, contrairement à l'approche communautaire. L'élite adhère aux croyances populaires, croit que l'atom est lancé. Il faut mettre l'élite de notre côté. Au Cameroun, la tradition est encore très importante, on emprisonne des gens, car on croit qu'ils ont lancé l'atom. Nous devons aller à l'encontre de ça »* (16 août 2003). Dans cette citation, il met l'accent sur les notions de croyances et de tradition, qui selon lui, constituent un frein pour la biomédecine. Il oppose l'explication et l'approche populaire de la maladie à celle de l'hôpital. Cette façon de percevoir la situation est courante au sein du personnel soignant, comme nous pourrions le constater dans le chapitre 3.

En mars 2003, comme je l'ai mentionné précédemment, le Dr. B. a mené une enquête quantitative descriptive¹⁸, avec l'aide des responsables des centres de santé et des médecins-chefs des districts de santé d'Ayos et d'Akonolinga, sur les « Connaissances, Attitudes et Pratiques » de 1400 personnes habitant dans le Département du Nyong et Mfoumou. Les résultats ont mis en évidence l'importance des représentations locales sur la maladie,

¹⁷ Leurs points de vue seront plus amplement exposés dans le chapitre 3.

¹⁸ Ce type d'études permet de quantifier des phénomènes sociaux, sanitaires et comportementaux sur une grande échelle. Elles sont menées sur la base d'un questionnaire à choix multiple, qui induit les réponses. Elles reposent sur l'affirmation qu'il y a une relation directe entre le savoir et l'action, et par conséquent, qu'en changeant les perceptions, le comportement se modifie aussi (Hausmann-Muela 2003 : 3-5).

Les questionnaires ont été conçus par le Dr. B. avec l'aide du « superviseur lèpre », des membres du système de santé d'Ayos et d'Akonolinga et des médecins-chefs des deux districts de santé.

notamment dans l'explication qui lui est attribuée. De plus, un problème de confiance et de compréhension entre les malades et l'hôpital est apparu : selon les enquêteurs, les gens ne comprenaient pas forcément pourquoi l'hôpital voulait soulager les souffrances des malades, car selon eux, la maladie était méritée (elle était considérée comme une juste récompense lorsque quelqu'un enfreignait une norme sociale) (voir chapitre 4). D'après cette enquête CAP, 64 % des répondants ont déclaré que l'*atom* pouvait être évité si l'on ne portait pas atteinte aux biens d'autrui (éviter d'uriner dans les champs et de toucher à la propriété de son prochain). Selon le Dr. B., cette attitude ne facilite pas la sensibilisation, car les efforts entrepris par l'hôpital pour lutter contre l'*UB* sont interprétés comme un encouragement à certains fléaux (comme par exemple le vol). Ces conclusions l'ont incité à recourir à une étude anthropologique afin de comprendre les concepts, les phénomènes et les définitions en rapport avec la maladie, de les valoriser et de les incorporer dans les plans sanitaires. Dans les termes de références qu'il a établis pour mon travail, il mentionne : « *Il ressort de cette enquête [de l'enquête CAP] la préoccupation de valoriser et capitaliser les connaissances, croyances, attitudes et pratiques des populations afin que celles-ci puissent être intégrées dans les politiques et démarches de santé pour la prise en charge de la maladie* » (Termes de références pour étude sur l'ulcère de Buruli, période de juillet à décembre 2003). Les données qualitatives d'une étude anthropologique permettraient donc de mieux penser l'organisation des soins et serviraient à identifier et à élaborer des messages d'information, d'éducation et de communication (IEC), à organiser une prévention adéquate avec des supports de sensibilisation adaptés¹⁹. Dans un entretien que nous avons effectué au bureau d'ALES à Berne, au mois de mars 2003, il parlait de l'enquête CAP²⁰ et de l'anthropologie : « *Les enquêtes CAP dégagent les grandes lignes, donnent une idée générale de la situation. L'anthropologue va dans le détail. Le but est de trouver une solution [...] Le résultat des travaux anthropologiques va permettre d'établir les lignes préventives. L'anthropologie permet d'établir les détails, c'est un travail qualitatif* ».

Son objectif principal est de sensibiliser les populations pour un changement de comportements vis-à-vis de l'*UB*, de trouver une solution pour que les gens se rendent rapidement dans les structures sanitaires²¹. Son approche de santé communautaire consiste à travailler en douceur, à préparer les gens psychologiquement à aller à l'hôpital et non pas à les

¹⁹ Bien que quelques séances d'informations aient déjà eu lieu dans certains villages (voir chapitre 3.6.2), une véritable politique de sensibilisation doit encore être mise sur pied.

²⁰ Selon le « superviseur lèpre » (31 juillet 2003), cette enquête a été menée uniquement dans le but de connaître les représentations et les pratiques de la population et non de sensibiliser. Les enquêteurs ont seulement posé des questions.

²¹ Voir à ce propos le chapitre 3.5. concernant la définition du problème selon les acteurs biomédicaux.

forcer. Il suggère de ne rien leur imposer, mais de les faire aller progressivement dans son sens, de les faire adhérer au projet. Pour lui, il est donc important de connaître le terrain, la communauté : « *La meilleure approche pour la réussite d'un travail est de susciter l'adhésion des gens, les impliquer, les responsabiliser. Dans la santé communautaire, tout est une question de perception des gens, de la population. Il faut voir ce qu'ils pensent et en faire quelque chose, aller dans leur sens. Rien n'est laissé au hasard chez les gens. Avant d'entreprendre quelque chose, il faut bien voir les perceptions des gens. Il est important d'avoir un regard extérieur, une autre approche pour dire ce qu'il y a à améliorer, faire des propositions. Il faut être ouvert face aux autres* » (16 juillet 2003).

En outre, il estime aussi que la médecine traditionnelle ne doit pas être négligée, car elle est une « composante ancestrale » dans le secteur santé et reste une référence pour la plupart des malades. C'est pourquoi, il aimerait une plus grande implication des tradipraticiens²² dans la lutte contre l'UB.

ALES, représentée par son directeur, a jugé également nécessaire de recourir à une étude anthropologique. Selon ce dernier, il semble également impératif que les malades se rendent à l'hôpital dès les premiers symptômes, pour éviter de grandes interventions chirurgicales et un séjour de longue durée en milieu hospitalier. D'après lui, il faut agir sur les mentalités : « *Comme la lèpre, l'ulcère de Buruli est lié à un stigmat. On croit que la maladie est un sort qui vous a été jeté. Beaucoup d'innocents croupissent en prison parce qu'ils sont accusés de sorcellerie. On suppose qu'ils sont des centaines. Le "travail lèpre" a démontré qu'il est difficile, mais pas impossible de briser de telles croyances* » (Mars 2003). Il estime qu'un travail anthropologique permettrait d'établir des lignes préventives et servirait de base pour comparer avec d'autres sites sur lesquels se développe aussi l'ulcère. Pour sa part, ALES suppose qu'un changement de comportement passe par une modification des croyances.

La politique prônée par le responsable de l'UB à l'OMS, va dans le même sens que celle du Dr. B. : d'après lui²³, il semble primordial d'informer les tradipraticiens, de les faire participer, de les intégrer en créant une collaboration car, en Afrique, 80% des malades de l'UB a recours aux guérisseurs traditionnels. Le but ne serait pas d'imposer la vision biomédicale, mais d'essayer de coopérer et de trouver une solution conforme au contexte

²² Ce terme est employé par le personnel biomédical et les responsables de l'OMS pour désigner les guérisseurs traditionnels. Les informateurs locaux (guérisseurs, malades, villageois) utilisent le terme de « guérisseurs » en français. Ils parlent aussi de « soins à l'indigène », de « traitement à l'indigène » ou « de se traiter traditionnellement ». Lorsque je ferai référence aux soignants traditionnels, j'emploierai généralement le terme « guérisseur », mais parfois celui de « tradipraticien » (surtout dans le chapitre consacré aux points de vue institutionnels).

²³ Ces propos ont été recueillis lors d'un entretien effectué le 10 juin 2003, au siège de l'OMS à Genève.

local. Il estime qu'il est nécessaire d'adapter la lutte à chaque pays, car les comportements diffèrent d'une région à l'autre et divers facteurs (comme la religion, la langue, la distance géographique, les possibilités économiques, l'éducation...) ont un impact sur la façon dont les gens considèrent l'affection. D'une manière générale, l'*OMS* a mentionné la nécessité d'avoir des études socio-économiques et culturelles sur la maladie, afin de prendre en compte tous les aspects liés à l'*UB*. Le responsable de l'*UB* à l'*OMS* s'est montré particulièrement intéressé par un travail sur les guérisseurs, car, jusqu'à présent, la plupart des rapports qu'il a vus concernaient les patients. De plus, les seules informations qu'il possède sur les guérisseurs proviennent des malades et non des tradipraticiens eux-mêmes. Il a souligné l'importance de connaître tous les points de vue sur l'*UB*, car le problème ne s'arrête pas aux malades.

2.2. Choix et intérêt du sujet

La rencontre avec le Dr. B. en octobre 2002 m'a profondément bouleversée. Son offre de collaboration m'a, d'une part, permis de parfaire ma formation en anthropologie en menant une recherche appliquée, et d'autre part, a comblé mon désir de travailler pour améliorer la qualité de vie de certaines populations. Ce travail a tenté de s'inscrire modestement dans le mouvement humanitaire amorcé par le Dr. Eugène Jamot, parti d'Europe avec son bagage scientifique, pour lutter contre une affection inconnue sur son propre continent, la maladie du sommeil. Grâce à son effort, il a réussi au fil des années, à faire connaître ce mal au monde entier et à éradiquer ce fléau du Cameroun et plus particulièrement de la région d'Ayos.

Comme nous l'avons vu plus haut, la maladie concerne tous les aspects de la vie d'une personne et d'un groupe (physique, psychologique, économique, politique, religieux, social). Par conséquent, elle ne relève pas seulement de la dimension biomédicale, mais aussi de la dimension socioculturelle. Une communauté interprète la maladie selon ses propres catégories de pensées et système de valeurs et l'intègre dans une histoire collective. Par conséquent, une formation en anthropologie permet de prendre la distance nécessaire, de porter un regard ouvert dans une situation de pluralisme médical, d'identifier les logiques sociales qui entourent la maladie. L'ethnologue, qui agit en simple observateur au milieu de systèmes sanitaires distincts, peut servir de médiateur, de relais entre les malades et les soignants, entre des conceptions différentes de la médecine. Cette recherche en anthropologie appliquée, qui a porté sur un problème de santé publique, a fourni des données qualitatives, qui seront peut-être utiles pour organiser un plan de collaboration adapté aux institutions sanitaires concernées, car elle a pris en compte les explications, les représentations et les techniques de

soins des divers types de soignants. L'aspect pragmatique de cette enquête de terrain permettra peut-être d'élaborer une répartition pertinente des tâches entre guérisseurs et hôpital.

De plus, cette recherche a une portée scientifique, car jusqu'à présent, aucune étude anthropologique n'a été menée sur l'*UB*, maladie relativement inconnue au niveau mondial et abordée la plupart du temps sous un angle médical. Le terrain présente donc un intérêt scientifique évident, apportera des connaissances sur un mal encore ignoré dans sa dimension sociale.

Cette affection a également de lourdes conséquences dans la vie des individus : au niveau physique, elle peut laisser des cicatrices et parfois des handicaps profonds (comme une ankylose²⁴ ou une rétraction des membres); au niveau psychologique, les souffrances endurées peuvent marquer une personne à vie, générer des sentiments de honte (certains malades cachent par exemple leurs cicatrices sous des vêtements); au niveau social et économique, elle peut empêcher la poursuite d'une activité lucrative, scolaire ou autre (certains anciens patients ont vu leur avenir modifié, suite à l'interruption de leur scolarité pendant plusieurs mois, à cause de la maladie), elle peut conduire à la mise à ban de certains individus (notamment en ce qui concerne les accusations en sorcellerie, qui aboutissent parfois à des emprisonnements). Pour ces diverses raisons, il s'avère donc indispensable d'étudier les représentations et pratiques liées à cette affection.

En résumé, les connaissances scientifiques accumulées dans ce travail serviront peut-être à une application socio-politique afin d'améliorer la lutte contre l'*UB* et la collaboration entre les divers groupes d'acteurs.

2.3. Choix du milieu d'étude : un terrain en deux lieux et deux parties

L'enquête a eu lieu dans le district de santé d'Ayos (Département du Nyong et Mfoumou), siège de la maladie avec le district de santé d'Akonolinga. En effet, comme je l'ai mentionné plus haut, l'*UB* est apparu pour la première fois au Cameroun dans ces deux régions, plus précisément dans certains villages riverains du Nyong. L'étude s'est principalement déroulée en deux lieux et deux parties²⁵ :

²⁴ Une ankylose est une diminution ou une impossibilité absolue des mouvements d'une articulation. Voir Annexe 2 : fig. 7

²⁵ Cependant, lors de mon retour en Suisse, le terrain n'était pas encore complètement terminé, car toute interaction avec les infrastructures biomédicales ou liées à la biomédecine (comme par exemple la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif spécial

Premièrement, j'ai séjourné deux mois à l'hôpital d'Ayos²⁶ (juillet et août 2003), établissement spécialisé dans le traitement de l'*UB* depuis 2001 grâce au financement d'*ALES*. Ce séjour m'a permis de comprendre le travail de l'ONG et de ses employés, de me familiariser avec l'affection, le cadre hospitalier et les malades, d'appréhender les explications de la maladie fournies par les patients et le personnel soignant. Durant ce temps, je me suis aussi rendue plusieurs fois à l'hôpital d'Akonolinga où travaille l'organisation *Médecin Sans Frontière-Suisse*, partenaire d'*ALES* dans la lutte contre l'*UB*. Le séjour en milieu hospitalier m'a permis de mettre en lumière les relations entre les deux ONGs, les conditions de travail et d'hospitalisation dans les deux établissements et les représentations du personnel soignant sur la maladie et les patients. A ce moment-là, cette première partie du terrain faisait office de pré-terrain destiné à la récolte de pistes pour la suite de l'étude. Mais en fin de compte, les données recueillies lors de cette période ont été utilisées au même titre que les autres, car l'infrastructure sanitaire était un acteur à part entière dans la lutte contre l'*UB* et devait être considérée au même niveau que les autres groupes d'acteurs. Durant ces deux mois, j'ai vécu au rythme des malades et j'ai partagé leur quotidien, car je logeais dans l'enceinte de l'hôpital, dans un bâtiment situé à côté de leur dortoir. J'ai assisté aux séances de soins (changement des pansements), à diverses réunions de travail du personnel médical. J'ai fait des activités avec les enfants hospitalisés²⁷, (lecture, jeux, accompagnement au terrain de foot pour assister au tournoi estival annuel) et j'ai passé mes soirées à leurs côtés, à bavarder et à jouer devant leur dortoir en attendant que le sommeil nous prenne. Ma présence permanente a permis d'une part d'établir un climat de confiance et d'amitié avec les patients et le personnel hospitalier, d'autre part d'effectuer une observation directe des conditions de séjour dans cette infrastructure et une observation participante²⁸. L'ambiance conviviale avec les sujets d'étude a facilité la récolte d'informations, qui s'est faite la plupart du temps sous forme d'entretiens informels semi-directifs ou d'entretiens libres consignés sous forme de notes²⁹. Parfois, certaines personnes venaient me trouver pour me parler spontanément de la maladie et de leur expérience. L'avantage d'une étude sur une affection est qu'elle suscite des réactions et un discours, sans que l'ethnologue ait forcément besoin d'aborder le sujet. En effet, souvent,

de l'*OMS* sur l'ulcère de Buruli », qui a eu lieu à Genève du 8-11 mars 2004) s'est avérée être du matériel ethnographique supplémentaire.

²⁶ Voir Annexe 2 : fig. 4

²⁷ Voir Annexe 2 : fig. 9

²⁸ J'évoquerai l'observation directe, l'observation participante et les entretiens dans le point 2.4. concernant les techniques de collecte des données.

²⁹ Les entretiens ont été menés auprès de 4 malades, 1 ancien malade et 3 parents de malades. En ce qui concerne le personnel soignant et les responsables d'ONGs, 19 personnes ont été interrogées avant, pendant et après le terrain. A ce propos, voir Annexe 10 : Liste des informateurs.

lorsque les habitants d'Ayos et des villages environnants s'enquéraient de ma présence et de mes activités, ils me faisaient part de leur opinion sur l'*UB*. Cette première enquête en milieu hospitalier, dont les divers entretiens menés ont initialement servi d'entretiens exploratoires, m'a permis d'affiner mes outils et questions de recherche en vue de ce que je pensais être le terrain à proprement parler : l'investigation dans un village touché par l'ulcère.

Deuxièmement, j'ai donc vécu deux mois (novembre et décembre 2003) dans le village d'Akam Engali³⁰, situé au cœur de la forêt équatoriale et circonscrit par le fleuve Nyong. Akam Engali est considéré par la population de la région comme le fief de la maladie, d'une part parce que la personne considérée comme "responsable" de l'affection a été identifiée³¹, d'autre part à cause de l'ampleur et de l'ancienneté de cette dernière en ce lieu : les premiers cas d'ulcère ont été identifiés dans les années 80, mais l'affection semblerait exister depuis plus longtemps (voir chapitre 4.1.). En outre, selon les habitants, 40% de la population en a été victime.

Ce village est aussi considéré comme un « village-pilote » par les autorités administratives et sanitaires, car il fut l'un des premiers à bénéficier de la sensibilisation et à collaborer avec l'hôpital d'Ayos. En effet, l'équipe médicale, composée du médecin-chef et d'un infirmier, a organisé des visites et a profité des campagnes de vaccination pour instruire et informer les habitants sur l'*UB*. Lors de telles rencontres, ils ont distribué des affiches et des brochures sur la maladie, ont expliqué le point de vue de l'hôpital aux villageois. De plus, le chef du village, dont la famille a été particulièrement touchée par la maladie (4 enfants, 3 neveux et une belle-sœur malades), envoyait régulièrement des malades à l'hôpital lorsque des signes suspects apparaissaient sur le corps d'un individu (nodule, membre gonflé, plaie³²).

Le fait qu'Akam Engali dispose d'un chef coopératif et soit un important foyer endémique bien connu du personnel médical, a amené le médecin-chef du district de santé d'Ayos à me proposer d'effectuer ma recherche en ce lieu. Les démarches concernant mon introduction ont été entreprises par le médecin, avec qui j'ai rencontré deux fois le chef du village : une première fois pour lui expliquer l'objet de mon étude et lui demander son accord, une deuxième fois pour discuter des modalités de mon hébergement. Ces réunions ont chaque fois eu un caractère formel, du fait de la présence du médecin. Le chef s'est montré très ouvert

³⁰ Voir Annexe 2 : fig. 6 et 8

³¹ Nous verrons cela dans le chapitre 4.2.2. avec l'exemple d'une thérapie familiale à Akam Engali.

³² Voir chapitre 3.2. pour la description biomédicale de l'affection.

face à ma recherche, toujours prêt à m'aider ou à me fournir des renseignements et m'a gracieusement logé chez lui durant toute la durée du terrain.

Le jour qui a suivi mon arrivée, une importante réunion de l'Eglise protestante avait lieu au village. Le chef m'a incité à saisir cette occasion pour faire connaissance avec la population. Durant le culte, j'ai donc dû me présenter, exposer les raisons de ma venue dans le village, les objectifs de mon étude et les besoins relatifs à ce travail (notamment avoir deux traducteurs, un homme et une femme). Par la suite, mes interlocuteurs m'ont dit que le temple n'avait jamais été aussi rempli de monde ! Les deux premières semaines, un infirmier mandaté par le médecin chef est venu plusieurs fois m'apporter des réserves d'eau et voir si je me portais bien. Par la suite, comme je m'étais bien acclimatée à la vie en milieu rural, ces visites n'ont plus été nécessaires. J'ai alors été libérée de la tutelle de l'hôpital, qui a certainement eu une influence sur le discours des informateurs (voir chapitre 2.5. sur les statuts, rôles et positions de l'ethnologue).

2.3.1. A propos d'Akam Engali

Akam Engali fait partie de l'aire culturelle des Pahouins, qui recouvre le Cameroun, le Rio Muni et le Gabon (Vincent 2001 : 21). La population de ce village appartient au groupe Béti³³. Au Cameroun, ce groupe rassemble plus d'un demi-million de personnes, réparties principalement dans la Province du Centre autour de la capitale Yaoundé, mais qui s'étendent vers le sud-ouest jusqu'à Kribi, et séparées en différentes "ethnies" (Ibid : 21) : Bulu, Eton, Evuzok, Ewondo, Maka, Mangisa, Mvele, Omvang, Yebekolo. A Akam Engali, Yebekolo et Omvang cohabitent. Ils vivent de pêche, d'agriculture vivrière, de la culture de cacao et de café. Certains habitants pratiquent la chasse, mais dans une moindre mesure : ils posent uniquement des pièges en brousse. Le village, qui compte 430 habitants, s'étale sur 4 km et est entouré par le fleuve Nyong. Pour accéder à Akam Engali, qui est situé à 16 km de la ville d'Ayos, il faut emprunter la route principale sur 10 km, puis une piste en terre, relativement accidentée et escarpée sur 6 km, ce qui représente une heure de marche. Bien que les ressources naturelles soient abondantes (on trouve du macabo et du manioc, du maïs, de l'arachide, du cacao, du café ; du plantain, de la banane douce, des oranges, de l'ananas, des mangues, des papayes, des goyaves, etc), les terrains cultivables manquent à cause de l'enclavement par le fleuve. De plus, les difficultés d'accès au village, dues à une piste

³³ Concernant les difficultés pour déterminer l'origine des Béti, voir Laburthe-Tolra (1981 : 41-126).

accidentée en terre, ne facilitent pas le déplacement en ville pour la vente des produits alimentaires ou pour bénéficier de soins hospitaliers.

Le village est dirigé par un chef, qui a une fonction administrative et politique³⁴ : il est chargé de maintenir l'ordre et l'entente et de récolter les impôts pour les autorités administratives. Il est placé sous la tutelle du préfet et du sous-préfet. En ce qui concerne l'autorité coutumière, le « chef de 3^{ème} degré », c'est-à-dire le chef d'Akam Engali, obéit au chef de groupement omvang, puis au « chef de 1^{er} degré » (qui est un chef de département) et finalement au « chef de 2^{ème} degré » (c'est-à-dire un chef de canton, qui gouverne plusieurs villages). L'autorité coutumière a été intégrée dans la loi et par conséquent est reconnue comme étant différente de l'autorité administrative, mais elles semblent étroitement liées. Le chef est choisi par la population en fonction de critères établis par les pouvoirs publics (comme par exemple jouir d'une intégrité physique et morale), puis il est nommé par le sous-préfet, qui accepte ou non sa candidature, lors d'une cérémonie d'« installation ». Par la suite, il est intronisé par le sous-préfet à l'occasion d'une cérémonie d'« intronisation » en présence d'autres chefs, durant laquelle il revêt un uniforme relatif à sa fonction. Le chef est un personnage-clé pour les autorités administratives, car il fait office d'intermédiaire entre les pouvoirs publics et les habitants, d'informateur et de médiateur entre deux univers distincts : celui des dirigeants politiques et celui de la population. Il permet de faire passer certains messages et est en quelque sorte un instrument du pouvoir politique. Le chef d'Akam Engali est fort apprécié par les pouvoirs locaux, car, comme je l'ai expliqué plus haut, il collabore avec les structures hospitalières pour le problème sanitaire de l'UB en envoyant de nouveaux malades à l'hôpital et il représente le village qui verse le plus d'impôts³⁵ de tout l'arrondissement d'Ayos. Cette fonction est donc un point stratégique à la fois pour les autorités et pour la question de l'UB.

En ce qui concerne le système sanitaire, chaque village possède un délégué de santé qui dépend du District de santé d'Ayos. Les tâches de ce délégué sont d'assister à des réunions deux fois par année et d'aider les infirmiers lors des campagnes de vaccination. Akam Engali dispose donc d'un délégué sanitaire, dont le travail consiste surtout à recenser les enfants de 0 à 5 ans lors des campagnes nationales de vaccination, durant lesquelles le personnel médical distribue des vitamines et vend des médicaments à prix modiques. Les principaux problèmes médicaux rencontrés au village sont le paludisme (le plus important selon les habitants), des

³⁴ Cette fonction désigne un « chef de 3^{ème} degré », comme nous le verrons ci-dessous, qui est responsable d'une localité.

³⁵ Les impôts sont récoltés selon le « bon vouloir » de la population : le chef doit passer dans chaque famille, qui décide ou non d'octroyer de l'argent, selon son envie et ses possibilités.

problèmes intestinaux (amibes et vers intestinaux, diarrhées), la rougeole, des rhumatismes, des hernies, des maux de dos, des maladies sexuellement transmissibles (comme la syphilis), des grossesses précoces et des avortements, l'*atom*, l'*essilik* (une maladie cutanée qui ressemble à l'*atom* et qui attaque les pêcheurs durant une semaine au mois de novembre), l'alcoolisme. Les médicaments sont rares au village, c'est pourquoi, la plupart du temps, il s'avère nécessaire d'aller à l'hôpital d'Ayos, ce qui exige un déplacement coûteux en temps (une demi-journée de marche) ou en argent. Les éléments qui précèdent et le fait que le village compte une importante population par rapport aux autres agglomérations de la région (plus de 400 habitants), ont poussés les villageois à revendiquer un centre de santé.

Le village possède une école, qui existe depuis 1980, et compte actuellement 116 élèves répartis en deux classes (une classe de 76 élèves âgés de 5 à 10 ans, une autre classe de 40 élèves âgés de 11 à 14 ans) avec chacune un professeur. Selon les habitants, avant 1980, les enfants devaient parcourir chaque jour 15 km pour se rendre en classe. Sur place, j'ai pu constater le mauvais état des infrastructures (les bâtiments sont en voie de dégradation) et la faible scolarisation. D'après le directeur de l'école, beaucoup d'élèves arrêtent leurs études après le CEP (certificat d'étude primaire) à cause de la pêche, qui les occupe passablement et leur permet de gagner de l'argent, et des « accouchements précoces ». A Akam Engali, comme dans d'autres localités au Cameroun, il n'est pas rare de voir une jeune femme de 18 ans avec déjà un ou deux enfants. Le directeur de l'établissement scolaire a également souligné le manque d'encadrement parental (sur le plan pédagogique, hygiénique et vestimentaire) lié à des problèmes de surcharge de travail et d'alcoolisme. Ces différents facteurs ont pour conséquence un taux d'alphabétisation très bas et une pénurie d'élite locale (par exemple des cadres dans la fonction publique), qui, selon le chef et certains habitants, pourrait favoriser le développement du village et de ses infrastructures. Ils ont aussi eu une influence sur mon implication dans le terrain, comme nous le verrons au point 2.5. consacré aux statuts, rôles et positions de l'ethnologue.

2.4. Techniques de collecte des données

Les orientations méthodologiques ont reposé sur deux aspects principaux : une revue documentaire et une enquête de terrain.

2. 4.1. Revue documentaire³⁶

La revue littéraire a fournie des informations et des données sur l'UB et a facilité l'élaboration de la problématique. D'une part, j'ai lu des articles spécialisés sur l'UB (littérature médicale, brochures de sensibilisation, études psychologiques et sociales, rapports du Groupe consultatif spécial de l'OMS sur l'UB), d'autre part, j'ai lu des études d'anthropologie médicale³⁷ et des ouvrages méthodologiques sur la pratique de terrain en anthropologie. Une fois la collecte des données achevée, les différentes lectures ont guidé l'analyse.

2.4.2. Enquête de terrain

L'investigation de terrain, comme je l'ai mentionné plus haut, s'est déroulée en deux temps : deux mois à l'hôpital d'Ayos et deux mois dans le village d'Akam Engali. Durant ces périodes, j'ai récolté les informations au moyen de deux techniques : des entretiens avec des informateurs³⁸ et une observation de l'environnement socioculturel dans lequel se développe l'UB.

2.4.2.1. Entretiens individuels approfondis et entretiens spontanés

J'ai mené des entretiens approfondis semi-directifs, des entretiens libres, des entretiens formels et informels avec le personnel soignant, les employés et les responsables d'ONGs, des malades, des parents de malades, des anciens malades, des délégués de centre de santé, des responsables religieux, des enseignants, un huissier de justice et des guérisseurs³⁹. Les entretiens se sont déroulés soit en français, soit en yebekolo avec l'aide de traducteurs. A Akam Engali, les interprètes n'ont pas été sélectionnés au début de l'enquête, comme je pensais le faire lorsque j'ai présenté ma recherche aux villageois, mais sont apparus inopinément : un parent pouvait par exemple faire la traduction ou une personne qui

³⁶ Voir Bibliographie.

³⁷ Le cadre théorique concernant l'anthropologie médicale est exposé dans le chapitre 1.

³⁸ Pour respecter l'anonymat des informateurs, des prénoms d'emprunts ou des initiales fictives leur ont été attribués.

³⁹ Les "personnes interviewées" rencontrés dans le village d'Akam Engali comprenaient plus précisément :

33 parents de malades de tout âge et de tout statut (grand-père ou grand-mère, père ou mère, frère ou sœur ; certains sont des anciens malades), 8 anciens malades, 1 délégué du centre de santé, 2 guérisseurs, 1 enseignant, 1 directeur d'école, 3 responsables religieux (protestants et catholiques), dont deux étaient des parents de malades.

Les informateurs résidants dans des localités avoisinantes (à Aboë, Adoua, Ayos, Bikélé, Emini, Mbega, Mboké, Nyazé, Nguinda-Minfolo, Tomba) étaient composés de 2 malades, 11 guérisseurs, 1 délégué d'un centre de santé, 1 enseignant et 1 huissier de justice. Voir Annexe 10 : Liste des informateurs.

m'accompagnait dans mes déplacements. La plupart du temps, il me semblait plus approprié de recourir à plusieurs personnes et de manière spontanée, que d'avoir un interprète attitré. Ainsi, les points de vue étaient multipliés et j'échappais à l'instrumentalisation par une seule personne, qui me fournirait sa vision et son interprétation de la maladie à travers ses propres catégories de pensée.

Les interviews ont porté sur les connaissances et les étiologies de la maladie, les itinéraires thérapeutiques, les explications et l'appréciation des traitements traditionnels et allopathiques.

Les entretiens individuels approfondis sont des entretiens semi-directifs menés par le chercheur auprès d'informateurs qualifiés, c'est-à-dire de personnes qui ont une expérience et une connaissance du domaine d'étude. Ces séances de travail font l'objet de rencontres régulières entre les deux parties concernées, l'enquêteur et les interlocuteurs. Elles se déroulent sans protocole d'entretien rigide ou grille de questions fermées, ce qui permet au locuteur d'exprimer librement son point de vue, ses impressions et sentiments sur la maladie. Elles facilitent la compréhension des rationalités, des motifs et des représentations liés à une pratique et permettent d'établir une relation de confiance entre les partenaires. Dans de telles conditions, l'informateur peut laisser libre cours à son discours, il n'est pas contraint par un cadre strict, ce qui permet au chercheur d'entrer dans ses logiques. Cependant, le statut de l'enquêteur, la façon de poser les questions et la situation d'interaction ont parfois une influence sur les propos de l'enquêté, car ils font apparaître certains enjeux⁴⁰. Le but de ces rencontres consiste à faire l'analyse d'une situation dans une perspective « émique », c'est-à-dire du point de vue de l'acteur local, d'adopter une démarche qui renvoie à ses discours, à ses propos et à ses représentations (Olivier de Sardan 1998 : 151-166)⁴¹.

Les informateurs n'ont pas été choisis au hasard, mais en fonction de leur savoir et liens avec l'UB, de la diversité de leurs compétences et origines (différents guérisseurs et soignants biomédicaux, divers patients et anciens patients et leurs proches). Ces personnes représentaient des informateurs-clés qui ont été interrogés au moyen d'un guide d'entretien, c'est-à-dire une grille de questions générales et ouvertes sur la maladie. La récolte de quelques « séquences de vie », c'est-à-dire de « récits d'épisodes biographiques limités »

⁴⁰ Par exemple, l'informateur peut chercher à obtenir une sorte de reconnaissance sociale de la part de l'enquêteur ou essaie d'en faire son allié contre un groupe ou des individus auxquels il s'oppose (Olivier de Sardan 1995 : 85-102).

⁴¹ Cette démarche émique (ou *emic*) n'est pas incompatible avec une démarche *etic*, qui se réfère au discours savant, à l'interprétation de l'anthropologue. Comme le mentionne Olivier de Sardan (1998 : 156), « il n'y a pas de distinction de nature entre le savoir indigène (qui serait *emic*) et le savoir savant (qui serait *etic*) : tous deux sont *emic* ». Par conséquent, ces deux approches doivent être considérées comme complémentaires et non opposées.

(Olivier de Sardan 1995 : 82) a permis aux acteurs locaux de raconter leur expérience personnelle de l'*UB* et ainsi d'exprimer leurs représentations.

Les entretiens spontanés ou libres ont été menés sans guide d'entretien et avec de simples informateurs ; ils ont permis d'infirmer ou de confirmer les données collectées auprès des "personnes-ressources". Tout individu peut être une source de renseignements, car chacun a son mot à dire et ses propres explications de la maladie. Par conséquent, j'ai discuté avec des parents de malades, des érudits locaux (leaders d'opinions⁴², patriarches, chef de village, enseignants) et toute autre personne indirectement concernée par la maladie, ce qui m'a permis d'avoir un aperçu de différents "domaines" de la communauté (économique, politique, social, religieux) et des pratiques et représentations liées à l'*UB*.

Les différents types d'entretiens ont soit été enregistrés sur minidisque puis retranscrits, soit consignés sous forme de prise de notes directe ou de manière différée. Cela dépendait de la situation d'interaction et des rapports avec les informateurs. Lorsque je voulais éviter un caractère trop formel, pour ne pas impressionner l'interlocuteur, je discutais simplement avec lui, puis consignais ultérieurement ses propos. Cette méthode n'a été utilisée que sporadiquement, car elle prive le chercheur d'une grande partie des données en faisant appel uniquement à sa mémoire, qui est évidemment sélective.

Sur son terrain, l'ethnologue est toujours "en éveil", à l'affût d'informations. Par conséquent, toute situation d'interaction peut se révéler un moment privilégié de collecte de données. Les interviews ont été menées dans divers contextes : soit elles ont été programmées à l'avance sur la base d'un rendez-vous, soit elles se sont produites de manière inopinée, suite à une demande de ma part ou de la personne elle-même. Je me suis par exemple rendue chez plusieurs guérisseurs sans avoir auparavant fixé une date pour l'entrevue. Les lieux furent aussi très diversifiés : au domicile de l'informateur ou dans un endroit où il effectuait une activité habituelle ou occasionnelle (comme par exemple dans son champ, dans sa cuisine, dans la forêt lors de la fabrication d'une pirogue, dans le hangar aux palabres lors d'une cérémonie de deuil).

Les discussions ont eu lieu en présence de l'informateur seul ou de plusieurs personnes, qui ont pu intervenir ou non. Chez une guérisseuse par exemple, l'interview a eu lieu devant sa maison, en compagnie d'une dizaine d'individus (parents, malades, voisins, traducteur) : le

⁴² Un leader d'opinion est une personne qui a une influence au sein de la communauté, qui exerce une fonction importante, comme par exemple un président d'association ou un responsable religieux. Souvent, les villageois m'ont indiqué des leaders d'opinion ou alors je les ai identifiés en observant ou en posant des questions.

caractère "public" de cet entretien n'a pas facilité un climat de confidences ! Dans d'autres cas, la présence d'autres membres a enrichi la discussion et la quantité de renseignements, car ils n'ont pas hésité à compléter les propos des autres intervenants ou à fournir leur avis. Bien entendu, cela dépendait de plusieurs facteurs comme par exemple la personnalité des interlocuteurs, leur désir et possibilité de s'exprimer (il est parfois plus difficile de parler en présence de certains individus), le contexte dans lequel se déroulait la discussion (lieu, atmosphère, climat de confiance), mais aussi de la personnalité et du statut assigné au chercheur (voir chapitre 2.5.).

La fréquence des entrevues a varié selon le type d'informateurs, leur bon vouloir et les possibilités situationnelles : des entretiens uniques ont notamment été menés avec plusieurs guérisseurs qui habitaient dans des villages éloignés d'Akam Engali, car cela nécessitait un déplacement qui n'était pas toujours aisé; des entretiens répétés ont été conduits avec des "personnes-ressources", c'est-à-dire des informateurs privilégiés, et avec des membres de mon entourage direct⁴³, qui étaient toujours disponibles pour répondre à mes questions. Plusieurs entrevues avec un même informateur permettent d'établir des relations de confiance et d'approfondir les résultats de la recherche. Ces entrevues renouvelées avec les mêmes interlocuteurs ont permis de développer et de commenter des questions soulevées lors de conversations précédentes.

Malheureusement, j'ai rarement restitué à mes informateurs les propos qu'ils avaient tenus. En effet, j'aurais par exemple pu relire les entretiens avec eux, puis discuter du contenu. Ainsi, ils m'auraient fourni un feed back rétrospectif qui permet d'approfondir la perspective et d'apporter une nouvelle dimension au discours initial. De même, leurs avis et leurs suggestions à propos de la sensibilisation auraient pu être sollicités. P. Geslin, chargé de cours en ethnologie à l'Université de Neuchâtel, lors d'un entretien avec ses étudiants, a souligné l'importance d'intégrer tous les acteurs dans les modifications et changements concernant le groupe. Par conséquent, les commentaires des informateurs sur toute éventuelle transformation sociale, économique ou politique, sont primordiaux et à prendre en compte.

2.4.2.2. Observation participante et observation directe

Une autre technique utilisée fut l'observation participante, qui consiste à s'imprégner⁴⁴ du milieu d'étude et "à faire comme les autres pour faire oublier le plus possible sa différence". L'observation participante s'avère être un moyen supplémentaire de collecte des données et

⁴³ C'est-à-dire avec les membres de la famille du chef, car je logeais dans leur camp.

⁴⁴ Sur l'imprégnation du chercheur, voir Olivier de Sardan (1995 : 79).

facilite la réalisation des entretiens individuels approfondis. Elle permet aussi de vérifier l'écart entre le discours et les pratiques, de comprendre ce qui se passe dans un contexte donné et pourquoi. De plus, le chercheur apprendra peut-être davantage de choses ou des éléments supplémentaires en partageant les activités des sujets, c'est-à-dire dans un cadre informel, plutôt que dans le contexte d'entretiens semi-directifs. En même temps, les contacts permanents avec la population peuvent fournir de nouvelles interrogations à l'enquêteur, mettre au jour des problèmes rencontrés par ses interlocuteurs, auxquels il n'avait peut-être pas pensé.

J'ai donc partagé la vie quotidienne de "l'observé", ses travaux, ses discussions, ses fêtes. En un mot, je me suis intégrée dans les activités de mes sujets d'étude, afin de saisir les motivations de leurs actes, de comprendre leurs systèmes de valeurs et d'appréhender leurs visions de l'univers. Dès lors, la population m'a attribué un statut de résident temporaire dans la communauté, ce qui m'a permis de tisser des liens de sympathie, d'établir des relations de confiance basées sur une ouverture progressive, un échange franc et sincère. Cependant, il a fallu garder une distance critique, marquer du recul pour bien percevoir le groupe dans lequel je m'étais incorporée et non pas tenter de m'identifier à eux. Comme beaucoup d'ethnologues, j'ai été confrontée à ce type de problèmes méthodologiques, que j'expliquerai dans le point suivant.

L'observation directe s'est focalisée sur l'aspect physique des malades, leurs interactions avec d'autres personnes, leurs comportements et celui de leurs proches, afin d'examiner comment la maladie pouvait influencer leur vie et leurs relations. J'ai aussi assisté à des séances de soins à l'hôpital et chez les tradipraticiens dans le but d'identifier la nature des rapports entre soignants et patients et les techniques de traitement utilisées.

2.5. Statuts, rôles et positions de l'ethnologue

Au fil du temps et du terrain, le statut du chercheur se modifie en fonction des relations qu'il a établies avec les informateurs et en fonction de son comportement. Au départ, la population d'Akam Engali m'a assimilée à l'hôpital d'Ayos pour deux raisons : premièrement, mon travail portait sur une maladie, deuxièmement, j'avais été introduite et accompagnée dans le village par le médecin-chef du district de santé d'Ayos et plusieurs infirmiers m'avaient amené de l'eau à Akam Engali. Olivier de Sardan (1995 : 101-102) parle de notion d'« enclivage », qui est un des principaux problèmes de la recherche de terrain : le chercheur est incorporé à une « clique » ou une « faction » locale par la population. Dans mon cas,

l'« enclichage » s'est plutôt fait avec un « groupe », qui était externe au village et représentait une institution : l'hôpital. Dans une telle situation, le chercheur doit veiller à ne pas devenir le porte-parole du groupe auquel on l'a assigné et à ne pas en adopter les points de vue. Il court aussi le risque de se voir fermer les portes des autres « groupes » locaux. Certains guérisseurs se sont montrés par exemple un peu méfiants à mon encontre et avarés en information, ce que j'explique en partie par ce phénomène d'« enclichage ». Bien que j'aie exposé les raisons de ma présence à Akam Engali et les objectifs de la recherche, les villageois m'ont d'abord identifiée aux agents de santé, m'ont prise pour une infirmière et me demandaient fréquemment des conseils médicaux et des médicaments. En outre, parce que j'étais Européenne, j'ai fait l'objet de multiples demandes : trouver un mari ou une femme pour certains célibataires, mettre sur pied un trafic de perroquets, permettre la scolarité d'un enfant en Europe, trouver des promoteurs pour un projet de développement. Ce type de sollicitations est sans aucun doute inhérent au terrain anthropologique. De plus, la population a placé beaucoup d'espoir en ma personne, notamment celui d'améliorer leurs conditions d'existence. En effet, un enjeu important s'est rapidement et manifestement révélé dans les interactions avec les informateurs : posséder un centre de santé à Akam Engali, car souvent, il est difficile de se procurer des médicaments au village et un problème médical nécessite un long déplacement (16 km pour atteindre Ayos).

Olivier de Sardan (1995 : 85) évoque les « entretiens comme une négociation invisible » dans laquelle chacun aurait quelque chose à gagner : *« L'enquête n'a pas les mêmes « intérêts » que l'enquêteur ni les mêmes représentations de ce qu'est l'entretien. Chacun, en un certain sens, essaye de « manipuler » l'autre. L'informateur est loin d'être un pion déplacé par le chercheur ou une victime prise au piège de son incoercible curiosité. Il ne se prive pas d'utiliser des stratégies actives visant à tirer profit de l'entretien (gain en prestige, reconnaissance sociale, rétribution financière, espoir d'appui ultérieur, légitimation de son point de vue particulier...) ou stratégies défensives visant à minimiser les risques de la parole (donner peu d'information ou des informations erronées, se débarrasser au plus vite d'un gêneur, faire plaisir en répondant ce qu'on croit que l'enquêteur attend...) »*.

Par conséquent, les rôles et statuts assignés au chercheur ont forcément une influence sur les propos tenus par les sujets d'étude. Dans mon cas, j'ai l'impression que le discours local a d'abord été influencé par le désir d'obtenir un lieu de soins ou d'autres avantages, car je représentais l'intermédiaire idéal pour toutes les requêtes face aux autorités sanitaires. Plusieurs informateurs ont aussi voulu savoir « à quoi vont servir ces informations ? Qu'allez-

vous en faire ? » (Daniel, 6 novembre 2003) ou ce que je pensais de la situation, des guérisseurs et s'ils allaient obtenir une contrepartie à leur aide : « *Si le patient va en premier à l'hôpital, qui enlève la partie blanche, mon traitement va finir très vite, donc je pourrais collaborer avec l'hôpital. (...) Avec tous ces renseignements, est-ce que je vais bénéficier de quelque chose ?* » (Germain, guérisseur à Akam Engali, 13 novembre 2003).

Par la suite, les perceptions des autochtones à mon encontre ont changé. Selon Olivier de Sardan (1995 : 77), les perturbations induites par la présence du chercheur sur le terrain sont réduites par la population à mesure qu'elle s'habitue à lui. Après un mois, les habitants d'Akam Engali se sont accoutumés à ma personne et m'ont considérée comme une "habitante du village". Le fait d'avoir partagé leur quotidien, d'avoir participé aux travaux des champs, à la recherche du bois pour le foyer culinaire, à la préparation de certains mets, à diverses réunions associatives, festives et religieuses, d'avoir discuté avec les villageois sans distinction d'âge, de sexe, de religion ou de statut, a facilité une attitude amical de leur part, comme ils me l'ont mentionné à plusieurs reprises. Les habitants des villages voisins, informés de ma présence à Akam Engali et de mon comportement, ont commencé à m'appeler « Ntang nkukuma » (la Blanche du chef), « la fille d'Akam Engali », « la fille du chef », dénominations qui ont été reprises par les habitants d'Akam Engali, rehaussés du prestige d'héberger un « Blanc » en leur sein⁴⁵. Dès lors, une relation basée sur la confiance s'est développée et a incité les individus à parler plus librement et à livrer certains « secrets », notamment en ce qui concerne les relations interfamiliales et certaines accusations liées à l'*atom* (voir chapitre 4.2.2.).

A l'intérieur de la communauté, personne n'avait demandé à ce qu'un étranger vienne vivre pendant plusieurs mois à leurs dépens. Face à cette prise de conscience, je me suis demandée comment rendre à la population ce qu'elle m'avait donné, à savoir l'hospitalité, la fraternité, mais aussi de nombreuses informations nécessaires à ma recherche. Cette dimension éthique m'a poussé à jouer le rôle qu'on m'avait assigné : devenir le porte-parole du village auprès des instances médicales et administratives, afin de tenter d'obtenir le centre médical souhaité, de faire pencher la balance en faveur du village. A la fin de mon séjour, je suis donc allée voir le sous-préfet et le médecin-chef du district de santé d'Ayos pour leur faire le bilan de mon expérience et des conditions de vie à Akam Engali, en leur mentionnant la nécessité d'implanter un centre de santé en ce lieu⁴⁶. Dès lors, les premières démarches ont été

⁴⁵ Plusieurs villageois m'ont littéralement dit : « *Nous sommes tellement fiers que tu sois à Akam* ».

⁴⁶ Voir Annexe 2 : fig. 5

entreprises par le médecin-chef, qui a commencé à établir un dossier pour le Ministère de la Santé. Les habitants du village m'avaient également fait part de la nécessité de rénover et d'équiper l'école publique. Par conséquent, une fois rentrée en Suisse, j'ai décidé d'organiser une récolte de fonds pour financer la réhabilitation de cette infrastructure, en sensibilisant mon entourage proche et d'autres individus à ce problème et en vendant des denrées alimentaires et divers objets au sein d'un marché interculturel de ma ville.

Comme l'illustre ce qui précède, une difficulté majeure de la pratique anthropologique est de combiner empathie et distance. Dans ma situation de recherche, j'ai rapidement été prise entre deux feux : je savais pertinemment que le traitement biomédical est la voie de guérison la plus rapide et la plus adaptée pour soigner l'ulcère (je partageais un des points de vue des soignants : de par la nature de l'affection, il semblait impératif pour les malades de se rendre tôt à l'hôpital), mais je devais écouter les patients et les guérisseurs sans intervenir dans leur discours. Mon rôle n'était pas de faire de la prévention, mais d'agir en simple observateur, de penser et de conserver une distance critique et analytique. Mais face à la souffrance physique, à la détresse humaine, comment rester impassible ? Comment prendre du recul, s'éloigner de la définition du problème selon l'infrastructure sanitaire, se détacher du côté émotionnel au profit du côté scientifique et de l'analyse, lorsque l'on est confronté à un domaine difficile et que l'on manque d'expérience ? Lors d'une séance de soin chez un guérisseur, en voyant les mauvaises conditions d'hygiène, les effets dramatiques d'une plaie qui n'a pas été soignée immédiatement ou dont le traitement a traîné, je n'avais qu'une envie : dire aux patients d'aller à l'hôpital avant qu'il ne soit trop tard. D'un autre côté, je n'adhérais pas au discours biomédical qui dénigre en partie les conceptions populaires de l'affection et les pratiques des guérisseurs. Immergée dans mon milieu d'étude et confrontée à un positionnement ambivalent, j'ai eu l'impression que je ne pouvais pas confier mes doutes à mes interlocuteurs, car ils étaient mes sujets d'étude. En effet, je pensais que la dimension personnelle ne doit pas influencer sur la dimension professionnelle, bien qu'elles soient souvent imbriquées dans le travail anthropologique. Le seul recours à cet isolement fut le journal de terrain, précieux compagnon auquel j'ai pu révéler mes difficultés et mes sentiments.

2.6. Problèmes sur le terrain

2.6.1. Une problématique non adaptée au terrain

Sur le terrain, j'ai rapidement constaté que la situation ne correspondait pas tout à fait à ce que le mandataire avait dit. En effet, des campagnes de sensibilisation avaient eu lieu et avaient en partie porté leurs fruits : beaucoup de gens déclaraient préférer les soins à l'hôpital (notamment pour éviter les handicaps), les deux guérisseurs d'Akam Engali ne soignaient plus l'*UB*, car il n'y avait plus de malades dans le village. Or, au départ, je pensais axer la recherche sur les guérisseurs, leurs représentations de l'*UB* et leurs techniques de soins, afin de voir quelles pouvaient être les bases d'une collaboration avec l'hôpital d'Ayos. Ces aspects me semblaient être les véritables objets anthropologiques, car je ne m'étais pas encore détachée de la problématique définie par le mandataire et je n'arrivais pas encore à me positionner par rapport à lui. Je pensais assister régulièrement aux séances de soins, me familiariser avec les guérisseurs et de cette manière, créer une confiance et pouvoir percer les secrets de leur activité. Je voulais aussi suivre les malades dans leurs différentes requêtes : consultation d'un ou de plusieurs tradipraticiens, déplacement à l'hôpital, tant au stade précoce de l'affection (maladie nouvellement déclarée) qu'à un stade terminal. Dès lors, comment étudier les structures médicales traditionnelles et suivre les malades dans leurs diverses démarches thérapeutiques en l'absence de telles pratiques ?

Le terrain m'aura fourni la réponse en me contraignant à changer de stratégie et à repenser la problématique initiale.

2.6.2. Statut assigné à la chercheuse

Finalement, je me suis quand même intéressée aux guérisseurs, sans pour autant en faire le thème central de l'étude. Je me suis donc déplacée dans les villages voisins afin de m'entretenir avec eux et d'observer leur manière de soigner l'*atom*. Cependant, le fait de les avoir côtoyés occasionnellement a, sans aucun doute, été un frein pour la récolte des informations. Bien que j'aie chaque fois été introduite auprès d'eux par un habitant de la région ou même de leur village, avec qui j'entretenais des relations d'amitié et de confiance et qui s'est chargé de traduire mes propos et les leurs, les soignants traditionnels ont la plupart du temps été peu loquaces et quelque peu suspicieux à mon égard. J'ai eu l'impression qu'ils n'avaient pas très bien compris mon travail et ma fonction et, comme beaucoup de monde, m'avaient assimilée aux structures médicales d'Ayos. Certains informateurs, auxquels j'avais

fait part de ces problèmes, ont confirmé cette idée : les guérisseurs ne livrent pas facilement leurs secrets de peur qu'ils soient utilisés à mauvais escient. De plus, les vieilles personnes ont gardé en mémoire la confiance qu'elles avaient faites aux colons et qui a été trahie. En effet, après avoir expliqué leurs rituels et traditions, remis fétiches et gris-gris aux missionnaires, ces derniers ont interdit toutes ces pratiques au profit du christianisme. Un villageois mentionne cela dans les termes suivants : « *Le Blanc, les prêtres nous ont tout pris. Quand ils voyaient les vieux, ils leur ont demandé les gris-gris, toutes les choses mystiques. Ils ont perdu toute leur puissance. C'est pourquoi les vieux ne te parlent pas ou ne te disent pas tout. Soit ils ont peur que tu ailles dire au chef, soit ils ont peur que tu voles leurs secrets* » (François, 18 novembre 2003). Par conséquent, mon statut de « blanche » m'a certainement empêché d'avoir accès à certaines données. Peut-être mon sexe et mon âge ont-ils aussi eu une influence sur certains interlocuteurs ? De plus, le peu d'interactions que nous avons eues, dû à la brièveté de mon séjour à Akam Engali, n'a pas facilité l'établissement de relations de confiance avec les soignants traditionnels.

2.6.3. Durée du terrain

La durée du terrain fut relativement courte et limitée (il me restait deux mois à passer à Akam Engali avant la fin de mon séjour au Cameroun), ce qui ne m'a pas permis de récolter beaucoup de données et d'aller en profondeur avec les informateurs. Une partie de l'enquête, qui devait porter sur les guérisseurs et leur rapport avec l'hôpital, n'a pas pu être menée de manière systématique pour une question de temps et les raisons exposées dans les paragraphes précédents.

2.6.4. Négociation avec le mandataire de l'étude

J'ai aussi été confrontée à un problème récurrent en anthropologie appliquée : celui de la négociation avec le mandataire de l'étude, domaine dans lequel mon inexpérience m'aura porté préjudice jusqu'à la fin de l'enquête. Comme je l'ai mentionné dans le chapitre sur l'origine de la demande, le Dr. B. avait établi les termes de références pour mon étude, dans lesquels il avait déterminé les aspects temporels et méthodologiques. Or, le délai fixé pour la réalisation (trois mois) et l'écriture de l'étude (un mois après le terrain) semblait relativement court. Par conséquent, je lui ai expliqué que le travail anthropologique nécessitait plus de temps. Je lui ai aussi mentionné mon ouverture face à toute collaboration, mais que j'avais

déjà un encadrement en Suisse et donc, je devais pouvoir bénéficier d'une certaine indépendance dans mon travail. Face à cette situation, je me suis rapidement sentie prise entre deux feux : fournir un travail pour une ONG et réaliser un mémoire de licence décerné par une autre institution. Or, les différents éléments auraient pu être négociés de manière plus approfondie avec le docteur, mais je n'en avais pas conscience : il n'y a donc pas eu de réelle négociation de ma part, d'où certains malentendus qui ont pu naître par la suite. En effet, le docteur a mal interprété mes propos⁴⁷, croyant que je refusais d'entrer en matière avec ces termes de références.

Finalement, ne sachant comment me positionner face à des exigences temporelles et méthodologiques différentes entre l'Université et le mandataire, j'ai effectué ma recherche de manière relativement autonome par rapport au Dr. B., c'est-à-dire sans forcément le consulter ou lui faire part de mon avancée dans les travaux. Cependant, en lui offrant mon aide, car je fournissais cette prestation bénévolement, je pensais pouvoir conserver une grande indépendance, sans subir de pression ou de rejet de sa part.

En outre, mon statut n'a jamais été établi de manière claire : par exemple, lorsque je séjournais à Yaoundé, je logeais chez le docteur, qui me considérait comme un membre de sa famille. Certains problèmes de communication au niveau privé ont empiété sur le niveau professionnel. A la fin de mon séjour, il m'a par exemple reproché, lors d'une séance de travail avec ses collaborateurs, mon comportement dans la vie privée !

Le manque de dialogue et différentes méprises ont abouti à une relation houleuse qui a structuré tout le terrain, pour finir par une sorte de fracture : le docteur n'a pas apprécié mon attitude et a estimé qu'il ne pouvait se porter garant de ma recherche, puisqu'il n'a pas pu y mettre son regard durant son élaboration. Il a considéré m'avoir fourni uniquement le cadre et les conditions nécessaires pour entreprendre la recherche, mais n'a pas envisagé cette étude comme une base de données pouvant lui être utile. Bien que j'aie reconnu mes différents impairs au niveau privé et professionnel, il n'a pas changé de point de vue par rapport à mon travail.

Dans le cas de cette recherche appliquée, il était donc important de respecter la hiérarchie et l'officialité en usage, de se plier au rapport de pouvoir et d'autorité employé dans le système médical et institutionnel du pays, de se référer au mandataire de l'étude, choses dont je n'avais pas conscience à ce moment-là et que je n'ai pas faites.

⁴⁷ Sur les difficultés rencontrées par l'anthropologue dans sa collaboration avec des médecins, voir Gruénais (1995 : 205-220) et Hubert (1995 : 220-240).

Cette première expérience en anthropologie appliquée m'aura beaucoup appris et me permettra de ne plus commettre les mêmes bévues, mais elle me laisse quand même une déception.

Finalement, cette situation ambiguë aura mis en avant certaines difficultés inhérentes à la recherche appliquée : les attentes et les enjeux ne sont forcément pas pareils entre divers protagonistes. Le Dr. B. attendait que je lui fournisse des données qualitatives sur l'*UB* en conservant un droit de regard sur mon travail et d'après ses directives. Or, mon rôle d'anthropologue n'était pas d'envisager la situation d'après son point de vue, mais de m'en extraire et de considérer tous les acteurs sur un même niveau. Ces divergences auraient nécessité discussions et compromissions.

2.6.5. Problème de la langue

Un autre problème rencontré fut celui de la langue. Initialement, j'avais pensé que le français serait couramment parlé et utilisé. Or, j'ai vite constaté qu'il est seulement employé en ville (milieu hétérogène où cohabitent différentes ethnies, qui possèdent chacune leur patois et qui sont obligées de parler en français entre elles pour se comprendre) et dans le cadre formel des rapports avec l'administration ou à l'école. Au sein de la famille, du village ou de la même ethnie, les gens communiquent dans leur langue maternelle. A Akam Engali, bien que deux ethnies cohabitent, elles se comprennent sans difficulté, car leurs langues respectives sont toutes deux des dialectes bété. Dans ces conditions, je n'ai pas pu avoir accès aux « interactions discursives locales », c'est-à-dire aux dialogues entre les individus, qui constituent une dimension fondamentale de l'observation participante (Olivier de Sardan 1995 : 78). Par conséquent, tout un pan du quotidien, des relations interindividuelles, des problèmes locaux m'ont échappé. Mes informations se sont limitées aux données récoltées lors des entretiens et aux diverses interactions directes que j'ai eues avec la population. De même, je n'ai pas récolté les termes locaux, mais seulement leur traduction française, ce qui limite considérablement l'accès aux représentations autochtones.

2.6.6. Ecriture et prises de conscience successives

La gestion des émotions et la prise de distance qui en découle furent une difficulté majeure de la phase post-terrain. En effet, lors de mon retour en Suisse, je me suis immédiatement lancée dans la rédaction, sans prendre le temps de "digérer" le terrain. A ce moment-là, je n'arrivais pas à dissocier la partie émotionnelle de la partie scientifique, ce qui a entraîné plusieurs blocages dans mon écriture. Face à une telle situation, seul le temps m'a permis de prendre du recul, d'opérer des prises de conscience successives et de dépasser cette entrave psychologique.

II. ENQUETE DE TERRAIN ET ANALYSE

3. Le problème de l'ulcère de Buruli abordé sous l'angle institutionnel

Dans ce chapitre, je vais présenter les acteurs sanitaires engagés dans la lutte contre l'UB, leurs explications de la maladie, leurs techniques de soins et les moyens mis en place pour améliorer la situation. Nous découvrirons comment l'hôpital d'Ayos s'est organisé contre ce fléau, quelles sont ses interactions avec les acteurs locaux, ses objectifs et ses possibilités au niveau régional et national.

3.1. Partenaires impliqués dans la lutte contre l'UB au Cameroun

La prise en charge de l'UB au Cameroun s'est mise sur pied grâce à un partenariat helvétique, composé de :

Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse, *ALES*, qui travaille en collaboration avec le Ministère de la Santé du Cameroun et avec l'*Organisation Mondiale de la Santé*. *ALES* lutte contre la lèpre depuis les années 60, principalement en Inde, au Cameroun et en République Centrafricaine. Au Cameroun, elle combattait d'abord la lèpre au début des années 70, puis la tuberculose en 1999. En 1980, *ALES* a ouvert un bureau régional à Yaoundé chargé d'organiser et de coordonner ses diverses activités sur le continent africain. En 2001, lorsque l'UB a été identifié dans le pays, *ALES* a décidé de se pencher sur le problème, parce que cette maladie s'apparentait aux deux précédentes et présentait les mêmes critères (stigmates et invalidités). Elle a demandé à son représentant camerounais de lui fournir des renseignements sur l'ampleur de la maladie dans la province du Centre⁴⁸. En août 2001, elle a décidé conjointement avec le Ministère de la Santé du Cameroun et *Médecins Sans Frontière-Suisse* d'organiser une enquête épidémiologique pour mesurer l'étendue de l'affection au Cameroun. Par la suite, elle a implanté ses activités à l'hôpital d'Ayos, car l'endémie se situait dans cette région et elle y bénéficiait déjà d'une expérience et d'un réseau dans la lutte contre la lèpre. Elle a réhabilité une partie des infrastructures de l'hôpital, organisé une recherche active de cas, renforcé la supervision, mis en place des activités de sensibilisation de la population.

Médecins Sans Frontières-Suisse, *MSF* œuvre sur le site d'Akonolinga en assurant un soutien technique (matériel opératoire et médicamenteux, matériel de soins), un programme

⁴⁸ Les premiers cas avaient été mentionnés dans cette province.

nutritif pour les patients (trois rations alimentaires sont quotidiennement distribuées aux malades) et un encadrement aux infirmiers locaux. Cette ONG fournit du personnel médical spécialisé (un chirurgien et un infirmier, qui proviennent de différents pays d'Europe). Il a pour tâche d'enseigner de nouvelles techniques de soins aux employés locaux, de compléter leur formation et de s'occuper de la chirurgie. Ces expatriés font des séjours de relativement courte durée sur le terrain (d'un mois à une année). Une fois par semaine, le chirurgien se rend à l'hôpital d'Ayos pour entreprendre les opérations et les greffes de peau.

ALES et *MSF* collaborent dans la prise en charge de l'*UB*, mais gèrent individuellement leur programme de lutte et leur infrastructure sanitaire.

Hôpital Universitaire de Genève, HUG dépêche du personnel soignant in situ, afin de renforcer et de former l'équipe médicale locale, mais aussi d'acquérir des connaissances sur cette maladie encore mal connue.

MSF et *HUG* ont renforcé les structures existantes à Akonolinga, mis en place et exécuté les interventions chirurgicales, assuré la formation du personnel local.

Institut Tropical Suisse utilise ses compétences scientifiques afin de déterminer l'agent pathogène, le véhicule de transmission et les facteurs qui interviennent dans l'apparition de la maladie. Il fait des recherches pour élaborer des solutions médicamenteuses utiles pour un vaccin. Il développe aussi des outils diagnostiques pour faciliter les soins aux malades.

Une fois par année, ces diverses institutions participent à la réunion annuelle du Groupe consultatif contre l'ulcère de Buruli, qui se déroule au siège de l'*OMS*⁴⁹ à Genève. Lors de cette séance, elles font part de leur bilan annuel et de leur expérience aux participants d'autres pays.

En résumé, les différentes institutions présentes au Cameroun ont contribué à l'installation d'infrastructures et d'un programme de lutte contre l'*UB* dans la région d'Ayos et d'Akonolinga. Elles ont leur propre définition du problème et de la maladie, qui se range dans le domaine de la biomédecine et qui sera développée dans le point suivant. Elles constituent des acteurs primordiaux lorsque l'on parle d'*UB*⁵⁰ au Cameroun.

⁴⁹ Pour le rôle de l'*OMS* dans la lutte contre l'*UB*, voir note 10 en page 10.

⁵⁰ Pour la suite du travail, lorsque je mentionnerai les points de vue de la biomédecine, sans indication plus précise, je ferai allusion uniquement à ceux d'*ALES* et du personnel médical d'Ayos, car j'ai eu relativement peu d'interaction avec les autres institutions qui combattent cette maladie. De plus, comme je l'ai mentionné plus haut, *ALES* et *MSF* sont les deux principaux protagonistes sur le terrain, car ils y sont représentés en permanence.

3.2. Description biomédicale de l'affection et thérapie

Les mycobactéries responsables de cette maladie, *Mycobacterium ulcerans*, attaquent la couche sous-cutanée de la peau, prolifèrent et se nourrissent de la graisse. Ensuite, elles affectent le système immunitaire. Ainsi, le malade ne ressent ni douleur, ni fièvre. Au cours des semaines, les couches épidermiques sont de plus en plus profondément rongées, causant de terribles abcès et nécrosant les tissus sous-cutanés. Dans certains cas, le germe atteint les os, soit par propagation directe à partir de la lésion, soit à la suite du passage de l'agent causal dans le sang (Buntine 2001 : 4-5). Sur le plan clinique, la maladie se présente sous la forme de nodules, papules, plaques, oedèmes et ulcères⁵¹ (Ibid : 8-9). L'UB peut laisser des séquelles invalidantes, entraîner des complications telles des déformations par rétraction, allant parfois jusqu'à l'amputation (Ibid : 11-12). Ces incapacités auront des conséquences sociales et économiques tout au long de la vie du patient. Par conséquent, certaines personnes sont lourdement marquées et mutilées des suites de cette maladie.

Actuellement, il n'y a pas de traitement médicamenteux efficace. Lors de la «7^{ème} Réunion du Groupe consultatif spécial de l'OMS sur l'ulcère de Buruli» qui s'est déroulée au siège de l'OMS du 8-11 mars 2004, les participants ont abordé ce problème. Les propos qu'ils ont tenus sont synthétisés ci-dessous : jusqu'à présent, des essais médicamenteux ont été effectués dans plusieurs pays, mais aucun protocole n'a été établi pour leur utilisation. Or, tant qu'une recherche n'est pas publiée, elle ne peut être exploitée par les chercheurs. Pour l'instant, l'antibiothérapie utilisée est celle de la lèpre et de la tuberculose (un traitement à base de rifampicine et d'un aminoside), qui comporte des effets secondaires et n'est pas des plus concluants. Beaucoup de questions restent ouvertes par rapport à ces essais, comme par exemple le coût et la durée d'administration du traitement. Pour y répondre, il faudrait suivre les patients pendant une année au minimum, ce qui n'a pas encore été fait.

En ce qui concerne un vaccin, aucun remède n'a encore été mis au jour. Cependant, la découverte du génome de la toxine de « *Mycobacterium ulcerans* » en janvier 2004⁵² permettra peut-être l'élaboration d'une antibiothérapie ou d'une prophylaxie, qui, selon les experts, nécessitera 5-8 ans de recherche. Actuellement, les scientifiques utilisent et approfondissent les recherches sur le BCG (car ce vaccin existe déjà), bien que son emploi ne

⁵¹ Voir Annexe 3 : fig. 10-15

⁵² Les bases génétiques de cette toxine ont été identifiées par un groupe de chercheurs internationaux coordonné par Stewart Cole de l'Institut Pasteur de Paris (Unité de Génétique Moléculaire Bactérienne). Pour de plus amples renseignements, vous pouvez vous référer au communiqué de presse : <http://www.pasteur.fr/actu/presse/infos/index.html> ou <http://genopole.pasteur.fr/Mulc/BuruList.html>

soit pas fiable pour l'*UB* et soit coûteux. Des essais médicamenteux sont entrepris sur les patients dans différents pays dans l'espoir de trouver un remède préventif ou curatif.

La seule possibilité actuelle de guérison consiste en une opération chirurgicale (Ibid : 4-6), qui enlève les tissus nécrosés⁵³. Ce traitement, qui sera mis en parallèle avec celui des guérisseurs dans le chapitre 5, est basé sur une action thérapeutique soustractive. Or, cette dernière nécessite une hospitalisation prolongée (qui peut aller d'une semaine à plus d'une année, selon la gravité de l'infection⁵⁴), un équipement technique adéquat, un coût élevé de traitement, le risque de transmission d'infections comme le VIH. De plus, selon l'ampleur de la plaie, une greffe de peau est indispensable et par conséquent, occasionne un second passage au bloc opératoire. Mais avant de subir une opération, les patients doivent endurer le changement quotidien (ou tous les deux jours) de leur pansement, ce qui leur cause souvent d'atroces douleurs. En effet, de par la nature de l'affection, aucun analgésique ou anti-inflammatoire ne peut leur être administré lors des séances de soins, car la mycobactérie risquerait de se propager dans leur corps : les plaies sont donc nettoyées "à vif"⁵⁵, les tissus atteints sont en partie enlevés sans que la souffrance ne puisse être atténuée.

Par conséquent, l'*UB* laisse d'importantes cicatrices au niveau physique et psychique. De plus, la plupart des patients n'ont jamais été confrontés à ce type de traitement et découvrent pour la première fois l'anesthésie, la chirurgie⁵⁶ et sont mis en contact direct avec la souffrance des autres⁵⁷.

Le personnel soignant a également constaté des cas de rechute⁵⁸, qui pourraient être dues à une insuffisance de l'excision pratiquée ou à une propagation de la mycobactérie dans le système sanguin ou lymphatique. Des cas de récurrence ont aussi été observés : il s'agit d'un patient qui se présente une année ou plus après son traitement avec une nouvelle lésion, localisée au même endroit ou ailleurs. La mortalité de l'*UB* est faible, mais la morbidité est élevée.

⁵³ Voir Annexe 3 : fig. 16

⁵⁴ En 2003, d'après le rapport annuel d'activités établi par le Dr. Umboock en janvier 2004, la durée moyenne du séjour était de 18 semaines. Le délai de séjour à l'hôpital était passé de 16 mois (en 2002) à 18 semaines (en 2003).

⁵⁵ Voir Annexe 3 : fig. 17

⁵⁶ Certains malades m'ont par exemple demandé de les photographier sur la table d'opération, pour conserver une trace de ce moment particulier dans leur vie. D'autres, effrayés à l'idée de subir une anesthésie ou une opération, ont d'abord hésité à se rendre à l'hôpital, comme nous le verrons dans le chapitre 4.

⁵⁷ A l'hôpital d'Ayos, les infirmiers changent les pansements à deux patients en même temps, qui ne sont pas séparés par un rideau. De même, durant cette opération, ils ne cachent pas les plaies des malades, qui sont offertes à leur vue. De plus, les bâtiments n'étant pas très bien isolés et rarement fermés (les portes ou les fenêtres sont souvent entre-ouvertes), la souffrance est perceptible de toutes parts à travers les gémissements et les lamentations des malades.

⁵⁸ D'après la définition établie par l'*OMS*, c'est lorsque le patient a déjà subi une intervention chirurgicale et présente une lésion au même endroit dans un laps de temps d'un an.

D'après les employés biomédicaux, les patients ont recours la plupart du temps aux soins du tradipraticien, qui est le guérisseur du village ou du quartier. Cet homme soigne l'UB au moyen de plantes et d'écorces (voir chapitre 5). Le traitement chez lui peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans certains cas, il s'avère concluant, mais dans d'autres, il cause des lésions allant d'une gêne occasionnelle à une incapacité totale d'utiliser le membre, voire à une rétraction de ce dernier.

En un mot, l'UB est une maladie terrible pour les malades et leurs proches, mais aussi pour toute la région d'Ayos, du fait de son poids social, psychologique et économique important.

3.3. Facteurs de risque, réservoir et mode de transmission

En Afrique, comme le dit le proverbe, « là où se trouve l'eau, se trouve la vie ». Le fleuve est le principal moyen de subsistance des populations des districts d'Ayos et d'Akonolinga. Les villages sont construits directement aux abords du Nyong et de nombreuses activités, comme faire la lessive, se baigner, se laver, pêcher, s'y déroulent. L'économie est basée sur la pêche, la chasse et l'agriculture. Souvent, les champs sont situés dans ou à proximité de zones marécageuses, des zones dites à risque. En effet, Ahoua (2002 : 17), dans sa thèse sur les facteurs de risques de l'UB, a montré que l'existence d'au moins un point d'eau à proximité du village et fréquenté par les habitants, comme par exemple des fleuves s'écoulant lentement, des lacs artificiels ou naturels, des marigots, semble être un des principaux facteurs de risque de la maladie. Plusieurs hypothèses sur l'origine probable du réservoir de *Mycobacterium ulcerans* ont également été avancées. Cependant, d'après Ahoua (2002 : 19) il est environnemental : hydro-téllurique (eaux stagnantes ou zones marécageuses), végétal (*Echinocloa pyramidalis*) ou animal (koalas sauvages pour l'Australie, poisson Tilapia pour l'Afrique). La contamination se ferait soit par inoculation directe, soit par l'intermédiaire d'un vecteur suite à un traumatisme cutané (brèche cutanée, piqûre). En effet, *Mycobacterium ulcerans* a été récemment retrouvé chez des insectes (chez certaines espèces de mouches d'eau ou punaise aquatiques, du genre *Naucoris* et *Diplochus*), qui avaleraient certains organismes filtrant l'eau et contenant la mycobactérie, comme c'est le cas pour le vers de Guinée. Le germe semble survivre plus facilement dans le fond de marais ou d'eaux stagnantes, c'est-à-dire dans des zones à faible concentration d'oxygène. Les habitants des zones endémiques s'infecteraient à la suite d'une piqûre ou d'un contact direct avec les excréments de ces insectes-vecteurs, sans qu'il y ait nécessairement un contact direct avec l'eau pour développer la maladie.

L'agent causal de la maladie est actuellement mal connu et peu décrit. De nombreuses études sur ce sujet doivent encore être entreprises, afin de mettre sur pied une prévention et une sensibilisation précise. En effet, comment mobiliser la population, l'inciter à se protéger si on ne connaît pas le mode exact de contamination ?

3.4. Appropriation du problème par l'hôpital d'Ayos

Depuis 2001, l'hôpital d'Ayos s'est emparé du problème et du traitement de l'*UB* en se spécialisant sur cette maladie grâce à *ALES*. Cette ONG a financé les travaux et une partie du personnel hospitalier. La mise en place du programme de lutte a été chapeautée par le Dr. B. Avant 2001, les gens se soignaient auprès de guérisseurs traditionnels ou se rendaient à l'hôpital, mais il n'y avait pas d'infrastructures particulières pour cette maladie. La prise en charge des patients à Ayos a débuté en août 2002.

Au moment de mon séjour, l'hôpital comprenait plusieurs bâtiments qui n'étaient pas tous réservés à l'*UB*. Les édifices assignés à l'*UB* comptaient un bâtiment sanitaire (toilettes et douches) et un dortoir pour les malades⁵⁹, une salle pour faire les pansements et la petite chirurgie⁶⁰, un bloc opératoire⁶¹, une case de passage pour les chercheurs étrangers et les responsables d'*ALES*⁶². Des bâtiments désaffectés servaient de dortoir pour les garde-malades. Une fois par semaine, le personnel soignant distribuait de la nourriture aux patients. Mais, d'après les infirmiers, certains garde-malades mangeaient plus que les malades eux-mêmes, ce qui les a incité à changer de système. Ils ont alors distribué des rations alimentaires quotidiennes dès la mise en service d'une nouvelle cuisine. En effet, après mon départ, certains édifices ont été assainis et équipés⁶³ : une laverie pour les malades, une cuisine commune, une salle de physiothérapie, un autre dortoir, une salle de classe et de jeux pour les enfants.

Le personnel soignant qui s'occupait de l'*UB* était composé de trois infirmiers spécialisés dans les pansements, dont deux étaient des employés d'*ALES*. Un « superviseur lèpre », M. C., infirmier retraité qui avait lui-même souffert de la maladie en 1966-67, et était aussi un agent d'*ALES*. L'équipe médicale d'Ayos comptait également un anesthésiste et un infirmier spécialisé dans les pansements et la chirurgie, employés par l'Etat. Ils recevaient cependant

⁵⁹ Voir Annexe 4 : fig. 18

⁶⁰ Voir Annexe 4 : fig. 19-20

⁶¹ Voir Annexe 4 : fig. 22

⁶² Voir Annexe 4 : fig. 21

⁶³ Voir Annexe 4 : fig. 23

une gratification de la part d'ALES. Le médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Ayos intervenait aussi parfois dans la lutte contre l'UB, notamment lors de campagnes informatives.

Le fait d'œuvrer dans une structure dépendant d'une organisation européenne conférait un certain pouvoir et une autorité au personnel local, ce qui se retrouvait parfois dans les rapports qu'ils entretenaient avec les malades, comme nous le verrons plus bas. De même, certains agents locaux tiraient une grande fierté de ce travail, d'être les collaborateurs d'une ONG suisse et se sentaient valorisés. Un infirmier m'a par exemple montré des photos de lui au bloc opératoire en disant : « *Je suis fier de montrer cela à ma famille* » (Thierry, 15 juillet 2003).

3.5. Définition du problème selon les acteurs biomédicaux

Dans ce point, je vais aborder les explications fournies par le personnel médical lorsqu'il évoque la question de l'UB.

Selon les employés sanitaires, l'élément le plus important est le temps : les malades devraient se rendre le plus rapidement possible à l'hôpital pour s'épargner un traitement laborieux, éviter que leur plaie ne s'aggrave et aboutisse à des complications.

Le rapport d'activités de prise en charge de l'UB dans les districts de santé d'Ayos et d'Akonolinga concernant l'année 2003 a montré que 69 % des malades se rendaient dans l'infrastructure sanitaire d'Ayos à un stade avancé de l'affection, c'est-à-dire lorsqu'elle se présente sous la forme d'un ulcère⁶⁴. En général, cette situation est expliquée de la manière suivante par le personnel soignant : « *L'UB, c'est vraiment un problème ici, les gens ne comprennent pas encore que l'UB se soigne à l'hôpital. Beaucoup sont encore réticents. Avant tout, c'est l'histoire des croyances qui empêche les gens d'aller à l'hôpital* » (Jean, infirmier à Akonolinga, 13 août 2003).

La temporalité et les représentations sont donc deux éléments étroitement liés dans la définition du problème selon les employés biomédicaux. Pour ces derniers, les malades ne se rendent pas suffisamment à l'hôpital, ni assez tôt, à cause de leurs conceptions de la maladie.

Cette affirmation est fortement soutenue et répandue : « *Le problème est les mentalités. C'est très difficile de les faire changer. Même si tu sensibilises des malades et qu'ils vont en parler à d'autres, ça prendra énormément de temps pour changer les mentalités. Le premier réflexe*

⁶⁴ Voir Annexe 5 : fig. 24

des gens est d'aller chez le tradipraticien. 90 % des malades te le diront. Ils paient chez le tradipraticien ; ils n'ont déjà pas beaucoup d'argent, alors après, ils n'en n'ont plus pour l'hôpital. Ils disent « la médecine du Blanc », « l'école du Blanc » et ne veulent pas y aller. Ils préfèrent aller chez les tradipraticiens car ici, l'UB est fortement lié à la sorcellerie » (Dr. M., 29 juillet).

On constate une pensée dichotomique de la part des soignants : la médecine occidentale posséderait les réponses et les bonnes techniques de soins, tandis que la tradition serait inappropriée pour soigner cette maladie. Gruénais (1995 : 206) souligne cet état de fait fréquent chez le personnel hospitalier : *« Tout ce qui ressort du domaine des pratiques des personnels médicaux relèverait de l'objectif (voire du réel), alors que les malades, pour leur part, seraient tout emprunts de subjectivité (et d'imaginaire) ».*

La primauté de la vision biomédicale est souvent perceptible dans les propos des infirmiers. Selon eux, elle devrait être imposée aux villageois, dans leur intérêt : *« L'UB a un nom, atom, et est bien ancré dans les esprits. Il faut convaincre les gens que l'UB n'est pas une malédiction. Il faut donc continuer de mener des campagnes de sensibilisation »* (Médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Akonolinga, 20 août 2003). Il s'avère alors essentiel pour le personnel soignant d'informer les gens, d'agir sur leurs représentations.

En outre, il dénigre parfois les malades, comme l'illustre la citation suivante : *« les gens ici [les patients] ne sont pas propres, ne sont pas reconnaissants, ils ne se rendent pas compte qu'il y a des gens au-dessus d'eux comme ALES, qui font des dons pour eux. Ils salissent les bâtiments tout neufs, or, nous devons les conserver propres pour les donateurs. Ce sont des villageois, ils n'ont pas l'habitude »* (Thierry, 25 juillet 2003).

Cependant, le personnel médical a une position ambivalente face à la maladie et à la définition de ce problème : d'un côté, il se rallie au discours biomédical et partage le stéréotype selon lequel les représentations populaires empêchent les individus de se tourner vers l'hôpital ; d'un autre côté, certains employés adhèrent aux explications populaires locales. Une élève infirmière évoque par exemple l'origine de la maladie de la manière suivante : *« Je pense qu'il s'agit d'un microbe, mais aussi de la tradition »* (Rose, 5 septembre 2003). De même, une infirmière s'était initialement rendue à l'hôpital pour ses enfants malades, puis les avait emmené chez les guérisseurs, d'après les recommandations de ses proches. Selon elle, *« cette maladie est quelque chose qu'on attache dans un champ. Si tu*

passes par là, tu l'attrapes. C'est des brigands qui le mettent par exemple » (Thérèse, 11 août 2003).

Le « superviseur lèpre », qui a eu plusieurs cas d'ulcères dans sa famille, était également allé chez le tradipraticien pour un de ses fils. Il a expliqué : « *Tout Africain conserve sa part de mysticisme. Certaines choses ne peuvent être expliquées. C'est quand même étrange, certains n'ont pas été touchés alors que de nombreuses personnes se sont baignées* » (12 août 2003).

Ces divers exemples montrent que le personnel soignant partage parfois les représentations et les pratiques avec la population. En fait, les professionnels de la santé à l'hôpital d'Ayos sont des membres à part entière de leur propre société et non une classe expatriée de spécialistes. D'une part, ils suivent les recommandations de leurs supérieurs hiérarchiques, mais d'une autre part, ils agissent selon leurs propres conceptions. Il y a donc parfois un décalage entre les discours et les pratiques. Janzen (1995 : 230-232), à travers l'exemple de la thérapie au Zaïre, montre que les soignants africains intégrés au système sanitaire occidental dans les années 50, pratiquaient la médecine et vivaient comme leurs homologues européens. Cependant, ils agissaient comme leurs parents lorsqu'ils tombaient malades.

On retrouve cette ambivalence dans l'étude d'Aujoulat sur l'*UB* au Bénin (2003 : 755) : là encore, le personnel soignant partage les représentations locales des patients. En effet, les infirmiers estiment qu'il y a deux maladies distinctes qui possèdent cependant les mêmes caractéristiques cliniques : une maladie d'origine naturelle nommée « *ulcère de Buruli* », qui peut être soignée au centre de santé, et une maladie provoquée par un agent extérieur appelée « *sasa* », qui nécessite l'intervention d'un guérisseur. La seule possibilité de différencier ces deux maladies est d'attendre les résultats du traitement.

En résumé, la définition du problème sous l'angle institutionnel concerne à la fois les représentations et les pratiques des malades, qui semblent inséparables. En effet, d'après le personnel soignant, les patients qui imputent une « origine surnaturelle » à la maladie, préféreraient se rendre chez les guérisseurs au lieu d'aller à l'hôpital. Nous découvrirons dans le chapitre 4 que cette façon d'aborder la situation ne correspond pas forcément à la réalité vécue par les malades et leurs proches.

Les acteurs biomédicaux reconnaissent cependant l'existence d'autres facteurs déterminant les choix et les pratiques des malades. Comme nous le verrons dans le point suivant, ils essaient d'agir sur ces divers éléments pour améliorer la situation.

3.6. Mesures pour résoudre le problème

Pour inciter les malades à se rendre le plus tôt possible à l'hôpital, différentes actions ont été entreprises par le Dr. B. et son équipe. Selon ce dernier, il s'avère nécessaire de créer des groupes de discussion avec les acteurs locaux, d'impliquer davantage les tradipraticiens dans l'organisation de la prise en charge (notamment en ce qui concerne la détection précoce des cas en mettant en place un système de référence vers les centres de santé contre une compensation).

3.6.1. Enquêtes et études

Diverses enquêtes et études⁶⁵ ont été mandatées et entreprises par le Dr. B. pour mieux percevoir les conceptions locales de la maladie, établir des messages sanitaires adaptés aux interlocuteurs et définir des stratégies d'intervention. Cependant, jusqu'à présent, elles n'ont pas encore été employées dans le programme de lutte.

3.6.2. Sensibilisation et campagnes informatives auprès des malades et des guérisseurs

3.6.2.1. Situation actuelle de la sensibilisation

En ce qui concerne la sensibilisation, des séances d'instruction ont été mises sur pied dans les villages des districts de santé d'Ayos et d'Akonolinga depuis 2001, mais surtout en 2003. Le personnel soignant et le « superviseur lèpre » ont profité des campagnes de vaccination pour discuter de l'*UB* avec les populations. Ils ont aussi fait de simples descentes sur le terrain pour les entretenir à ce propos. Le rapport annuel d'activités d'*ALES*, (Umboock 2004 : 4) mentionne que plus de 1500 personnes ont été sensibilisées en 2003, notamment les chefs de villages, les élites locales, les enseignants, les responsables religieux, les délégués des centres de santé, les guérisseurs, considérés comme des relais d'informations au sein du village. Lors de mon séjour, le travail auprès de la population avait donc été en partie entrepris : de nombreux villages avaient bénéficié d'informations et d'explications sur la maladie du point de vue de l'institution sanitaire d'Ayos.

D'après les observations que j'ai pu faire lors de trois réunions, qui sont décrites ci-dessous, les acteurs locaux étaient invités à expliquer leur vision de la maladie (comment elle se manifeste ? qui en souffre ? qu'elles sont les séquelles ? comment l'explique-t-on ?) ou à

⁶⁵ L'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations du Nyong et Mfoumou mentionnée plus haut et l'étude de M. Deffo (2004), « Interprétation de l'ulcère de Buruli par les populations d'Ayos et d'Akonolinga dans la Province du Centre au Cameroun ».

poser des questions aux agents de sensibilisation. L'orateur était chargé d'informer les gens, puis de les convaincre que la maladie n'est pas associée à la sorcellerie et qu'ils doivent se rendre à l'hôpital. Généralement, le message était transformé en dialogue, car chacun était convié à s'exprimer. Des affiches éditées par l'OMS, sur lesquelles se trouvent des photographies des différents stades de l'UB (nodules, papules, oedèmes et plaquant) et des malades du monde entier, étaient amenées lors de ces réunions et des brochures étaient distribuées. Ces documents servaient de preuves et appuyaient le discours des orateurs. Au départ, il n'y a pas eu de véritable programme de communication, ni d'élaboration de messages de sensibilisation. Un discours sensibilisateur uniforme n'est apparu qu'au fil des réunions.

Le « superviseur lèpre », M. C., mentionne son expérience de sensibilisateur : *« Les gens expliquent que l'UB est un sort dans les cas de jalousie, une punition en cas de vol ou si on a pissé dans le champ d'autrui, ou ils ne savent pas d'où ça vient. En Afrique, nous sommes « intellectuellement » paresseux, quand ça te dépasse, tu mets cela sur le compte de la sorcellerie. Certains malades sont venus à l'hôpital suite à la sensibilisation. A Akonolinga, je faisais la sensibilisation tout azimut. Je disais : « nous savons que l'UB est une problème de sorcellerie, mais les Blancs ont appris à soigner autrement que par les plantes ». Plein de monde était présent à Akonolinga. La réception du discours dépend de la façon d'aborder les gens. Les populations savent que j'ai eu moi-même cette maladie, moi-même j'ai été traité à l'hôpital. Nous sommes allés de village en village, de porte à porte. Nous avons saisi les chefs de village, les ministres de cultes, les partenaires politiques, les chefs des centres de santé qui ont eux-mêmes informé les agents de santé. Tout le monde dans les deux régions a été sensibilisé. Le message est aussi de bouche-à-bouche. Pour poser le diagnostic clinique, il n'y a pas beaucoup de problèmes : les tradipraticiens le reconnaissent facilement, les gens aussi. Les dépliants [de l'OMS] nous ont bien aidés. Nous avons dit aux gens : « La maladie est aussi là-bas, ce n'est pas une personne d'Ayos sur la photo : la sorcellerie de là-bas est-elle la même qu'ici ? A Yaoundé, on n'en trouve pas, alors si c'est un problème de vol, pourquoi les voleurs de Yaoundé ne sont-ils pas malades ? » Les gens sont donc coincés avec ces arguments. « Tu as raison docteur, disent-ils ». Ca n'a l'air de rien, mais ce sont des arguments de poids » (31 juillet 2003).*

Le médecin-chef du district de santé d'Ayos a aussi entrepris des campagnes informatives, dont il parle dans les termes suivants : *« J'aime l'approche communautaire, car elle permet le dialogue, elle permet d'enseigner aux gens, de montrer que ce qu'ils pensent est faux. Le but*

est de les convaincre que leur explication est erronée » (4 septembre 2003). Pour lui, il ne s'agit donc pas d'intégrer les visions locales de l'*UB*, mais plutôt d'imposer la primauté de l'explication scientifique. Le dialogue est donc en quelque sorte à sens unique et laisse l'illusion aux populations d'être écoutées et entendues. En effet, lors de ces réunions, les sensibilisateurs vont dans le sens des gens en leur posant des questions sur leurs interprétations de l'*atom*, en suscitant une discussion, mais après, ils argumentent pour prouver le contraire. En général, la séance se termine sur l'explication biomédicale de la maladie (à savoir qu'elle provient des marais ou d'un microbe identifié en laboratoire) et sur les avantages de l'hôpital (comme la gratuité des soins et de la nourriture, l'absence de handicap).

Dans plusieurs autres cas, l'explication populaire a été dévalorisée par le personnel chargé de l'information, les réponses fournies ont été critiquées : par exemple, lorsque la population a mis en lien l'ulcère et la sorcellerie, le médecin leur a déclaré qu'il s'agissait d'un « raisonnement simple ». La citation suivante, tirée d'un article sur l'*UB* dans le Journal d'Information du bureau d'*ALES* à Yaoundé, illustre aussi cela : « *A la question de l'orateur quant à l'origine de l'atom, les réponses sont assez rocambolesques. Pour les uns, on attrape la maladie quand on a volé la chose d'autrui, quand on est sorcier, quand on a pissé dans un champ blindé par atom ; ce sont les sorciers qui lancent atom comme un sort. Et pour les autres, on ne sait pas d'où vient cette maladie* » (Journal d'Information de Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse Bureau Régional pour l'Afrique, juillet 2003, N°2). L'exemple d'un infirmier, qui répondait aux guérisseurs après leur avoir demandé en combien de temps un malade pouvait guérir de l'*atom*, va dans le même sens en dépréciant les explications locales : « *Ce sont des mensonges de dire qu'une plaie qui a bouffé toute la main est soignée en 1 mois. Ca prend beaucoup de temps* » (Marc, le 20 novembre 2003).

3.6.2.2. Stratégies employées par les sensibilisateurs en fonction des divers enjeux

La stratégie et le ton employés lors des campagnes d'information et de sensibilisation sont légèrement différents selon le type de réunion et les enjeux qui en découlent. Je vais illustrer cela à travers les exemples des trois réunions auxquelles j'ai assistées :

a) Réunion du 4 septembre 2003 au village d'Akam Engali

Cette séance s'est déroulée dans le cadre d'une réunion de l'association ADJOM (Association pour le Développement de la Jeunesse Omvang) au cours de laquelle le médecin-chef a été

invité par le chef du village et les organisateurs [les jeunes membres de l'association ADJOM] à s'exprimer sur un sujet. Il a proposé plusieurs thèmes de discussion à l'assemblée (une allocution sur les MST, le Sida, le planning familial, l'*atom* ou le palud), qui a choisi le planning familial et l'*atom*. Le sujet n'a donc pas été imposé, mais sollicité par les participants : « *Beaucoup de personnes sont malades dans le village et on ne connaît pas bien cette maladie [ils veulent que le médecin aborde le thème de l'*atom* pour cette raison]* ». Par conséquent, l'enjeu de cette interaction était moindre, car la demande émanait du public, qui était déjà en partie acquis. Les organisateurs ont par exemple déclaré que « *ses interventions [celles du docteur] donnent beaucoup d'éclaircissements* ».

A un moment donné, une polémique a éclaté lorsqu'un membre de l'assemblée a déclaré que les méthodes traditionnelles de soins évitaient de « couper la chair », contrairement à l'hôpital. Des voix se sont alors élevées dans les rangs des participants : « *Il faut qu'on nous donne des cours scientifiques* ». L'organisateur, qui était du côté du médecin, a alors calmé le jeu, conseillé d'« *écouter le docteur et l'explication de la science* » : « *Les jeunes ici sont assez éclairés pour comprendre l'explication scientifique. Nous voulons cela Docteur* ». Ces différentes citations illustrent bien le climat d'ouverture des participants face aux acteurs biomédicaux.

En général, l'interaction a pris la forme d'un dialogue entre les deux parties présentes, les jeunes omvang et le médecin, qui a tenté de responsabiliser, d'impliquer et d'associer les jeunes à la lutte contre l'UB : « *Au lieu d'attendre que ce soit la plaie, venez au début de la maladie. Ca attaque la graisse. Si on n'enlève pas, ça attaque, ça attaque. Prenez ça comme une lutte pour éviter que ça attaque vos frères et sœurs. Prenez ça comme une lutte pour sauver votre village* ».

Par contre, lorsqu'il a fait allusion aux guérisseurs, il a insisté sur les différences existant entre eux et l'hôpital, il a sous-entendu que leurs compétences n'étaient pas pareilles et a condamné certaines pratiques : « *On n'a rien contre les guérisseurs, ils ont permis de soigner l'*atom* jusqu'à présent, mais venez voir un peu ce qu'on fait ici [à l'hôpital]. On redresse un membre qui ne bouge plus* » ou encore « *Je n'ai rien contre les guérisseurs. Je suis pour les guérisseurs honnêtes. Même le guérisseur doit donner des délais. Il y a des guérisseurs qui en font leur fond de commerce. Si au bout de deux pansements, on voit que ça empire, il doit dire « va ailleurs ». Il ne faut pas que ça touche toute la main, qu'elle soit tordue. J'explique cela aux jeunes pour que quand ils rentrent, ils ne pensent plus que c'est une maladie mystique. Quand les guérisseurs ne peuvent plus soigner, ils doivent dire « va voir ailleurs », c'est une*

question de compétences. Moi, je n'opère pas du cœur. Chez le guérisseur, ça prend 1-2 ans, même 10 ans. [...] Il y a autre chose qu'on condamne chez les guérisseurs : les interdits. Ça affaiblit l'enfant. A Ayos, ceux qu'on soigne n'ont pas d'interdits alimentaires ».

En résumé, lors de cette séance, les participants, désireux de connaître les explications du personnel soignant, lui ont demandé des éclaircissements et se sont rangés en grande partie de son côté. Dans de telles conditions, il a pu aisément faire passer son message, c'est-à-dire inciter les gens à aller à l'hôpital en montrant les avantages de la biomédecine par rapport aux soins traditionnels.

b) Réunion du 20 novembre à la sous-préfecture d'Ayos

Un autre exemple de stratégie et de ton utilisé concerne une réunion officielle, qui a eu lieu à la sous-préfecture d'Ayos sur convocation des autorités politiques et administratives et en présence de divers représentants des pouvoirs publics. Par conséquent, elle s'est déroulée de manière formelle dans un lieu et dans des rapports de pouvoir. La séance a été dirigée par le sous-préfet, qui a ensuite donné la parole au personnel hospitalier. L'assemblée était mixte, composée de chefs de villages, de quelques tradipraticiens, d'enseignants et de responsables administratifs de l'arrondissement d'Ayos.

Bien que l'objectif était avant tout, selon le médecin-chef du district de santé d'Ayos, d'informer les participants, d'inciter les gens à se déplacer à l'hôpital pour que les handicaps soient évités, l'enjeu consistait à convaincre et à imposer l'explication et la manière de faire de l'infrastructure hospitalière. Lors de cette réunion à laquelle les guérisseurs ont été conviés⁶⁶, le ton employé était paternaliste, autoritaire et parfois menaçant, sans doute à cause de la présence et de l'intervention des diverses autorités. Ces dernières ont ouvert la séance dans les termes suivants : *« Nous voulons donner un certain nombre d'informations aux parents, aux guérisseurs, et à tous ceux qui ont bien voulu prendre part à cette rencontre, afin que nul ne puisse dire le moment venu qu'il n'a pas été informé. Parce que lorsque ça n'ira pas, nous serons obligé de saisir les tribunaux, parce que beaucoup de cas qui arrivent à l'hôpital sont irrécupérables parce que les gens ont passé mille et une journées auprès des guérisseurs. Afin que nul ne l'ignore, je voudrais que les uns et les autres soient sensibilisés aujourd'hui par... le droit est formel : tout fait de l'homme qui cause préjudice à autrui*

⁶⁶ D'après le médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Ayos, le but de cette rencontre était de rencontrer les guérisseurs de la région. La sous-préfecture s'était chargée de distribuer les convocations, mais l'information a mal circulé. Les convocations n'ont pour la plupart pas été distribuées. Seuls trois guérisseurs furent présents, d'où une certaine déception du côté des représentants de l'hôpital. Pour rattraper cette tentative manquée, une autre réunion a été organisée par la suite, le 5 décembre 2003 à l'hôpital d'Ayos (voir ci-après).

devrait être réparé » (Propos tenus par le sous-préfet). Le médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Ayos s'est aussi exprimé de manière péremptoire et condescendante envers l'assemblée : *« Pour toute la région d'Ayos, on a eu 60 cas à l'hôpital. Pour une toute petite population comme celle-ci. Cela veut donc dire que la situation est très grave. Si on ne fait rien, tous les enfants seront handicapés [...]. C'est pour ça que nous avons donc bien voulu inviter les guérisseurs. Malheureusement, nous sommes déçus par le nombre qui est arrivé. Nous avons voulu inviter les chefs, parce que ce qu'on fait dans votre village, le chef doit en répondre à tout moment. Donc, nous avons voulu inviter tous ces gens-là pour que chacun prenne ses responsabilités »*.

Le personnel soignant a également appelé les tradipraticiens à revoir leur façon de travailler : *« Il faut écouter les infirmiers, car ils ont l'habitude, ils savent ce qu'ils font »*. Il a notamment insisté sur les interdits alimentaires qui affaiblissent les malades, sur les conditions de soins et d'hygiène : *« C'est ça l'erreur des tradipraticiens. Souvent, il faut donner le sang aux malades qui viennent du village. Ils ne viennent pas quand ça ne fait pas mal. Les microbes, c'est ça qui fait souffrir et crier les malades. A l'hôpital, on met des produits pour l'anesthésie : est-ce qu'on trouve cela au village ? Le patient peut avoir le SIDA ou une hépatite. Or, il faut être prudent. A l'hôpital, on fait attention. Au village, le traitant ne se protège pas. Les bandes ne sont pas stériles au village »*. Les orateurs ont également invité les guérisseurs à être responsables et permettre la collaboration avec l'équipe médicale.

A la fin de la séance, certains participants se sont interrogés sur le travail des guérisseurs : *« Est-ce qu'il y a quelque chose de positif chez les guérisseurs ? Les chercheurs n'ont-ils rien trouvé de bon chez les guérisseurs ? »* (Un participant). L'adjoint du sous-préfet a alors demandé si une formation des tradipraticiens serait mise sur pied. Le président du personnel hospitalier lui a répondu : *« les guérisseurs ont un grand rôle à jouer. Le chef d'Akam est devenu un chasseur d'atom. Il envoie les malades à l'hôpital. Ils seraient très utiles au niveau de la communauté »*. Le médecin-chef du district de santé d'Ayos a aussi évoqué la possibilité d'une future collaboration, en mentionnant que cette réunion, *« c'est déjà une première session de formation des guérisseurs. Quand nous aurons des moyens... »*.

En un mot, lors de cette réunion, l'accent a été principalement mis sur les désavantages des traitements traditionnels, qui ont été passablement dévalorisés. Le personnel hospitalier, bénéficiant de l'appui des autorités administratives, ont occupé une position autoritaire et se

sont placés dans un rapport hiérarchique face aux guérisseurs⁶⁷. De même, la coopération a été envisagée de manière unilatérale.

c) Réunion du 5 décembre 2003 à l'hôpital d'Ayos⁶⁸

Cette réunion officielle a eu lieu à l'hôpital d'Ayos, dans le bâtiment du médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Ayos, qui était absent ce jour-là. Elle était dirigée par le personnel médical et concernait uniquement les guérisseurs de l'arrondissement d'Ayos qui soignent l'*UB*. Ces derniers ont été convoqués par une lettre, qui mentionnait les objectifs de la « séance de travail » (sensibilisation, établissement d'une collaboration avec l'hôpital d'Ayos) et le remboursement des frais de déplacement. Une liste de présences a été établie au début de la session : en tout, 17 guérisseurs ont fait le voyage de leur village à l'hôpital. Cette séance a illustré un changement de tactique et de ton de la part du personnel hospitalier, car l'enjeu était d'aboutir à une collaboration. Par conséquent, le rapport de pouvoir a été adouci : les guérisseurs ont été traités sur un pied d'égalité par le personnel soignant, chaque partie a été invitée à exposer ses différentes manières de soigner et d'expliquer la maladie : « *Vous êtes venus discuter avec nous pour qu'on s'entende mieux pour prendre en charge l'atom. Chacun va nous dire comment il traite l'atom, car nous savons qu'il est très dangereux. Nous devons trouver des solutions ensemble, car la maladie touche seulement le Nyong et Mfoumou. Nous sommes venus nous entretenir avec vous. Vous allez nous dire comment soigner, nous allons vous dire comment nous soignons. Nous allons mettre en place une prise en charge commune* » (M. C., porte-parole du médecin-chef lors de cette réunion).

L'équipe médicale, puis les soignants traditionnels se sont présentés l'un après l'autre. Les guérisseurs, répondant aux questions des infirmiers, ont décrit l'affection, révélé les différentes étiologies et techniques de soin. Premièrement, ils ont expliqué comment ils diagnostiquaient la maladie. D'après leurs constatations, elle se présente sous la forme d'un bouton dur (terme que l'on peut traduire par « tête » en béti), qui va se percer au bout de quelques temps et duquel va sortir de l'eau ou sous la forme d'un membre gonflé⁶⁹. Deuxièmement, ils ont exposé les diverses origines qu'ils imputent à l'affection : un « *atom simple* » ou un « *atom lancé* »⁷⁰. Le personnel médical leur a alors demandé de démontrer leurs

⁶⁷Un rapport de type « enseignant-élève », « celui qui possède le savoir, celui qui est là pour apprendre » s'est installé.

⁶⁸ Voir Annexe 5 : fig. 25-26

⁶⁹ Les symptômes, que les guérisseurs décrivent de la même manière que la population, seront exposés plus en détails dans le chapitre 4.

⁷⁰ Ces explications et les techniques de soins seront détaillées dans les chapitres 4 et 5.

explications, mais n'a pas fait de contre-argumentation. Troisièmement, ils ont évoqué leurs façons de soigner au moyen de plantes et d'écorces.

Le personnel hospitalier a ensuite donné l'explication scientifique de l'UB et la manière de le soigner. La discussion s'est achevée sur les séquelles qu'occasionne l'ulcère (rétraction des membres, ankylose), qui ne peuvent être évitées avec les soins traditionnels : « *Quand l'ulcère finit de bouffer la chair et atteint les os, que peux-tu faire au niveau du village ? Il faut envoyer les gens à l'hôpital. Sinon, le microbe ronge l'os et on doit amputer. Il n'y a qu'à l'hôpital qu'on peut identifier le microbe et éviter cela. Nous vous avons appelés, ce n'est pas pour vous combattre, mais pour éviter les handicaps. Il faut qu'ensembles nous puissions combattre cette maladie. Que chacun soigne jusqu'à ses possibilités, ces compétences. Nous voulons une collaboration. Certains disent que les infirmiers vous combattent. Non. Nous voulons lutter ensemble. Nous entendre pour bien traiter les malades* » (Propos tenus par le directeur de l'école d'infirmier d'Ayos). Les employés médicaux ont donc à nouveau argumenté en faveur d'une collaboration : « *Il faut que nous puissions lutter franchement ensemble. L'atom aime se placer aux articulations, ça donne toujours des handicaps. Dès que vous voyez l'ulcère aux articulations, envoyez le malade à l'hôpital. Les maladies guérissent, mais les handicaps restent. [...] Œil, nez, sexe sautent, que vas-tu faire ? Vous connaissez bien l'ulcère quand ça commence, nous devons donc travailler ensemble. Quand tu vois la position de l'ulcère sur le corps, vient en parler à l'hôpital. [...] On va voir le tradipraticien qui envoie beaucoup les malades à l'hôpital, il sera primé à la fin, comme une motivation* » (M. C.).

Cette séance s'est donc plutôt déroulée sous la forme d'un échange d'informations et de points de vue. Les infirmiers ont même demandé aux guérisseurs ce qu'ils pensaient des invalidités et ont reconnu leurs compétences médicales : « *Nous savons que les gens savent soigner, on ne discute pas. On ne refuse pas que vous soigniez, vous savez soigner, vous guérissez. Mais pour qu'il n'y ait pas d'invalidités, nous allons faire comment ? A l'hôpital, nous sommes aussi Noirs, nous connaissons la culture noire. Ce que le Noir ne connaît pas, il considère cela comme la sorcellerie. L'atom a un germe causal. Si tu connais le germe, tu peux l'utiliser pour faire du mal. Que devons-nous faire pour soigner l'atom, pour qu'on n'ait pas d'invalides, que ce soit lancé mystiquement ou pas ?* » (Tom, anesthésiste à l'hôpital d'Ayos).

Bien qu'une association entre les guérisseurs et l'hôpital d'Ayos ait été évoquée plus d'une fois lors de cette rencontre, le personnel médical n'avait pas suffisamment préparé sa stratégie quant à l'élaboration d'une prise en charge commune. Les guérisseurs, ouverts à toute

proposition, attendaient des offres de la part des infirmiers. Or, ces derniers espéraient des suggestions de la part des guérisseurs. L'absence du médecin-chef du district de santé et de l'hôpital d'Ayos n'a sans doute pas facilité l'aboutissement de cette réunion. En effet, il manquait un chef pour diriger et établir des directives. La séance s'est donc terminée sans qu'un projet concret ne soit élaboré.

En résumé de cette partie, la posture de la biomédecine domine même si elle a reformulé son discours à l'encontre des tradipraticiens et désire intégrer les représentations populaires dans la lutte contre l'UB. Bien que je sois persuadée du bien fondé des interventions biomédicales (qui placent le bien-être des malades en premier), les réunions informatives sont restées des lieux de pouvoir dans lesquels la biomédecine a affirmé sa prédominance et son autorité sur une institution sanitaire traditionnelle.

Les exemples des trois campagnes d'information et de sensibilisation⁷¹ montrent que le discours local n'a pas été incorporé dans les messages informatifs, mais a plutôt été utilisé pour une contre-argumentation par le personnel hospitalier. Ce dernier voulait démontrer la nécessité de recourir à la biomédecine pour soigner l'UB. De même, les tentatives de collaboration avec les tradipraticiens se sont plutôt effectuées d'une manière univoque, c'est-à-dire en faveur de l'infrastructure sanitaire⁷². En effet, cette dernière a plutôt incité les guérisseurs à envoyer des patients à l'hôpital contre une compensation (qui n'avait pas encore été définie à ce moment-là) : « *Amenez à l'hôpital tous les malades, si ça vous dépasse, vous pouvez aussi avoir recours à nous pour ne pas perdre de temps* » (Un infirmier lors de la réunion du 5 décembre 2003). M. C. est allé dans le même sens : « *Le président du personnel hospitalier va souvent en brousse, peut amener les malades et notifier leur nom. Il va bien aider. On va voir le tradipraticien qui envoie beaucoup les malades à l'hôpital, il sera primé à la fin, comme une motivation. Etes-vous sûrs de travailler pour rien ? Parce que si tu as envoyé quelqu'un, tu peux être récompensé. Comme le chef d'Akam qui a bien travaillé et sera récompensé. Dès que vous voyez un malade, au début de la maladie, envoyez-le à l'hôpital. Si on ne vous motive pas, venez nous demander* ».

Jusqu'à présent, les effets de la sensibilisation et de l'information auprès des populations et des guérisseurs n'ont pas encore été concrètement mesurés. Cependant, la prévention a eu des

⁷¹ Et aussi d'après les propos recoltés auprès du personnel soignant.

⁷² Mais à ce moment-là, l'hôpital en était aux prémices d'une collaboration avec les guérisseurs. La situation a peut-être changé depuis. A Akonolinga, par exemple, une tradipraticienne avait été incorporée au personnel soignant, mais elle travaillait selon les méthodes de l'hôpital [elle s'occupait de faire les pansements]. Un infirmier en parlait ainsi : « *Elle va sensibiliser les tradipraticiens. Elle apparaît dans un film de sensibilisation. Mais certains pensent qu'elle a trouvé son compte chez MSF, c'est donc pour ça qu'elle aurait refusé les anciennes méthodes* » (Jean, infirmier à Akonolinga, 13 août 2004).

effets, comme le soulignent les propos d'une infirmière : « *Pour l'UB, les gens commencent à voir que des personnes ont été soignées : il y a un changement progressif dans les mentalités* » (Jacqueline, 24 juillet 2003). Un villageois va dans le même sens en déclarant : « *Il faut continuer la sensibilisation. Avant, les gens refusaient, maintenant, ils écoutent, ça marche* » (Raphaël, 19 novembre 2003). Le personnel médical a également constaté une augmentation du nombre d'hospitalisation suite aux campagnes informatives. De plus, l'influence de l'explication allopathique est aussi perceptible dans les discours locaux (voir chapitre 4).

3.6.3. Se rendre accessible aux malades

ALES a essayé de parer aux difficultés économiques, géographiques, sociales auxquelles sont confrontés les malades et leurs proches, en envoyant parfois du personnel soignant dans les villages pour chercher les patients ou en voulant organiser le dépistage dans leur localité⁷³. Pour cela, *ALES* s'est appuyé sur les recommandations édictées par l'*OMS*, qui conseillait d'utiliser les centres de santé dans la recherche active des cas. Les centres s'occuperaient d'établir le diagnostic, puis enverraient les patients à l'hôpital pour la chirurgie. Les malades pourraient retourner au centre de santé de leur village ou d'un village voisin pour les soins postopératoires (les pansements). Le Dr. B. a déclaré à ce propos : « *il faut avant tout former les centres de santé, qui sont le niveau de premier contact et de sensibilisation par excellence pour les malades. Ce sont eux qui doivent envoyer les malades. Puis, il faut former le personnel soignant aux soins, il doit être qualifié* » (20 août 2003). Cependant, la mise en place d'un tel programme, c'est-à-dire l'implication de toute la pyramide sanitaire dans la lutte contre l'*UB*, nécessite des moyens financiers supplémentaires que l'hôpital d'Ayos n'avait pas en 2003.

Le Dr. B. partage donc la politique prônée par l'*OMS* : se rendre accessible aux malades, c'est-à-dire aller à leur rencontre, puisque souvent, il s'avère difficile pour eux de quitter leur village. Dans d'autres pays qui luttent contre l'*UB*, comme par exemple la Côte d'Ivoire⁷⁴, ce type de stratégie a déjà été mis en place : des équipes mobiles, composées d'agents de santé communautaire, qui ont été regroupés dans des villages et formés sur place, se rendent dans

⁷³ Cet élément était cependant sous forme de projet lors de mon terrain.

⁷⁴ Cet exemple a été exposé lors de la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif spécial de l'*OMS* sur l'ulcère de Buruli » au siège de l'*OMS* à Genève, 8-11 mars 2004, dans le cadre du groupe de travail concernant les problèmes déterminants pour l'accès au traitement et les solutions à envisager, le 10 mars 2004.

les localités pour faire les exérèses et les pansements. Les centres de santé ou des cliniques mobiles (c'est-à-dire des tentes spéciales) sont utilisés gracieusement pour effectuer ces opérations. Le rôle des agents de santé communautaire est de dépister la maladie en examinant toute la population, qui reçoit un traitement quelle que soit la maladie dont elle souffre. Deux jours après, les agents sanitaires reviennent pour opérer les patients, veiller au suivi et voir s'il faut référer des cas au centre principal. Une telle stratégie requiert certes des investissements matériels (véhicules, tentes, pansements, médicaments), mais la gratuité totale des soins et des coûts pour les patients (le transport à l'hôpital et le retour ne sont pas payants) entraîne la confiance en l'équipe médicale. De plus, la population acquiert le réflexe de la détection de nodules. Les chiffres ont prouvé, d'après cet intervenant, que deux ans après la mise en place de ce système, le nombre de cas d'ulcères dans le centre principal avait chuté. En Côte d'Ivoire, on a donc une combinaison des deux types de stratégies d'intervention : une équipe mobile, qui fait le dépistage précoce dans les villages, donne une antibiothérapie, exécute des opérations bénignes, et un centre de santé de district, qui s'occupe des cas plus lourds, référés par les agents de santé communautaire.

Dans l'arrondissement d'Ayos et d'Akonolinga, les victimes de l'*UB* sont souvent issues de milieux défavorisés, et par conséquent, ne disposent pas de moyens nécessaires pour supporter un long séjour sanitaire. Une hospitalisation prolongée requiert notamment la présence d'un garde-malade aux côtés du patient, ce qui enlève une force de travail aux champs et donc une partie du revenu familial. Par conséquent, l'équipe médicale d'Ayos a souligné, lors d'une réunion de travail le 5 août 2003, la nécessité de faire face aux différents facteurs⁷⁵ qui empêchent la population de se rendre à l'hôpital. Pour atteindre cet objectif, elle a décidé d'instaurer un système de repas gratuit et quotidien pour tous les malades⁷⁶, ce qui facilitera en quelque sorte l'accès à l'infrastructure médicale en rendant la présence d'un garde-malade moins nécessaire. De même, elle a convenu de mettre en place un établissement scolaire pour les enfants atteints de l'ulcère, qui manquent souvent une période de cours à cause de leur hospitalisation. En outre, depuis qu'*ALES* s'occupe du traitement de l'*UB* à l'hôpital d'Ayos, les soins sont entièrement gratuits. Lors de la même séance, un infirmier a relevé l'importance de transformer les anciens patients en sensibilisateurs, qui pourraient détecter de nouveaux cas. Les malades passeraient ainsi de la fonction d'acteurs passifs à

⁷⁵ Ces facteurs seront détaillés dans le chapitre 4.

⁷⁶ Voir Annexe 5 : fig. 27

acteurs actifs⁷⁷. Le personnel médical préconise donc une politique d'intégration des acteurs locaux, et par conséquent de proximité, dans la lutte contre l'UB.

3.7. *Rapports des soignants avec les acteurs locaux : malades, parents de malades et guérisseurs*

3.7.1. Avec les malades

Le séjour en milieu hospitalier engendre une interaction prolongée entre les malades et le personnel médical, ce qui crée en quelque sorte une « nouvelle famille »⁷⁸. En effet, une vie sociale se met en place entre les patients, les garde-malades, les visites et les acteurs médicaux. Les malades doivent participer à certaines tâches dans la mesure où leur état physique le leur permet⁷⁹ : ils doivent nettoyer leur dortoir, les toilettes et les douches, effectuer des travaux de désherbage et d'assainissement de l'extérieur des bâtiments. En outre, ils sont responsables de leurs cahiers de santé (dans lesquels se trouve l'inventaire des soins qu'ils ont reçus), de leur matériel médical (ils doivent nettoyer leurs bandes), de leur linge et de leur nourriture⁸⁰. Certains patients fournissent aussi un encadrement scolaire aux plus jeunes.

Pendant leur séjour en milieu hospitalier, les malades ou leurs proches sont donc actifs en ce qui concerne les tâches de la vie quotidienne et l'entretien des infrastructures. Tout le monde est en quelque sorte impliqué dans le fonctionnement de l'établissement sanitaire. Cependant, les patients ne sont pas acteurs de leur santé, ni actifs dans leur traitement⁸¹, contrairement à ce qui se passe en partie chez les guérisseurs. Le personnel biomédical aimerait plutôt les rendre indirectement actifs par l'information et par le séjour médical, qui aurait un effet sensibilisateur : « *Les gens qui sont allés chez le tradipraticien et qui ne voient pas de soulagement, viennent ici. Les gens discutent, donc ils se déplacent à l'hôpital. Quand on parle de gratuité, on va très vite. Les patients commencent eux-mêmes à sensibiliser* » (Jean, infirmier à Akonolinga, 13 août 2003).

⁷⁷ La façon de considérer les malades sera évoquée dans le point suivant sur les rapports des soignants avec les acteurs locaux.

⁷⁸ Les soignants utilisent cela comme un argument pour inciter la population à se rendre à l'hôpital.

⁷⁹ Dans le cas contraire, leur garde-malade le fait à leur place.

⁸⁰ Lors de mon séjour, M. C. distribuait une fois par semaine de la nourriture aux malades, qui devaient eux-mêmes (ou leur garde-malade) cuisiner cette ration hebdomadaire. Comme je l'ai mentionné dans le point précédent, ce système alimentaire a changé à fin 2003.

⁸¹ La seule opération à laquelle ils prennent part est de plier les bandes de gaze utilisées pour les pansements, car le personnel médical n'a pas le temps de s'en occuper. Voir Annexe 5 : fig. 28

D'une manière générale, l'hôpital bénéficie d'un respect au sein de la communauté, fait l'objet d'un marquage positif, qui s'exprime dans les termes suivants⁸² : « *Comme c'est le médecin qui est en train de parler, on va toujours l'écouter* » (Thomas, 22 novembre 2003), « *Les Blancs sont plus avancés. Vous nous avez appris beaucoup de bonnes choses, des bonnes choses. L'hôpital est la bonne voie. Et si vous prenez la peine de venir nous aider, ce n'est pas pour rien* » (Arthur, 12 novembre 2003), « *Aller à l'hôpital, c'est mieux, car on fait beaucoup d'études* » (Mireille, 12 novembre 2003). En un mot, le savoir, la technologie de la médecine occidentale et le statut des praticiens impressionnent souvent les individus, contribuent à la considération qui entoure l'institution sanitaire.

Cependant, bien que les employés sanitaires fassent état de « relations familiales » avec les patients, les rapports entre ces deux catégories d'acteurs sont plutôt d'ordre hiérarchique. Les malades entrent en interaction avec plusieurs soignants : les infirmiers et les médecins. Ces derniers jouissent d'un prestige et d'une grande renommée aux yeux des malades. La relation est de type « patient-soignants » ou « parent-patient-soignants », comme chez les guérisseurs. Cependant, le malade (avec ou sans ses proches) est face à plusieurs interlocuteurs, qui entretiennent un rapport d'autorité avec lui. Par exemple, le personnel soignant s'adresse souvent de manière paternaliste aux malades, élève le ton, notamment à cause de problèmes d'hygiène. Un jeune malade s'est plaint à sa mère du comportement d'un infirmier, qui lui a souvent fait des reproches sur son hygiène. La mère a alors fait des remontrances à l'employé sanitaire. Celui-ci a déploré : « *dès que les malades vont mieux, ils n'en font qu'à leur tête* » (Thierry, 30 juillet). Une délégation de malades s'est ensuite rendue chez cet infirmier pour voir si son domicile était propre. Il a justifié sa conduite face au malade de la manière suivante : « *Nous sommes responsables vis-à-vis d'ALES. Les villageois n'ont pas de notions d'hygiène, ils ne comprennent pas qu'ils doivent maintenir les locaux en état. Je suis responsable de la salle des pansements et de la propreté, je suis donc obligé d'être strict ; j'applique les notions apprises à l'école. Les malades ne sont pas reconnaissants envers le personnel soignant* » (Thierry, 27 juillet 2003). A plusieurs reprises, il a parlé d'ingratitude pour qualifier le comportement des malades à l'égard du personnel médical : « *Certains malades ne sont pas reconnaissants. Tu les soignes et quand tu les croises en ville, ils ne te saluent pas. Tu les aides et ils ne sont pas reconnaissants* » (Thierry, 24 juillet 2003). Cet exemple illustre une incompréhension de part et d'autre. En outre, certains soignants n'ont pas

⁸² Certaines citations exposées ci-dessous seront reprises plus loin, mais pour illustrer d'autres éléments.

forcément communiqué avec les malades lors des séances de soins, ne les ont pas laissé s'exprimer lorsqu'on s'adressait directement à eux, mais parlaient à leur place.

Ainsi, comme le mentionne Janzen (1995 : 156) « *La relation médecin-malade ou infirmier-malade apparaît souvent sous la forme d'un courant de renseignement unilatéral, autoritaire ou paternaliste, indiquant au malade ce qu'il doit faire. Le résultat d'un tel traitement peut être une acceptation passive qui apporte de la satisfaction. Mais le résultat est souvent une désorientation du patient et la répétition du même traitement ailleurs* ». Selon cet auteur, lorsque l'information n'est pas partagée ou lorsque des différences apparaissent, les patients peuvent rompre la thérapie, ce qui engendre un diagnostic alternatif qui aboutit à une thérapie nouvelle. Pour l'UB, on constate cela lorsque les patients évoquent la peur de la chirurgie ou de l'amputation, qui est un facteur psychologique important, entraînant parfois des modifications dans les itinéraires thérapeutiques. Cet élément nécessiterait peut-être plus de dialogue entre les patients et le personnel soignant, qui devrait expliquer clairement les diverses opérations et préparer psychologiquement les malades, comme certains spécialistes de l'OMS l'ont recommandé lors de la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif spécial de l'OMS sur l'ulcère de Buruli ».

D'une manière générale, la "médecine occidentale" est basée sur une relation de type médecin autoritaire et patient docile, sur un mode impersonnel et bureaucratique ; le médecin doit persuader le patient par l'autorité de son statut, de son savoir, de ses honoraires pour qu'il accepte le traitement qu'il recommande. Par conséquent, les praticiens ont tendance à présumer de leur supériorité, ce qui peut entraîner une non-acceptation, une incompréhension, de la méfiance, un désaccord de la part des malades et engendrer des conflits (Janzen 1995 : 238).

De plus, chaque système médical est ancré dans un consensus social, c'est-à-dire une série de règles partagées qui concernent les relations, et un consensus cognitif, c'est-à-dire un accord sur les conceptions. Ce consensus implique que les idées médicales, les valeurs, les techniques et les relations de rôles sont enracinées dans des règles sociales, idéologiques et rituelles plus englobantes. A l'hôpital d'Ayos par exemple, les rapports hiérarchiques doivent être respectés, notamment au niveau des soignants, qui doivent rester à leur place et ne pas empiéter sur le domaine des autres. Comme nous allons le voir dans le chapitre consacré aux guérisseurs, les rapports que ces derniers entretiennent avec les malades ont plutôt une base égalitaire. Mais comme le souligne Laplantine (1986 : 264), « *il n'y a pas de malades victimes des médecins, pas plus qu'il n'y a de médecins incompris des malades [...], et s'il existe*

parfois entre les premiers et les seconds un langage de sourd, c'est sur le fond d'un accord fondamental ». Cette affirmation est seulement en partie applicable pour l'UB, car le médecin ne partage pas forcément le même consensus social et cognitif que ces patients, puisqu'il a été formé à un traitement biomédical provenant d'un autre contexte culturel et que souvent, il y adhère. D'où parfois des difficultés de compréhension entre les deux groupes d'acteurs.

En résumé, bien que les conditions soient en partie réunies pour établir une relation « patients-soignants » sur un plan « familial » et coopératif, notamment grâce à la responsabilisation des malades dans plusieurs domaines, un rapport de subordination perdure. Cela peut être imputé à la fois aux patients, qui placent souvent l'infrastructure sanitaire sur un piédestal, mais aussi aux soignants, qui conservent une position dominante dans les interactions qu'ils ont avec les malades.

3.7.2. Avec les guérisseurs

Selon le personnel médical, les relations qu'entretiennent les tradipraticiens entre eux et celles qu'ils entretiennent avec l'hôpital sont avant tout de l'ordre de la concurrence : chacun défendrait son "fond de commerce" et craindrait la perte de patients. Un infirmier à l'hôpital d'Akonolinga en parle dans les termes suivants : *« Les tradipraticiens ont bondi sur l'occasion, car on ne savait pas comment soigner cette maladie. Ils voulaient faire guérir la plaie, mais l'objectif était seulement de soigner la maladie. Ils s'en foutaient du temps de soin ou des rétractions des membres. Ils ont dit aux populations que c'était un sort qu'on vous lançait. C'est entré dans les mœurs. Les tradipraticiens ont dit aux gens qu'on ne pouvait pas soigner à l'hôpital, qu'ils le soignent vite. Chez eux, les petits cas prennent 4-5 mois, alors qu'à l'hôpital, ça prend 1 mois. Je leur ai dit qu'ils ne pourront pas faire de concurrence avec nous. Ils pensent que c'est une maladie maléfique, que les Blancs, la médecine moderne, ne peuvent pas la soigner. C'est avant tout un emploi pour eux, ils sont payés (chèvres, boucs, marmites, pagnes, des gens vont travailler dans leur champ). C'est pourquoi ils disent aux gens : « N'allez pas ». Quand les gens verront qu'à l'hôpital, ça va vite, mieux, qu'ils sont bien nourris, logés, qu'on ne les torture pas. Il faut voir quelles sont les conditions d'hygiène dans les villages [...] Les tradipraticiens nous voient comme une concurrence, ne sont pas contents de nous voir. Je suis allé chez eux, j'ai parlé aux patients : les tradipraticiens n'étaient pas contents de cela »* (13 août 2003).

De même, dans le journal d'Information de Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse Bureau Régional pour l'Afrique (Juillet 2003, N°2), qui relate les campagnes d'information de mai

2003, les tradipraticiens ont été accusés d'entretenir un climat de suspicion vis-à-vis de l'hôpital. M. C., le « superviseur lèpre », a déclaré dans cette édition qu'« *ils vont jusqu'à menacer les malades qui oseraient aller chercher des soins dans les structures sanitaires* ». Un infirmier a souligné ce fait lors d'un entretien : « *On partait faire les enquêtes dans les villages en juin 2001. On avait une 4x4 dans laquelle on donnait les premiers soins. On amenait les patients à l'hôpital. C'était horrible, des choses horribles car les patients allaient chez les tradipraticiens. Les patients étaient souvent d'accord pour aller à l'hôpital, mais les tradipraticiens les en empêchaient* » (Raphaël, 30 juillet 2003). Néanmoins, lors de mes interactions avec des malades, des anciens malades et des guérisseurs, personne n'a fait allusion à ce genre d'attitude.

En fait, les résultats de l'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations du Département du Nyong et Mfoumou menée en mars 2003, ont montré que 79 % des répondants (sur 1400 personnes interrogées) ont déclaré recourir aux soins de tradipraticiens. Ce pourcentage élevé a sans doute éveillé une certaine crainte chez le personnel soignant, qui a fréquemment mentionné une concurrence avec les guérisseurs. Suite à cette enquête, le Dr. B. a fait un rapport qui a abouti aux conclusions suivantes : les guérisseurs semblent rétablir l'équilibre social rompu par la violation d'une norme, qui est sanctionnée par la maladie ; il y a une méfiance réciproque entre tradipraticiens et hôpital, une mystification des pratiques, un analphabétisme, une absence de cadre juridique, de structuration et de nombreux charlatans dans leur profession. Selon le Dr. B., ces paramètres sont à prendre en compte pour pouvoir impliquer les tradipraticiens dans la lutte contre l'UB. Mais, comme nous le verrons dans le chapitre 5, cette façon de percevoir les guérisseurs et leur activité ne correspond pas tout à fait à la situation réelle.

Le « superviseur-lèpre », dans un entretien que nous avons eu le 31 juillet 2003, évoque la coopération avec les guérisseurs : « *Nous ne leur interdisons pas de faire, nous voulons la collaboration. Le médecin-chef d'Ayos le dit lui-même. Quelqu'un comme Elie [un patient gravement atteint aux deux jambes], que peut faire le tradipraticien ? Nous ne disons pas que vous ne savez pas faire, vous traitez la plaie, mais vous ne savez pas vous occuper des séquelles. Or, nous oui. Ils accueillaient bien cela en général. Dans chaque village, il y avait des anciens patients. Il y avait donc un exemple, une preuve. Beaucoup sont convaincus, mais d'autres sont encore contre. Avec le temps, nous allons pouvoir les convaincre* ».

Souvent, comme l'évoque Gruénais (1995 : 196-201) dans un article sur l'anthropologie médicale appliquée, les pratiques traditionnelles sont définies négativement par rapport aux

pratiques de la biomédecine. De plus, une collaboration n'est jugée effective que si les champs d'activités respectifs ne se recoupent pas. Cet auteur relate les propos d'un directeur régional de la santé au Cameroun, qui mentionnait la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle dans le domaine de la psychiatrie. Une collaboration avait été mise en place avec les tradipraticiens, qui étaient employés pour résoudre les carences du système médical et améliorer l'état de santé des malades, en s'appuyant sur les pratiques de soins traditionnels. Cette coopération, perçue de manière positive par ce directeur régional de la Santé, avait permis de définir les compétences et les limites de chacun, d'établir un code éthique concernant les relations entre les parties impliquées : seuls les patients atteints de « maladies naturelles » (comme le paludisme, la fièvre typhoïde, des morsures, des blessures de clous, des fractures, etc.) devaient être envoyés à l'hôpital. Les guérisseurs s'engageaient à respecter ce règlement, tandis que les acteurs sanitaires promettaient de leur envoyer des malades atteints de troubles psychosomatiques ou de dérangements mentaux, qui pouvaient être traités de manière traditionnelle.

Janzen (1995 : 80), qui retrace l'histoire du système de santé au Zaïre, montre que la façon de percevoir les tradipraticiens se modifie en fonction du contexte politique et économique : l'ex-président Mobutu avait par exemple lancé un programme de recherche sur les méthodes de soins coutumières, dont l'objectif était de codifier ce secteur, puis de l'intégrer dans le système national de santé. L'OMS visait également cet objectif. Un changement s'était opéré non pas à l'égard de la relation entre guérisseurs, techniques de soins traditionnels et médecine moderne occidentale, mais dans la manière dont les personnalités politiques envisageaient cette relation.

En ce qui concerne la politique sanitaire camerounaise à l'égard des tradipraticiens, le Ministère de la Santé parle parfois d'incorporer les guérisseurs au système de santé formel, mais pour l'instant, cela est resté au niveau du discours. Une ancienne médecin chez *Médecins Sans Frontière* à Akonolinga et anthropologue, qui connaît bien la situation camerounaise, m'a expliqué qu'« officiellement, on aimerait intégrer les tradipraticiens à la médecine occidentale, collaborer avec eux, mais il s'agit de langue de bois. On fait des beaux discours, mais rien ne se fait concrètement. Ou alors on les fait participer aux séances d'information et puis après, plus rien » (4 août 2003).

En résumé, les discours des acteurs biomédicaux à propos des guérisseurs et la manière d'envisager les relations avec eux ont passé d'un constat de concurrence (supposée ou réelle), à un désir ou une nécessité de collaborer. Les soignants traditionnels ont donc vu leur statut

changer aux yeux de l'institution sanitaire d'Ayos, qui a modifié sa politique et ses déclarations à leur égard : initialement considérés comme des détracteurs, ils sont devenus des interlocuteurs.

3.8. La lutte contre l'UB : un enjeu important à plusieurs niveaux

Le traitement et la définition de ce problème de santé constituent un enjeu important dans la région d'Ayos. En effet, les autorités administratives et politiques, conscientes de l'impact économique et social qu'engendre cette maladie, ont décidé de soutenir l'hôpital en prenant part à la lutte. Leur première action a été d'organiser une réunion à la sous-préfecture d'Ayos⁸³, qui a regroupée le personnel médical, les guérisseurs de l'arrondissement et des personnalités d'institutions publiques. L'hôpital, qui, jusqu'à présent, a joui d'une entière capacité pour définir ce problème, pour réguler et contrôler les solutions qui lui sont liées, est par conséquent devenu un lieu de pouvoir pour les autorités locales. En effet, ces dernières ont davantage à être associées à ce combat, surtout si l'hôpital arrive à réfréner l'endémie. De plus, si l'infrastructure biomédicale parvient à imposer sa définition du problème, un contrôle social pourra être exercé sur les acteurs locaux.

L'implication des autorités administratives et politiques dans la résolution de cette question de santé publique est également intéressante pour l'hôpital, car à l'avenir, la prise en charge de l'UB pourrait être intégrée dans le programme sanitaire national. En effet, le Dr. B., aimerait aboutir à une association à long terme avec le Ministère de la Santé, comme nous allons le voir ci-dessous. Une reconnaissance et une participation de la part des autorités locales s'avèrent donc un appui et un atout supplémentaire pour l'infrastructure médicale.

Chaque année, le Dr. B. a plusieurs buts à atteindre, qu'il m'a exposés lors d'une interaction à son domicile (3 août 2003) : son objectif initial a été d'équiper l'hôpital d'Ayos et de former des acteurs locaux. Pour cela, 2002 a été une « année-pilote », avec la mise en place des infrastructures, la rénovation d'une partie des bâtiments, la création d'une équipe fiable et fixe et le début de la prise en charge des malades. La deuxième année a permis d'offrir des soins de qualité, de poursuivre le bon fonctionnement des infrastructures, de continuer la rénovation des bâtiments, d'entreprendre des recherches d'immunologie avec une équipe suisse. La troisième année du programme a présenté un enjeu majeur : intégrer l'hôpital au programme national de santé, c'est-à-dire assurer la pérennité pour le traitement de l'UB. En 2004, cet

⁸³ Cette réunion, qui a eu lieu le 20 novembre 2003, a été relatée dans le point 3.6.2 concernant la sensibilisation et les campagnes informatives.

objectif n'avait pas encore été complètement atteint. Sa conséquence sera d'impliquer davantage le Ministère de la Santé, qui prendra alors le relais d'ALES à l'hôpital d'Ayos et financera la lutte à sa place. Cela permettra à l'ONG de se concentrer uniquement sur ses activités liées à la lèpre et à la tuberculose et de combattre l'UB dans d'autres pays⁸⁴. Or, pour être un interlocuteur de poids face au Ministère de la Santé, il faut que le problème sanitaire soit grave et conséquent, et par là même, qu'il touche de nombreux individus. Cette raison incite en partie le Dr. B. à prendre en considération les points de vue locaux pour établir des lignes préventives adaptées à la population, à impliquer les tradipraticiens et à instaurer une collaboration avec eux. Les études et les campagnes de sensibilisation ont été menées pour atteindre cet objectif. De plus, une enquête nationale a été entreprise en 2004⁸⁵ pour découvrir l'ampleur de l'affection au Cameroun : quatre autres foyers ont été mis au jour dans le pays (dans le Sud-Ouest, le Sud, l'Adamaoua et le Nord-Ouest). Les résultats de cette enquête incitent le Dr. B. à faire d'Ayos un centre de référence pour le traitement de l'UB, à devenir un pôle national et à faire reconnaître cette maladie comme un problème de santé important.

Cependant, certains acteurs locaux voient d'un œil suspicieux l'éventuelle prise en charge de l'UB par le Ministère de la Santé, craignent que le programme ne tombe à l'abandon : «*Nous connaissons le Ministère, nous n'avons pas de moyens au Cameroun. Ce serait donc un problème d'être pris en charge par le Ministère. Nous pensons que nos partenaires devraient continuer de nous aider* » (Jean, infirmier à Akonolinga, 13 août 2003).

Au niveau mondial, d'autres ONGs ont un parcours similaire et envisagent la situation de la même manière qu'ALES, comme par exemple ANESVAD⁸⁶. Cette ONG est active en Côte d'Ivoire (depuis 1999), au Ghana (depuis 2001) et au Bénin (depuis 2002). Après 5 ans d'activités en Côte d'Ivoire où elle a mis en place les infrastructures pour la lutte et la prise en charge de la maladie, elle pense se retirer au profit des structures locales. Celles-ci reprendraient le programme à leur charge. ANESVAD pourrait alors aider des pays moins avancés dans la lutte, comme le Burkina Faso.

⁸⁴ Lors de la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif sur l'ulcère de Buruli, 8-11 mars 2004 », le directeur d'ALES a montré un grand intérêt pour aider des pays nouvellement engagés dans la lutte contre l'UB.

⁸⁵ Je ne possède pas les résultats de cette enquête, mais dans un mail adressé à un autre étudiant en anthropologie de l'Université de Neuchâtel, qui s'était rendu à l'hôpital d'Ayos pour un séjour de 8 mois (de janvier à août 2004), le Dr. B. énonçait brièvement les informations exposées ci-après (21 octobre 2004).

⁸⁶ ANESVAD, Acción Sanitaria y Desarrollo Social, est une ONG espagnole, qui travaille sur la lèpre depuis une trentaine d'années et qui s'occupe de projets sanitaires, sociaux et éducatifs dans 28 pays. Les informations suivantes proviennent du bilan annuel d'ANESVAD exposé par une de ses représentantes lors de la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif sur l'ulcère de Buruli, 8-11 mars 2004 » à Genève.

L'objectif actuel de l'*OMS* est aussi de faire participer les gouvernements concernés dans la lutte contre l'*UB*. Pour cela, elle bénéficie du soutien de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a reconnu l'*UB* et le rôle directeur de l'*OMS*. Cette Assemblée a adopté une résolution, le 20 janvier 2004⁸⁷, encourageant la lutte mondiale, invitant les Etats membres des régions endémiques, la communauté internationale, les institutions et les organismes des Nations Unies à participer activement à ce combat.

L'*UB* ne concerne pas une aide médicale d'urgence, mais une perspective à long terme. Par conséquent, l'intervention sanitaire aura des effets à moyen ou à long terme et nécessitera d'être intégrée au programme national de santé du Cameroun. Ce genre de situation exige de « négocier » avec les populations concernées. L'instance sanitaire d'Ayos s'est ouverte à la nécessité de comprendre les représentations et les pratiques des populations, s'est donné les moyens d'atténuer les obstacles au traitement en essayant d'être plus accessible. Lors des campagnes de sensibilisations auprès des villageois et des guérisseurs, cette compréhension a été tentée grâce à l'écoute et à l'information réciproque. Chaque partie a entendu les propos et les explications de l'autre partie, même s'ils n'ont pas été forcément pris en considération par la suite.

Cette ouverture aux acteurs concernés va dans le sens des recommandations édictées par l'*OMS*. En effet, lors de la « 7^{ème} Réunion du Groupe consultatif de l'*OMS* sur l'ulcère de Buruli », les acteurs sanitaires et politiques internationaux impliqués dans la lutte mondiale contre l'*UB* ont souligné la nécessité d'informer, de communiquer et d'éduquer à tous les niveaux (malades, enseignants, guérisseurs...), d'envoyer des équipes mobiles dans les villages, d'intégrer les acteurs locaux dans la lutte contre cette maladie. L'idéologie sanitaire qui émane de ces instances internationales et nationales a valorisé la prévention en se préoccupant davantage « des populations ». Elles ont estimé qu'il ne faut pas imposer sa vision, mais essayer de collaborer et de trouver une solution adaptée au contexte local. Les directives établies lors de cette réunion ont notamment concerné les guérisseurs, qui devaient être considérés comme des « leaders d'opinion » et être transformés en relais communautaires, pour qu'ils informent les populations et réfèrent des cas à l'hôpital. Selon le groupe consultatif, les guérisseurs doivent devenir des partenaires et être intégrés à la chaîne

⁸⁷ Il s'agissait de la 57^{ème} Assemblée mondiale de la Santé et de sa 113^{ème} session. La référence du document en question est : EB113.R1 et concerne le point 3.4. de l'ordre du jour.

thérapeutique, ils doivent apprendre les gestes de base et l'hygiène, au lieu d'être mis à l'écart.

En résumé, la tendance dans la lutte contre l'*UB*, tant au niveau local qu'au niveau mondial, consiste à l'ouverture et à la collaboration. Cependant, de par la nature et le traitement même de la maladie (qui doit être soignée rapidement et qui nécessite une intervention chirurgicale dans la plupart des cas), la vision biomédicale tend à vouloir s'imposer. Comme nous l'avons vu dans le point sur les campagnes de sensibilisation, le partenariat avec les guérisseurs traditionnels est recherché, mais de manière unilatérale : le personnel médical va leur apprendre comment soigner l'ulcère, mais ne va pas s'intéresser à leurs méthodes, car elles lui paraissent moins efficaces et peuvent occasionner de lourdes séquelles (comme une rétraction des membres, une ankylose). De même, l'*OMS* sous-entend qu'il faut changer les représentations locales de la maladie, que cette dernière n'est justement pas associée aux croyances, mais provient de facteurs environnementaux⁸⁸. Le paradigme qu'un changement de comportement passe par une modification des perceptions de la maladie est donc solidement ancré dans les discours biomédicaux. En effet, le personnel soignant, les responsables des ONGs et l'*OMS* partagent une définition du problème relativement similaire, à savoir que les diverses explications indigènes de l'*UB*, qui diffèrent de l'étiologie allopathique, empêchent les malades d'aller rapidement à l'hôpital. Dans le rapport d'activités 2003 concernant la prise en charge de l'ulcère de Buruli au Cameroun, le Dr. B. mentionnait par exemple : « *Malgré les avancées réalisées en fin 2003, l'organisation de la prise en charge contre l'ulcère de Buruli souffrait encore de multiples défaillances à savoir : [...] les perceptions des malades et leurs familles couplées aux faibles connaissances biomédicales pesaient lourdement sur la prise en charge de la maladie* » (Janvier 2004).

⁸⁸ Par exemple dans un film sur l'*UB*, « La maladie mystérieuse », qui a été produit par l'*OMS* en 2004, un des messages transmis mentionne indirectement que les croyances en la sorcellerie sont un obstacle pour se faire soigner.

4. Les points de vue et pratiques des malades, des anciens malades et de leurs proches sur cette maladie

Les habitants de la région d'Ayos parlent, décrivent, identifient et nomment l'affection d'une certaine manière, que nous allons découvrir dans ce chapitre. Nous verrons quelles sont les origines attribuées à l'*UB* et comment se transforment les perceptions locales au fil du temps et des événements. Nous remarquerons qu'il y a parfois une connivence entre la biomédecine et les acteurs locaux pour certains éléments. Puis, nous nous pencherons sur les pratiques liées à l'affection dans une situation de pluralisme médical, à travers plusieurs exemples d'itinéraires thérapeutiques. Ces derniers mettront en avant les facteurs d'influence, les choix ou changements de thérapeute, les obstacles au traitement et à la guérison.

4.1. Les représentations locales de l'affection

Avant d'aborder les représentations locales de la maladie, nous allons nous intéresser à l'origine historique de l'affection d'un point de vue émique. Le but ne sera pas d'établir une vérité objective, mais de constater les représentations partagées par la communauté, de comprendre qu'elles sont dynamiques et qu'elles se modifient en fonction du contexte culturel et socio-économique. Zempléni (1985 : 19) parle d'« usages sociaux de la maladie » : la société ou la culture étudiée par l'anthropologue utilise ses « maladies » pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres mutations, comme l'illustrera le point sur la transformation et l'adaptation des différents types d'explications causales. Fainzang (1990 : 857) va dans le même sens en mentionnant que dans les sociétés africaines, la maladie individuelle est conçue comme l'expression d'une histoire collective ou, selon Augé (1984 : 35), le « signe d'un désordre social ». Nous verrons cela à travers certaines étiologies véhiculées au sein de la communauté, mais aussi à travers les itinéraires thérapeutiques et les exemples de thérapies familiales.

4.1.1. Origine de l'ulcère d'un point de vue émique

En me basant sur les témoignages récoltés, j'ai constaté que l'origine historique de la maladie n'est pas très claire. En effet, il y a différents discours ou plutôt deux tendances générales au sein de la communauté :

La première tendance consiste à dire que « *la maladie a toujours existé, mais c'était des cas isolés, ça touchait toutes les catégories de personnes. Puis dans les années 80, elle a proliféré* » (Edouard, 50 ans⁸⁹, 1^{er} novembre 2003).

L'autre tendance consiste à dire que la maladie est apparue depuis plusieurs années seulement : « *Ca n'existait pas quand j'étais petit. Après, c'est venu. Il y a eu beaucoup de cas. Maintenant, ça s'est calmé. Il y a même eu des morts* » (Christophe, 70 ans, 19 novembre 2003). De même, une grand-mère, âgée d'environ 90 ans déclare ne pas avoir connu la maladie durant sa jeunesse.

Si l'on se base sur ces différents témoignages, on peut faire des recoupements pour tenter de d'établir la genèse de la maladie. En prenant en considération l'âge des informateurs et leurs années approximatives de naissance, on peut tirer la constatation suivante : jusqu'aux années 1935-1940, et peut-être un peu plus tard, la maladie ne semblait pas présente au village. Elle semble avoir fait son apparition par la suite, vers 1960 sous forme de cas isolés : le chef, né vers 1950, mentionne avoir toujours connu l'*atom*. Cependant, si l'on se réfère à la littérature, l'*UB* a été décrit pour la première fois au Cameroun en 1975 (Ravisse et al 1975 : 471-474). L'origine ne peut donc pas être clairement déterminée pour le village. On peut seulement affirmer que les personnes âgées n'ont pas été confrontées à l'*atom* durant leur jeunesse, contrairement à leurs enfants et petits-enfants. Selon les dires des villageois, Akam Engali a été fortement touché⁹⁰ à partir des années 1980 et jusqu'à maintenant.

En résumé, bien qu'il y ait deux tendances (la maladie a toujours existé, la maladie est apparue au bout d'un certain temps), un discours commun mentionne sa présence depuis longtemps dans la localité. D'après les observations faites pendant mon séjour et d'après les propos de la population, l'endémie a diminué à fin 2003. En effet, il n'y avait plus de malades au village à ce moment-là.

4.1.1.1. Transformation et adaptation des explications causales de la maladie

A partir des propos récoltés, j'ai pu distinguer 4 types d'explications, qui sont exposés ci-dessous. D'un point de vue explicatif, l'on peut constater que les interprétations populaires

⁸⁹ J'indique l'âge des personnes interrogées dans cette partie, car il nous permettra d'établir approximativement quand est apparue l'affection.

⁹⁰ Aucune statistique n'a été établie, mais l'ampleur de la maladie peut être constatée d'après les témoignages. Voir Annexe 10 : Liste des informateurs, qui indique les personnes frappées pas l'affection directement ou à travers leurs proches.

des causes de l'affection se sont modifiées en fonction du contexte économique et socioculturel.

a) Première type d'explication : la maladie comme défense communautaire

Selon les interlocuteurs, l'*atom* servait premièrement à protéger le patrimoine collectif et la communauté contre les étrangers malintentionnés qui pénétraient dans le village. Plusieurs personnes m'ont expliqué que les « anciens » du village ou d'autres individus possédant des « pouvoirs mystiques » avaient la capacité de lancer l'*atom* ou de le déposer dans certains endroits. De cette manière, ils créaient une sorte de champ protecteur dans la zone délimitée.

« Au départ, les sorciers d'avant ne faisaient pas le mal, il multipliaient les gens et les biens dans les villages, ils protégeaient les villages » (Révérend David, 6 novembre 2003).

Un interlocuteur m'a rapporté un entretien qu'il a eu avec son chef de groupement à propos de l'existence des sorts : avant et pendant la colonisation, ce type de méthode servait de moyen de lutte contre les éventuels ennemis. Plusieurs personnes au niveau de la chefferie étaient chargées de lancer des sorts, dont l'*atom*, afin de protéger les citoyens : *« Dès que quelqu'un entrait dans le village, on constatait de manière mystique s'il détenait des mauvaises choses. On allait voir celui qui est chargé de lancer l'atom, on lui disait viens, lance à ce monsieur-ci l'atom et on lui lançait. Et là, il était fini une fois. [...] Lorsqu'on est chef, on doit avoir à son entourage la majorité des sorciers. C'est eux qui sont habilités à pouvoir t'aider sur la gestion, sur la gouvernance de ton territoire. Ils sont mieux placés pour t'aider à la gouvernance de ton territoire et ils voient également tout ce qui entre et on signale rapidement. C'est pour cette raison que notre chef supérieur, il disait que les mauvais sorts n'étaient pas prévus pour tuer des gens n'importe comment. C'était une manière de protéger la population »* (Grégoire, 10 novembre 2003).

Les personnes interrogées ont insisté sur le contexte social et économique d'alors : la population vivait de chasse et d'une agriculture assez rudimentaire ; le produit de la chasse était partagé entre tous les villageois par le chef. Aujourd'hui, les principales activités sont la pêche et les cultures de café et de cacao apportées par les colons. La chasse n'est qu'une activité secondaire, qui ne rapporte qu'occasionnellement un gibier. De plus, la population s'est appauvrie ces dernières années suite à la baisse des prix du café et du cacao. Selon les habitants d'Akam Engali, une conséquence de ces transformations économiques est l'apparition d'un plus grand individualisme, chacun se souciant avant tout de sa famille nucléaire et cherchant à protéger son patrimoine personnel. Une jeune femme a par exemple

mentionné qu'elle ne pouvait prendre une bouture de cacao dans un champ n'appartenant pas à sa famille, car elle risquait d'avoir des problèmes : « *le cacao, c'est de l'argent* ».

D'autres modifications sociales sont apparues suite au colonialisme et à la christianisation par les missionnaires, telles la perte de certains rituels et traditions, au profit d'une occidentalisation progressive. Vincent (2001 : 8-10), dans une étude sur des femmes bété vivant dans la province du Centre au Cameroun, a relevé de telles transformations : le christianisme a interdit la polygamie et par conséquent, réduit la cellule familiale, ce qui a entraîné des modifications dans la notion de propriété : progressivement, les biens n'ont plus été communautaires, mais personnels. La femme est par exemple devenue propriétaire de ses récoltes et de son petit bétail alors qu'autrefois, le chef ou son mari pouvaient en disposer librement. A Akam Engali, François a signalé de tels changements et regrette l'époque de ses parents : « *Tout est bafoué, l'amour s'est refroidi. Maintenant, si tu veux aller en route, ton frère te loue son pousse ou sa brouette. Il ne te la prête pas. Tu pourrais lui gêner. C'est l'argent qui a tout gâté. Avant, quand tu tuais le gibier, tu le donnais à un aîné ou tu le partageais avec toute la famille. Maintenant, tu le gardes seulement pour toi. S'il est gros, tu pars le vendre en route. Tu peux préparer le serpent, mais tu le vendras cuisiné à tes frères. Avant, si tu vendais le serpent, on te tuait. Tes parents pouvaient te tuer. Avant, tu pouvais demander à n'importe quel enfant de t'accompagner. Maintenant, sa famille va te faire des problèmes* » (18 novembre 2003).

Philippe mentionne aussi ces modifications sociales : « *Nos parents vivaient ensemble, rien n'était pour quelqu'un, tout était pour la famille : mon frère pouvait avoir ma femme. Maintenant, le droit est là, ma femme est ma femme. Maintenant, chacun essaie de garder, de mieux faire dans sa famille. Par exemple mon frère Fidèle ne peut pas prendre ma plantation à ma mort, ça appartient à mes enfants. Avant, si je mourrais, mon champ appartenait à mon frère* » (19 novembre 2003).

En résumé, ce premier type d'explication sur la maladie est un discours mythique sur la société, c'est-à-dire une construction de l'esprit qui ne repose pas sur une réalité vécue, mais sur une idéalisation d'une époque révolue. Dans ce discours actuel sur le passé, l'*atom* est perçu comme un instrument protecteur et non comme une maladie nuisible. Les individus ont insisté sur ce rôle défenseur, ont expliqué que par la suite, il a été utilisé pour détruire, uniquement par méchanceté ou par vengeance : « *L'homme sorcier ne manque pas une occasion pour faire le mal. Maintenant, c'est devenu quand il y a une haine entre toi et moi :*

on lance cela comme une flèche, on le met même sur les herbes, sur la piste [...] C'est déjà une maladie de vengeance ici. Au départ, son effet n'était pas si renforcé. Mais les sorciers ont exploité cela par haine, jalousie, avec des effets plus forts » (Yves, 6 novembre 2003). D'après les représentations locales, l'usage initial de la maladie a donc été détourné.

Cette critique sociale contemporaine montre le passage d'un élément positif fonctionnel et intégré (la maladie, instrumentalisée par une "élite locale", n'était pas nocive au village, mais aux ennemis du village et maintenait la cohésion sociale⁹¹) à une situation négative, car le lien social entre les habitants s'est défait. Ce discours idéalisé sert à critiquer la modernité et l'individualisme ambiants ; il reprend certains éléments de l'étiologie courante, à savoir la maladie déposée sur un territoire précis et la maladie lancée, que nous découvrirons plus bas, pour l'appliquer au passé. Mais en fait, il montre comment la société s'est servie de la maladie pour faire face à ses propres mutations.

b) Deuxième type d'explication : la maladie comme protection du patrimoine individuel

D'après la population, ce deuxième type d'explication suit historiquement le premier, c'est-à-dire qu'il s'insère dans une chronologie temporelle⁹².

L'*atom*, qui était initialement utilisé pour défendre la communauté, a ensuite été employé pour protéger le patrimoine personnel. A cette fin, l'affection est déposée dans un champ sous la forme d'un « fétiche »⁹³. Celui-ci peut se présenter sous plusieurs aspects⁹⁴ : une feuille de palmier que l'on plante dans le champ à protéger, un petit paquet contenant des herbes ou une feuille de bananier que l'on attache à un arbre pour le protéger

Dans ce cas, de par sa visibilité sur le terrain, le « fétiche » a d'abord une fonction dissuasive (sa présence peut intimider d'éventuels visiteurs indésirables), puis répressive : « *A l'origine, l'atom était juste pour protéger ses biens, car on ne pouvait pas toujours être là. Avant, les gens savaient, car c'était visible, il ne fallait pas toucher quand on le voyait* » (Yves, 6 novembre 2003).

⁹¹ Ce type de pratiques était aussi courant au Burundi (Droz 1994 : 202) où les devins-guérisseurs utilisaient lors des guerres précoloniales un procédé proche de l'ensorcellement : ils répandaient une poudre sur le chemin pour envoûter leur ennemi, favorisant ainsi la victoire de leurs propres troupes. Les devins-guérisseurs avaient le monopole de l'emploi légitime de ses sorts, qui n'étaient pas réprouvés. Suite à la colonisation, ces pratiques ont été bannies et ridiculisées par les autorités politiques. Elles se sont alors réfugiées dans une clandestinité, qui les a peu à peu associées à la sorcellerie.

⁹² Par contre, les autres types d'explications peuvent se succéder ou coexister.

⁹³ Ce terme est employé par les villageois, qui utilisent aussi, mais plus rarement, le terme « gris-gris ». Il désigne un objet magique dont l'usage est généralisé et dont la fonction est souvent spécialisée. Ce sont des objets-supports, qui condensent des forces diverses. Ils ont été « chargés », activés par une personne compétente et peuvent exercer des actions maléfiques ou bénéfiques sur un individu ou sur la collectivité.

⁹⁴ Voir Annexe 6 : fig. 29-32

Le « fétiche » remplit la fonction de protection contre les voleurs ou les personnes ne respectant pas les règles sociales comme uriner, cracher ou pénétrer dans le champ d'autrui sans son autorisation. Celui qui enfreint ces normes court le risque d'attraper la maladie : « *Quand j'étais petit, il n'y avait pas autant, contrairement à maintenant. Parce que vous ne respectez pas les choses bêtes. Quand quelqu'un a cette maladie, il ne doit pas faire certaines choses, mais maintenant, vous ne respectez pas ça. Quelqu'un qui était malade ou guéri ne devait pas attacher certaines feuilles dans son champ, si quelqu'un vient cueillir, uriner là, celui qui passe (un vieux, un enfant) l'attrape. Elle ne se propageait pas comme ça. Maintenant, on ne fait plus cela. Beaucoup de gens supposent que c'est à cause de ça, parce que dans le village où 40 % des gens ont ça, ce n'est pas bon. Chez l'homme Béti, ça ne peut pas manquer. Chaque fois qu'il y a un événement malheureux, on dit que c'est tel. On ne sait pas si c'est vrai. C'est la sorcellerie. [...] Quand j'étais petit, certaines personnes d'une famille touchée avaient dit de ne pas faire certaines choses comme attacher dans le champ si tu as été malade. Parce que la vie de maintenant, les gens se fichent de tout le monde. Par exemple, on respectait les limites, on n'urinait pas dans le champ du voisin si quelqu'un disait de ne pas le faire. La famille touchée avait dit de ne pas faire certaines choses. A Akonolinga, on a emprisonné à cause de ça. Si on respectait ces recommandations, je crois que la maladie ne serait pas à ce niveau. L'homme noir fait toujours le contraire de la vie. Il fait la négligence* » (François, 4 novembre 2003).

Selon certains informateurs, l'*atom* n'a pas toujours une efficacité intrinsèque, mais sert parfois uniquement à dissuader les individus de pénétrer dans un champ et d'y cueillir un fruit sans autorisation : « *Beaucoup de gens ne mettent plus cela, c'est déjà vulgaire. C'est pour faire peur aux enfants* » (Philippe, 18 novembre 2003). Ces derniers connaissent ce genre de pratique, comme l'illustre le témoignage de Christian et d'Alain, deux enfants d'Akam Engali, qui évoquent l'*atom* planté dans le champ de leur belle-sœur : « *C'est des mensonges des fois, c'est pour faire peur* » (29 novembre 2003).

L'*atom* est peut-être expliqué de cette façon parce qu'aucun cas n'a été répertorié dans le village les mois précédents, bien que certains individus l'aient planté dans leur champ. De plus, les commentaires des médecins et des infirmiers lors des campagnes de sensibilisation tendent à démontrer l'inefficacité des croyances et des pratiques populaires face à cette maladie. Cet état de fait a eu un impact sur les représentations locales et dans le discours de la population, comme je le démontrerai plus bas.

c) Troisième type d'explication : la maladie provoquée par la jalousie

Les villageois indiquent que, par la suite, les individus ont commencé par jalousie ou « mauvais cœur » à lancer ou déposer l'*atom* par terre, simplement pour nuire à leurs semblables, empêcher qu'ils ne réussissent socialement : « *C'est le mauvais cœur. Parce qu'ils ne veulent pas voir d'autres gens devant eux. Disons que moi j'accouche et toi pas, tu lances donc ça, tu veux voir mes enfants finir* » (Bernadette, 7 novembre 2003). « *Ca ne peut pas manquer chez les Africains, c'est la jalousie. Chez les Africains, c'est la jalousie qui engendre tout ça. Si vous avez des enfants qui fréquentent [qui étudient] et pas les vôtres* » (François, 4 novembre 2003).

Dans ce cas, la maladie est considérée comme la matérialisation d'un sort lancé par un sorcier, dans un but de destruction.

Ce type d'explications, qui lie l'*UB* à la sorcellerie, est courant dans d'autres pays d'Afrique touchés par cette maladie. Au Bénin par exemple, la population considère parfois qu'un individu est responsable d'avoir provoqué l'ulcère de Buruli, d'avoir ensorcelé quelqu'un.

Dans un tel cas, seuls les résultats du traitement permettent aux malades de distinguer l'affection d'« origine naturelle » de l'affection due à la sorcellerie (Aujoulat 2003 : 753-755). Au Ghana (Stienstra 2002 : 209-210), différents facteurs magico-religieux ont été mentionnés par les informateurs, dont le plus commun est la sorcellerie. Cette dernière est évoquée en cas de conflits familiaux, d'échec du traitement médical ou si la taille de la plaie est importante. Parfois, aussi longtemps qu'une autre explication n'a pas été fournie, les informateurs évoquent la sorcellerie.

d) Quatrième type d'explication : l'étiologie influencée par le discours biomédical

Les effets de la sensibilisation se font aussi ressentir dans le discours local. En effet, certaines personnes attribuent une « origine naturelle » à l'affection, à savoir la transmission de la maladie par un insecte, un virus ou par un contact avec l'eau du fleuve : « *Personnellement, l'atom c'est une maladie comme le reste qu'on contracte soit dans l'eau – là, je suis convaincu – mais je sais aussi qu'on peut l'utiliser par des voies, des formes mystique* » (huissier de justice, 21 novembre 2003).

Bien que certains individus adoptent l'explication scientifique, ils n'abandonnent donc pas forcément leurs anciennes conceptions. L'exemple suivant illustre également cela : « *C'est récemment qu'on a dit que c'est un microbe du Nyong. Par exemple pour qu'un avocatier*

mûrisse, on attache une feuille de bananier ou de palmier ou un bois au tronc. Si tu touches, tu attrapes l'atom. Ça peut toucher les enfants qui vont toucher cet arbre. Ce n'est pas une simple maladie, mais une maladie que les gens peuvent occasionner. Maintenant, il y a deux tendances : on lance, ça arrive comme les autres maladies. Moi, je ne sais pas tellement si on lance ou si c'est l'autre » (Enseignant de l'école du village, 5 novembre 2003).

Une explication n'exclue donc pas forcément l'autre. Selon Evans-Pritchard (1972 : 99-110), il y a deux niveaux dans l'étiologie de la maladie, qui décrivent deux choses différentes : pourquoi a-t-on attrapé l'affection et comment ? La sorcellerie peut expliquer pourquoi, l'explication fournie par la biomédecine explique comment.

Par conséquent, les différents types d'étiologies peuvent coexister et peuvent parfois être amalgamés. En effet, certains individus déclarent par exemple qu'« un sorcier a lancé un insecte ».

A travers les types d'explications causales et les exemples précédents, nous constatons que les étiologies locales sont dynamiques, se modifient en fonction du contexte dans lequel elles s'insèrent. Elles ne cessent d'évoluer, mais sans se transformer complètement.

De plus, les discours des informateurs ne sont pas forcément clairs quand à la dimension temporelle : une tendance générale consiste à dire que les différentes étiologies se succèdent dans le temps, qu'elles sont subordonnées à une hiérarchie : dans ce cas-là, ils distinguent le passage d'une maladie destinée à défendre la communauté (premier type d'explication), à une affection utilisée pour protéger son patrimoine personnel (deuxième type d'explication), puis à une maladie provoquée par la jalousie (troisième type d'explication). Mais une autre tendance montre que les diverses interprétations (les deuxièmes, troisièmes et quatrièmes types d'explications) peuvent coexister ou apparaître dans le discours d'un même informateur. Seul le premier type d'explication, lorsque la maladie servait à défendre le patrimoine public, fait référence à une époque révolue et n'est plus usitée aujourd'hui. Les étiologies employées actuellement vont être décrites et analysées ci-dessous.

4.1.2. Les différentes représentations actuelles

Cette partie s'intéresse à la manière dont les malades, les anciens malades et leurs proches font allusion à la maladie, à leurs explications personnelles, c'est-à-dire au sens qu'ils donnent individuellement à l'épisode pathologique qui les concerne ou les a concernés, tout en utilisant les représentations causales véhiculées au sein de la communauté.

4.1.2.1. Description symptomatique dans les termes émiques⁹⁵

La particularité de l'*atom* est sa nature visible. Les gens décrivent cette maladie par ce qu'elle présente et ce qu'elle montre : des dysfonctionnements du corps matérialisés sous la forme de signes extérieurs. Pour les malades, l'évoquer consiste à parler des sensations vécues, des modifications anatomiques, à effectuer des « constats pathologiques » (Jaffré 1999 : 41)⁹⁶. La description de l'aspect visible de l'affection est différente si l'on se place du point de vue des patients ou des traitants traditionnels⁹⁷, ou des infirmiers⁹⁸.

En ce qui concerne les malades, les anciens malades ou leurs parents, ils abordent l'*atom* dans les termes suivants : « *C'était dur, un trou s'est percé, puis s'est refermé. On croyait que c'était fini, c'est revenu. C'était dur encore. Le blanc là, ça puait. Il n'y avait pas de blessure, c'était seulement dur. Elle boitait, puis la blessure est venue. Quand le tissu blanc est sorti...* » (Emilienne, 15 novembre 2003).

Le discours populaire s'appuie sur une observation directe des symptômes apparents, se fonde en partie sur une description : la maladie se matérialise sous la forme de différents signes tels qu'un bouton, une piqûre ou une coupure, un gonflement du membre, un trou ou une boule, un grattement. Jean-Marie l'évoque ainsi : « *Un moustique me pique, après un temps donné, il y aura une boule, ça gratte, ça s'aggrave, le pied gonfle. Le commencement se fait surtout par l'eau qui coule ou un bouton* » (23 novembre 2003).

Ces symptômes s'inscrivent sur la surface de la peau et aboutissent finalement à une expression unique, la plaie : « *Quand ça a commencé, ça piquait, je grattais. Le pied a commencé à gonfler. Après un mois, il y avait déjà la plaie* » (Georgette, 18 novembre 2003).

Au bout d'un certain temps, la lésion devient donc prégnante par sa grande visibilité. Mais avant l'apparition de la plaie, les divers symptômes se modifient en une séquence pathologique : le bouton va gonfler ou durcir, puis un « tissu blanc » (« la tête » de la blessure pour certains informateurs, du pus pour d'autres) va être discernable ; le malade ne ressentira aucune douleur, mais pourra être alerté par une mauvaise odeur, comme l'indique Jules : « *Ca gonfle, on ne sent rien, on ne voit que le mal et ça sent mauvais* ».

⁹⁵ Les termes émiques employés pour décrire la maladie sont des termes français. Pour accéder de manière plus approfondie aux représentations locales, il aurait fallu recueillir les termes en yébékolo, ce que je n'ai malheureusement pas pu faire. Cette limite linguistique à mon étude a déjà été soulevée dans le chapitre 2.6. sur les problèmes de terrain.

⁹⁶ Pour cet auteur, dépeindre une maladie, la caractériser sous la forme d'une représentation, consiste à mettre en relation des localisations physiques avec des types de douleur, des traitements, des durées, des ruptures dans la normalité existentielle. La représentation d'une maladie correspond toujours à des liens unissant des formes pathologiques précises et des contextes particuliers qui sont aménagés de manière spécifique (Ibid : 43).

⁹⁷ Ces deux groupes expriment et décrivent la maladie de la même manière et utilisent un vocabulaire semblable.

⁹⁸ Pour ce groupe d'acteurs, voir chapitre 3.2.

En général, les premiers signes ne sont pas alarmants, car les coupures, piqûres et autres blessures cutanées sont fréquentes dans un environnement forestier et rural comme celui d'Akam Engali. De plus, selon mes interlocuteurs, au stade primaire, la maladie ressemble fortement à la gale, dermatose prurigineuse familière dans la région : « *Ca a commencé comme la gale, c'est comme ça que l'atom commence. On a aussi pensé à une piqûre de mouche rouge, mais ce n'était pas ça, c'était l'atom* » (Jacques-Henri, 22 novembre 2003).

Les expressions phénoménales de l'*atom*, nous montrent que les manifestations du pathologique sur le corps sont multiples pour cette affection. Celle-ci est avant tout évoquée par les signes extérieurs qu'elle présente, par sa visibilité : les informateurs parlent d'enflure, de « bouton », « tête » : « *ça commence par un petit bouton, dès qu'il enfle, il y a apparition de la tête et dès qu'elle apparaît, on va écorcher l'arbre, on pose l'écorce sur la tête, ça commence à s'ouvrir* » (guérisseuse de Nyazé, 12 novembre 2003), évoquent la couleur et l'aspect désagréable de l'*atom*, qui leur fait penser à la pourriture (par exemple, ils parlent de « tissu blanc », mentionnent le fait qu'elle coule, la comparent à la gale) ou les sensations qu'elle provoque (comme la dureté ou l'odeur, qui évoque aussi une putréfaction).

Cependant, la connaissance empirique de l'affection par la population et les guérisseurs est proche de la description biomédicale : les altérations corporelles observées correspondent aux symptômes identifiés par la médecine. En effet, lorsque les villageois parlent de « boule », de « bouton » ou de « tête », ils font référence à un « nodule » ou un « papule »; de même, lorsqu'ils évoquent le gonflement des membres, ils désignent ce qu'on appelle un « œdème » ou une « plaque » dans le jargon médical. La « plaie » est évoquée de manière similaire de part et d'autre.

Bien qu'ils emploient en grande partie une terminologie différente, les malades, les guérisseurs et l'hôpital désignent une même réalité physique, des symptômes semblables. Il y a donc une coïncidence entre des savoirs populaires et scientifiques et par conséquent, un « lieu d'articulation » entre eux.

4.1.2.2. Identification et nomination de la maladie

Comme cela a été mentionné dans le paragraphe précédent, l'*atom* est caractérisé par diverses visibilitées et par des changements corporels observables au bout d'un certain laps de temps, qui peuvent être des énigmes et des pièges pour une interprétation profane. En effet, les malades ne soupçonnent pas toujours l'*atom* et attendent parfois plusieurs semaines avant de consulter un spécialiste. Selon Olivier de Sardan (1999 : 21), « *le langage des symptômes ne*

*préjuge pas de la « maladie » dont ces symptômes relèvent, qui les organisera en une signification unique. Il est purement descriptif. Par contre, nommer une maladie, c'est effectuer un diagnostic élémentaire, c'est identifier un ou plusieurs dysfonctionnements comme étant l'expression d'une « cause » ou d'une « chose » connue, c'est-à-dire leur donner une identité, qui est celle d'une entité nosologique populaire donnée ». Dans le même article, il mentionne : « Chaque maladie a son nom qui la spécifie, la particularise et autour duquel gravite un noyau de représentations associées. Nommer une maladie, c'est donner un sens aux symptômes. Et c'est, le plus souvent, clore en ce point, par ce nom, la quête de sens » (Ibid : 22). D'une manière générale, la maladie a une identité propre caractérisée par sa nomination, comme nous le constaterons dans le paragraphe concernant le terme *atom*.*

Le sens n'est pas entièrement donné lorsque la maladie a été identifiée de manière empirique par le malade ou quelqu'un de son entourage, mais il peut se modifier en fonction du traitement symptomatique, qui fait également partie de la quête de signification. Le diagnostic étiologique n'est donc pas forcément établi parce qu'il donne un nom à l'affection - il s'agit alors d'une « nomination-diagnostic » (Ibid : 21) -, mais il se fait plutôt en fonction de l'évolution symptomatique. En effet, un spécialiste ou les proches du patient infirment ou confirment le diagnostic initial en fonction des résultats thérapeutiques. Les malades peuvent donc décrire la maladie, commencer un traitement, puis selon son aboutissement, ils vont la nommer : « *J'ai eu un bouton sur le bras pendant deux mois, puis des petits boutons qui sortaient l'eau, j'ai pensé que c'était dû à une mouche. Les gens m'ont dit de vérifier si c'était l'atom. J'ai demandé à Germain [un guérisseur], qui m'a dit d'attendre deux semaines pour voir. Puis, je suis retourné chez lui et il m'a donné les remèdes traditionnels pour l'atom* » (Jacques, 27 novembre 2003). Le mode de représentation étiologique peut donc être commandé par l'acte thérapeutique lui-même. L'action médicale est alors antérieure à la recherche des causes.

En ce qui concerne la nomination de l'*UB*, les patients et leurs proches font d'abord un catalogue phénoménologique, puis réunissent sous une seule "étiquette" des symptômes divers. En effet, ils emploient un seul terme, *atom*, pour désigner ce mal. Le noyau de représentations autour du terme *atom* est stable et passablement uniforme : il est issu du yébékolo et selon les informateurs, il aurait été inventé pour différencier une simple blessure de cet ulcère. Ce mot signifie « blessure qui ne guérit pas », « plaie inguérissable », « plaie mystique difficile à soigner », « quelqu'un qui pourrit de l'intérieur ». Il évoque la notion de temps et la nature-même de la maladie (incurable ou qui se traite péniblement), mais aussi

certaines signes extérieurs comme la pourriture. Ce terme est descriptif, identificatoire et prend valeur de diagnostic. Les individus distinguent donc l'*atom* d'une autre maladie par sa temporalité et sa visibilité. Deffo (2004 : 10) a constaté, lors de son enquête sur l'interprétation de l'*UB* par les populations d'Ayos et d'Akonolinga au Cameroun, que cette affection est désignée de manière univoque et semble provenir d'une seule source. En effet, les habitants de cette région définissent l'ulcère uniquement par ce terme : « *L'atom, c'est né dans la région, ici entre Ayos et Akonolinga. On ne parle pas d'atom n'importe où, c'est la région* » (Yves, 6 novembre 2003).

Si l'on compare la nomination de la maladie et sa traduction française avec les termes employés au Bénin, où l'affection est également présente, on constate qu'il y a une logique représentationnelle largement similaire. En effet, d'après l'étude menée par Aujoulat (2003 : 756), la population béninoise emploie deux termes pour désigner l'*UB* :

- *ouévikpa* qui signifie « blessure causée par les vers », mais qui a plutôt une signification abstraite, car il se réfère vaguement à quelque chose qui vit, bouge et grouille. Il peut aussi être traduit par « blessure causée par les germes ou microbes ». Aujoulat a récolté des dessins d'enfants malades qui représentaient la plupart du temps des vers, considérés comme la principale cause de l'affection.

- *djomakou* qui signifie « blessure qui ne guérit pas ».

Au Cameroun, certains informateurs évoquent également un vers ou parfois une instance anthropomorphe (lorsqu'ils mentionnent la « tête » de l'affection) pour parler de la maladie. L'explication d'Elisabeth illustre cela : « *la maladie est due à un ver, car elle peut commencer à un endroit, puis se déplacer lorsque le remède a été posé* » (4 novembre 2003). Etienne, un guérisseur, confirme cela : « *il s'agit d'un ver qui pénètre sous la peau, puis ressort ailleurs* » (25 août 2003).

Le terme *atom* n'est pas seulement utilisé pour désigner la maladie, mais fait aussi référence aux « fétiches » liés à cette affection en fonction de l'explication causale qui lui est attribuée : *atom* est à la fois la cause et l'effet, l'instrument ou le mode de transmission et la conséquence, le diagnostic étiologique et le diagnostic symptomatique.

Dans le champ d'une jeune femme par exemple, une branche de palmier a été plantée sur laquelle plusieurs nœuds ont été faits. Elle explique la signification de la manière suivante : « *C'est ça l'atom. Si tu viens dans le champ et prends quelque chose, tu l'attrapes. C'est parce qu'on nous volait la canne à sucre* » (Christine, 13 novembre 2003). Un autre

témoignage désigne aussi ce terme comme étant la cause instrumentale : « *Le grand frère de Christine a eu ça [...]. Solange a dit qu'il avait volé le poisson dans sa nasse, elle avait mis l'atom dans sa nasse* » (François, 18 novembre 2003).

L'exemple suivant⁹⁹, rapporté par plusieurs villageois, illustre bien l'idée de maladie/objet, comme l'a également constaté Deffo (2004 : 17). En 1994, après avoir eu plusieurs cas d'*atom* dans sa famille, le chef a fait venir un « marabout » à Akam Engali pour élucider cette affaire. Celui-ci a parcouru le village à la recherche des « mauvais sorts » et a découvert une lance ensanglantée, qui était enfouie devant une maison. Le « marabout » a reconnu l'*atom* en cet objet. De même, l'utilisation fréquente du verbe « lancer » pour parler de cette affection soutient l'idée de maladie/objet.

En me focalisant sur la nomination de la maladie, j'ai à nouveau constaté la coïncidence entre des savoirs populaires et scientifiques. La maladie, bien connue et relativement bien identifiée, est nommée précisément et sa traduction d'une langue à une autre ou d'un langage populaire à un code scientifique peut s'effectuer plus aisément. Par exemple, lorsque l'on demande à certains informateurs de traduire le terme *atom* en français, ils parlent d'« *ulcère de Buruli* » : preuve qu'une partie du discours de sensibilisation a été intégrée, mais aussi que le transfert d'un terme émique à un terme biomédical est possible pour cette maladie. Un autre exemple illustre cela : lors d'une interaction avec un guérisseur, je lui ai demandé comment il appelait cette maladie, il m'a répondu : « *L'ulcère, on appelle ça ici atom* ». Puis, il a traduit le terme *atom* : « *ulcère en français* » (Etienne, 25 août 2003). Selon Jaffré (1999 : 46), la connivence entre des dénominations populaires et biomédicales permet d'initier un dialogue plus commode entre soignant et soigné. De même, comme je l'ai expliqué plus haut, la description de l'aspect visible de l'affection indique des symptômes et une réalité physique identiques entre les patients, les infirmiers et les traitants traditionnels, bien qu'ils emploient des termes différents. La nature même de l'affection, c'est-à-dire son extériorité (elle s'inscrit avant tout sur le corps) et sa grande visibilité, favorise sans doute le passage puis l'adhésion d'un discours à un autre.

En résumé, ce qui pouvait sembler initialement éloigné entre les acteurs biomédicaux et les acteurs locaux, à savoir la description et la désignation de la maladie, ne l'est pas forcément. La preuve en est la traduction du terme *UB* en *atom*, qui ne pose aucun problème aux acteurs concernés ; au contraire, elle est répandue et acceptée par tous, c'est-à-dire par le personnel

⁹⁹ Il sera davantage développé dans le point 4.2.2. concernant les thérapies familiales.

soignant, les guérisseurs et les malades. Ce type d'éléments pourrait expliquer en partie la réussite de la sensibilisation et le passage facilité d'un traitement traditionnel à des soins biomédicaux, comme nous le verrons au point 4.2. sur les itinéraires thérapeutiques. Il y a donc à nouveau un « lieu d'articulation » entre la population et l'hôpital.

4.1.2.3. Les étiologies

Dans cette partie, je vais décrire de manière détaillée les représentations liées à l'*atom*, qui sont largement partagées par les acteurs locaux. Deffo (2004 : 10), qui a constaté la prééminence du terme *atom* dans le Département du Nyong et Mfoumou au Cameroun, suppose que le foyer de naissance de l'ulcère est le territoire yébékolo et que l'appellation émique aurait été adoptée ultérieurement par les communautés voisines. Selon lui, les savoirs et les comportements des individus à propos de l'*atom* se seraient soit construits à partir d'un même point, soit constitués séparément. Mais à partir d'un centre identique, différentes variantes ont pu apparaître, ce qui expliquerait en partie la sémiologie populaire commune autour d'*atom*.

Olivier de Sardan (1999 : 27-28) utilise la notion de « modules » pour désigner un ensemble de représentations populaires partagées et indépendantes. Il propose de penser les conceptions locales des maladies comme un ensemble – non systémique et non structural – de modules de tailles, de complexités, et d'agencements variables, dont la constitution et les rapports renvoient pour une part à quelques logiques récurrentes, changeantes selon les maladies. Un module est un ensemble comprenant un « nom générique », qui est en général propre à la maladie désignée, « un noyau de représentations » partagées, à peu près stables, et « des variantes périphériques ». Il y a donc une sorte de centre fixe, une sorte d'accord général sur certaines caractéristiques fondamentales, mais aussi une place pour les différentes expériences et interprétations personnelles. Même si le nom et la notion de module opèrent une frontière, les représentations qui y sont incluses sont perméables et fluides. De plus, ce terme de module ne présuppose pas une hiérarchie, un classement ou une architecture. Cette notion de « module » est applicable à l'*UB*, dans la mesure où la population partage un corpus relativement uniforme d'explications causales, dont quelques détails varient. En effet, la communauté a plusieurs interprétations communes, auxquelles chacun donne du sens individuellement en fonction de son expérience et de son existence.

a) L'« atom simple » et l'« atom mystique »

Selon les informateurs, les origines de la maladie sont diverses, comme l'indique la mère d'un ancien malade : « *Ca provient de plusieurs manières, ça a plusieurs catégories : tantôt on lance, tantôt on le pose, tantôt ça vient seul* » (Elisabeth, 3 novembre 2003). Thomas va dans le même sens : « *L'atom a plusieurs formes. On imagine, c'est par tâtonnement. On ne sait pas ce qui cause la maladie, il y a différentes formes : quelque part, on dit que c'est une mouche. Quelque part, on dit que ça peut se transmettre d'une manière indigène. Ca peut partir d'une forme mystique. Protéger son arbre, attache une feuille, si vous venez voler, vous pouvez attraper la maladie. Il met ses gris-gris, si vous venez d'une manière frauduleuse, vous pouvez l'attraper. Ca peut aussi venir du poisson, des brûlis ou des marécages. On ne sait pas exactement de quoi il est question, d'où provient le mal, on souffre seulement. Il y a les formes qu'on peut imaginer* » (22 novembre 2003). Cependant, les différentes conceptions peuvent être réparties schématiquement en deux catégories principales comme l'illustre la citation suivante : « *Il y a l'atom, la façon mystique et l'autre là, l'atom des Blancs, l'ulcère* » (Philippe, 18 novembre 2003).

Les deux catégories sont donc :

a) l'« *atom simple* » considéré comme l'« *atom des Blancs* » ou l'« *ulcère de Buruli* »

b) l'« *atom mystique* »¹⁰⁰

a) Cette catégorie des causes est liée à des facteurs naturels, environnementaux et découle de l'explication scientifique de la maladie (virus, microbe, insecte, poisson et eau stagnante du

¹⁰⁰ Le terme « mystique » est un terme émiqwe important, qui possède différentes significations en lien avec la maladie, mais qui appartiennent au même champ sémantique :

Il désigne :

- La nature même de l'affection : « une maladie mystique », un « *atom mystique* », une « *plaie mystique* », « si la maladie se complique, elle est mystique »
- L'origine de l'affection : « maladie d'origine mystique »
- La forme ou la qualité de la maladie : « il y a deux formes : l'ulcère latéral, qui est l'ulcère naturel et l'ulcère lancé, qui est une maladie mystique », « *L'atom a plusieurs formes [...]. Ca peut aussi partir d'une forme mystique* », « *l'atom, c'est très mystique* »
- Le mode de transmission : « par voie mystique »
- Des pouvoirs surnaturels : « certaines personnes en vertu de leurs pouvoirs mystiques peuvent aussi utiliser ce microbe »
- Le but visé : « la personne a la possibilité d'utiliser le microbe à des fins, dans des voies mystiques »
- Deux actions distinctes : la protection ou l'agression

D'une manière générale, le terme « mystique » fait référence à quelque chose de surnaturel et d'occulte, qui ne peut être expliqué par la raison. Il procède d'une intention humaine et permet d'éclairer une infortune personnelle ou des phénomènes difficilement intelligibles, que les individus mettent en lien avec la sorcellerie.

Le directeur de l'école chrétienne d'Ayos expose cela dans les termes suivant : « *En Afrique, on est mystique.*

Les gens aiment ça, les superstitions. L'explication la plus simple le chemin le plus simple est de dire que c'est la sorcellerie. Ici, quand tu ne peux pas expliquer quelque chose, on dit que c'est la sorcellerie, que c'est métaphysique » (Loïc, 8 novembre 2003).

Si l'on se réfère à la définition du dictionnaire (Le Petit Robert : 2000), « mystique » signifie « relatif aux mystères, à une croyance cachée supérieure à la raison ».

fleuve, considérés comme responsables). L'homme n'a pas de prise sur ces différentes causes, il fait face à la contingence : « *Nous, on croyait qu'on lance ça, que c'est quelqu'un qui détient ça. Alors qu'il y avait tout le monde qui avait la maladie. Ce n'était donc pas l'homme qui a fait ça. Ce n'était pas lui. Ça provient de l'herbe ou quelque chose comme ça* » (Jérôme, 28 novembre 2003).

Ce type d'explication est peu usité par les informateurs. Par contre, ils en emploient parfois certains éléments qu'ils mélangent avec la deuxième catégorie causale : « *Ça provient des mouches, ce sont les gens qui envoient les mouches comme ça, quand on voit que tu es sage, quand on te déteste* » (Céline, 8 novembre 2003).

b) La plupart du temps, les représentations locales attribuent une « origine mystique » à l'*atom*, c'est-à-dire surnaturelle : « *C'est mystique. Ici, on est affamé, alors on protège ses biens. On pose quelque chose et tu attrapes la maladie, ça te prend* » (Révérend David, début novembre 2003). Un autre informateur mentionne que « *dans la coutume, les indigènes disent qu'on lance ça. C'est comme un envoûtement. Le Docteur nous a dit que ça provenait des branchies du Tilapia. On ne peut pas croire ça* » (Christophe, 19 novembre 2003).

Les causes du malheur sont alors déterminées intentionnellement par un individu : « *C'est une maladie mystique. Ce sont les gens qui font ça* » (Alphonse, 13 novembre 2003). Elles entrent dans le cadre de deux pratiques distinctes, qui comprennent des pièges et des sorts : les pratiques légitimes, admises par la communauté et les pratiques illégitimes, considérées comme maléfiques et, par conséquent, bannies par la société. Toutes deux sont perçues comme des « pratiques mystiques ».

b) Des pratiques admises

Les « pratiques admises » (Droz 1994 : 201) consistent à se procurer une protection magique, c'est-à-dire un « fétiche » sous la forme d'un colis ou d'une feuille nouée, destinés à éloigner les voleurs de son champ. Si ce dernier y pénètre, il est touché par le mal : l'*atom*. Ce « fétiche » frappe aussi les individus qui urinent ou crachent dans la propriété d'autrui. Dans ce cas-là, si la règle sociale est transgressée, la personne sera sanctionnée par la maladie. Christophe m'a expliqué ce principe : « *On pose ça sur un manguier par exemple. On plante une tige et on fait un nœud ou on attache à un arbre, à une branche ou on met un piment. Ça protège la parcelle. On creuse un trou et on le met dedans, ça protège la parcelle. C'est un remède. Tu pisses, tu craches, tu fais les selles, tu peux l'avoir. Vers Ebolboug, il y a une*

pancarte dans un bosquet : « Ne pas uriner : atom sur 2 km ». Tu ne pisses pas, ne craches pas et ne touches mêmes pas de feuilles. C'est pour faire peur. Il y a plusieurs sortes d'atom : celui qu'on pose, celui qu'on lance. Il y a un vaccin contre ça [des scarifications aux mains]. Si tu déplaces la branche, tu mets de la boue, ça se retourne contre celui qui l'a mis. Il y a celui qu'on lance. On ne peut pas savoir lequel t'attrape. Si tu as volé ou pris dans un champ, tu le sais toi-même. On n'accuse pas comme ça, on ne peut pas soupçonner » (19 novembre 2003).

L'utilisation de tels pièges est assez répandue et sert parfois simplement à effrayer les enfants, comme je l'ai déjà évoqué au point 4.1.1. (selon les informateurs, le remède magique n'a alors aucune puissance, mais uniquement une fonction dissuasive). Ce type de pratiques, destinées à se protéger de la malveillance de tiers est aussi fréquemment utilisé au Burundi (Ibid : 201) où les individus peuvent y recourir sans devoir les dissimuler.

Philippe raconte comment son frère a procédé pour déposer l'atom dans son champ : *« Mon frère a posé l'atom mystique dans son champ. Je vais te le montrer. Des petits enfants sont venus cueillir les cabosses. Le premier cadre : la façon mystique couvre toute la circonférence de l'arbre. Si tu heurtes, ça peut t'attraper. C'est ça l'atom mystique. On met sur le prunier ou un autre arbre fruitier, sur tout ce qu'on peut défendre. C'est très dangereux, quand on pose ça, ça peut se retourner contre nous. En toute profondeur, l'atom c'est très mystique. Celui qui a été malade pose une feuille de bananier morte, vous prenez par exemple une fève, vous êtes atteints » (18 novembre 2003).*

Dans une telle situation, le malade est potentiellement responsable de ce qui lui arrive, car la forme apparente du « fétiche » l'avertit qu'il entre "en terrain miné" et qu'il doit éviter certains comportements¹⁰¹ : *« On n'attrape jamais cette maladie pour rien, c'est après avoir touché à la chose d'autrui, quand quelqu'un a mis cette maladie dans son champ » (Didier, 9 novembre 2003).* Cependant, si les individus demandent l'autorisation de cueillir des fruits ou légumes dans la plantation d'autrui, ils seront à l'abri de la maladie : *« Les enfants [malades] étaient peut-être entrés dans le champ, avaient pris quelque chose sans la permission. Tout cela dépend de la permission de la personne. Tu as pris sans la permission. Si tu demandes et qu'il y a les herbes, rien ne t'arrive » (Enseignant de l'école primaire, 12 novembre 2003).*

¹⁰¹ La biomédecine a introduit la notion de « comportement à risque », qui est liée à l'explication causale de la maladie. Au sein de la population, cette notion n'apparaissait pas d'elle-même, mais émergeait suite à la question : *« Que faire pour éviter d'attraper l'atom ? »*, ou de manière indirecte dans les discours portant sur les sanctions des personnes qui avaient enfreint les règles sociales.

Seul un ancien malade¹⁰² ou un sorcier a le pouvoir de rendre actif un « fétiche ». En effet, les personnes interrogées pensent qu'un ancien patient est protégé et possède un pouvoir qui fait défaut aux autres individus, bien que cela ne soit ni attesté par l'expérience, ni par la biomédecine¹⁰³. Celui qui a eu l'*atom* a été en quelque sorte initié et par conséquent, a la capacité de transmettre et de soigner cette maladie : « *Si je défends par exemple ma farine et que j'ai déjà eu l'ulcère, je ne peux plus l'avoir. Je dépose une herbe et je lui parle. Si tu prends la farine, tu l'as* » (Elisabeth, 3 novembre 2003).

Bien que les pratiques de protection du patrimoine individuel soient admises au sein du village, elles sont condamnées par la loi camerounaise comme « pratiques de sorcellerie », comme me l'a indiqué le huissier de justice d'Ayos (21 novembre 2003). Ce dernier a assisté à trois procès au Tribunal d'Akonolinga, lors desquels plusieurs individus ont avoué avoir provoqué l'ulcère de Buruli. Ils ont reconnu l'avoir lancé, semé ou planté et ont été condamnés à des peines d'emprisonnement. La loi prohibe ce type de pratiques, parce qu'elle les considère comme une forme de vengeance privée, mais la majorité des individus ignore qu'elles sont condamnables.

c) Des pratiques réprouvées

Les villageois font référence à une « mauvaise sorcellerie » lorsqu'une personne fait appel au mal dans le seul but de nuire à autrui. Ils considèrent alors ce type de pratiques comme illégitimes. Dans ce cas-là, un sorcier manipule le malheur à des fins de vengeance, d'envie ou de jalousie. Le malade ou ses proches soupçonnent alors une tierce personne de leur avoir lancé un sort, matérialisé sous la forme de la maladie, afin qu'ils échouent dans leurs projets (par exemple dans leurs études ou dans la construction de leur maison) : « *Le deuxième cadre : on injecte ça. Les sorciers te jettent le mauvais sort. Ils veulent que tu sois malade, ils lancent le mauvais sort contre toi. Dans la nuit, ils te lancent. Là, les soins sont compliqués, la guérison va durer. Des années, des années. Le mauvais sort qu'on t'a lancé, on le fait surtout à la progéniture. C'est la façon mystiquement. Comme les Noirs sont un peu jaloux : cette fille va réussir, elle ira loin (par exemple la fille du chef qui a été malade¹⁰⁴)* » (Philippe, 18 novembre 2003).

¹⁰² Cet élément sera développé dans le chapitre 5.

¹⁰³ Les cas de rechutes existent bel et bien et personne n'est à l'abri de cette maladie. Cependant, les individus fournissent des explications aux situations d'échec (voir chapitre 5.4.4).

¹⁰⁴ Voir à ce propos un des exemples de thérapie familiale exposé au point 4.2.2.

Dans une telle situation, la victime ne se situe pas dans le domaine de l'interdit social, mais au contraire, elle est plutôt promise à une réussite sociale (Deffo 2004 : 13). Thomas, un jeune homme du village, qui a entrepris des études d'enseignant, raconte son expérience : « *On essaie de te nuire. Imagine que tu arrives dans la société et que tu es pourri d'un membre, est-ce que tu es à l'aise ? Ils vont chercher à te nuire. Le comportement durant la maladie était gênant, pénible, bizarre. Etre en public, c'était tout un problème. Vous aviez honte, il y avait une odeur terrible. La physionomie aussi, vous aviez peur de prendre la parole en public puisque vous êtes toujours dénigrés. Un homme malade ne peut pas parler en public. On était toujours caché. Je pouvais malgré tout aller à l'école. Je ne voulais pas gêner mes camarades. J'étais toujours gêné au moment de prendre la parole. Il fallait leur démontrer que je n'étais pas aussi souffrant. Et pour sauver, garder mes études. J'avais peur de gêner les autres* » (22 novembre 2003).

Janzen (1995 : 137) a aussi relevé ce type d'explications au Zaïre, mentionne : « *là où existent des jalousies, des accès inégaux à la puissance, au savoir et à un statut, un esprit fertile peut facilement imaginer l'action d'une cause concrète* ».

4.2. Dynamique des représentations

En ce qui concerne l'interprétation des processus de transmission de l'*atom*, les conceptions profanes et médicales divergent. Cependant, lorsque les informateurs évoquent le mode de propagation, ils reprennent des éléments de la première catégorie causale, celle liée à des facteurs naturels, qu'ils mélangent avec l'explication surnaturelle, comme l'illustre cette citation de Edouard : « *L'ulcère est une maladie naturelle, mais l'homme noir l'a adoptée pour la lancer aux gens. C'est comme d'autres maladies, comme la lèpre, des maladies naturelles, qu'il a adoptées pour faire le mal. L'homme Camerounais ne veut pas que ses frères aient plus que lui. C'est la jalousie* » (26 novembre 2003).

Un autre informateur introduit aussi des éléments naturels avec des éléments surnaturels, lorsqu'il explique les différents vecteurs et moyens dont dispose le sorcier pour atteindre sa victime : « *L'homme sorcier est capable d'utiliser plusieurs méthodes. Il peut passer par une mouche ou par autre chose. La mouche peut être un mode de transmission. Peut-être un obstacle en route, tu glisses et contractes la maladie. Puisqu'il peut connaître comment tu vas marcher. Par exemple une piqûre de rose, un contact avec l'herbe. Il est capable de passer par tous ces moyens* » (Grégoire, 14 novembre 2003).

Olivier de Sardan (1999 : 29-30) parle d'«innovation représentationnelle» lorsque des traces de discours biomédicaux et des interactions entre les populations et les structures de santé publique sont visibles dans les représentations populaires. Les propos du huissier de justice d'Ayos illustrent bien cette notion d'«innovation représentationnelle» : « *Le Mycobacterium ulcerans, on peut le cultiver dans des laboratoires, hein ? Le prélever et peut-être le mettre en contact avec des personnes saines, n'est-ce pas ? C'est-à-dire on le cultive dans un laboratoire, comme lors des expériences, vous le prélevez, le testez sur une personne et la personne sera atteinte. De même, il ne faut pas négliger que, traditionnellement, c'est-à-dire quand on parle de la sorcellerie, de la magie, c'est des choses qui ne sont pas faciles à comprendre, mais qui ont quand même une certaine efficacité. Je pense que certaines personnes en vertu de leurs pouvoirs mystiques peuvent aussi utiliser ces microbes. C'est le même microbe. La personne a la possibilité de l'utiliser à des fins mystiques. C'est un peu cela quand on dit que quelqu'un lance l'atom. Le microbe, c'est une créature de la nature, il fait partie de l'environnement, de la nature. Mais les hommes utilisent l'environnement d'une façon ou d'une autre. La science peut le faire, eux aussi ils peuvent le faire...Mais je suis convaincu d'une chose, c'est que, en dehors du fait qu'on peut rentrer en contact naturellement avec l'atom, peut-être en se baignant dans l'eau ou peut-être en entrant en contact avec certaines plantes, il y a aussi la possibilité qu'on puisse atteindre les gens par des voies mystiques. Il y a beaucoup d'autres maladies qui passent par ce canal-là. Ça prend la forme d'un mauvais sort qu'on lance uniquement pour faire le mal* » (21 novembre 2003). Grâce à cet exemple, on constate le maintien de certaines représentations anciennes (croyances en la sorcellerie), la transformation d'autres (le sorcier utilise un nouveau type de vecteur) et l'introduction d'innovations (la maladie provient de l'environnement naturel, le microbe est manipulé par l'ensorceleur). Certaines représentations locales ont donc été mélangées aux discours biomédicaux grâce aux interactions entre les populations et les structures de santé. Cette notion d'«innovation représentationnelle» est applicable dans le cas de «modules» et consiste en une adjonction de modules, la disparition d'autres, la modification de certains (Ibid : 31). L'emprunt d'éléments et le passage entre les différentes conceptions sont donc possibles.

L'étude de Stienstra et al. (2002 : 29) sur les croyances et attitudes face à l'ulcère de Buruli au Ghana a mis en évidence le même type d'étiologies que celles rencontrées au Cameroun : certaines explications relèvent de la biomédecine, d'autres relèvent du domaine magico-religieux. Les facteurs de risque évoqués sont le manque d'hygiène personnel, une piqûre

d'insecte ou de serpent, de l'eau ou de la nourriture contaminée par des bactéries. Cette étude souligne également l'influence des programmes d'éducation sanitaire dans les réponses locales. Elle constate que la sorcellerie est l'interprétation la plus utilisée. Cependant, elle montre qu'une réponse dans un domaine n'exclue pas forcément une réponse dans un autre.

On constate aussi cela pour l'*atom* au Cameroun. En effet, dans ce pays, la distinction entre un « *atom simple* » et un *atom* causé par des facteurs surnaturels n'est pas clairement établie par les personnes interrogées¹⁰⁵. Si la maladie se complique ou met relativement long pour être soignée, laisse un préjudice physique ou entraîne la mort, elle est imputée à un sorcier et placée dans la catégorie « mystique ». Par contre, si elle se soigne et disparaît rapidement, sans laisser de séquelles, les individus parlent d' « *atom simple* ». Le diagnostic étiologique peut donc changer en fonction de l'évolution symptomatique. Stienstra et al. (2002 : 209) ont également constaté l'influence de la durée et de la réussite du traitement sur l'imputation causale : lorsque les soins se révèlent peu efficaces, que des complications apparaissent, les individus évoquent la sorcellerie.

Le succès thérapeutique est donc un moyen de reconnaître et d'identifier les différents types d'*atom* : « *le simple atom et l'atom mystique, c'est la même chose, mais la différence est que ça se complique pour soigner, que ça dure* » (Jacques-Henri, 22 novembre 2003). Un autre témoignage confirme cela : « *Il y a l'atom simple, qui se traite rapidement et se soigne mieux à l'hôpital et l'atom lancé au niveau du village. En ce qui concerne ces différents atom, nous avons constaté que certains cas sont ceux qui se traitent facilement, mais d'autres sont compliqués et nécessitent l'intervention de tradipraticiens. Dans certains cas, l'homme parvient à perdre la vie. C'est là aussi où l'on parle beaucoup plus d'atom lancé. Lorsque s'est lancé, si on vous a lancé et que vous-même vous êtes innocents, la gravité de la maladie ne sera pas si intense. Dans le cas où on vous a lancé et que vous avez eu des pratiques de sorcellerie dans la nuit ou dans la journée et qu'on vous a vaincu, vous allez souffrir* » (Grégoire, 7 novembre 2003). Selon ces explications, la maladie d'« origine mystique » se soigne plutôt chez le guérisseur traditionnel, alors que la « maladie simple » se soigne à l'hôpital. Mais selon d'autres commentaires, elles se traitent de la même manière : « *Il y a deux formes : l'ulcère latéral, qui est l'ulcère naturel et l'ulcère lancé, qui est une maladie mystique. C'est très difficile de déterminer lequel c'est, car ils ont la même forme. On les soigne de la même manière* » (Edouard, 26 novembre 2003).

¹⁰⁵ J'ai cependant séparé ces deux catégories, car les individus font la plupart du temps cette différenciation.

La maladie n'est interprétée la plupart du temps qu'a posteriori, une fois que le traitement symptomatique a commencé. Les individus placent alors l'attribution causale dans le domaine de l'expérience. Par conséquent, l'explication n'est pas quelque chose de fixe, mais fait partie d'un processus et est étroitement liée à l'itinéraire thérapeutique du patient. Ce dernier va se remémorer sa conduite avant l'apparition de l'affection et placer la représentation dans l'observation de sa vie quotidienne. L'imputation étiologique n'est donc pas directement dérivée des idées qu'il se fait de l'origine de son mal, mais de la mise en action de ses idées en lien avec son existence, son expérience et les divers processus qu'il a rencontrés. Autrement dit, le sens est donné à l'épisode pathologique au bout d'un certain temps, mais il peut aussi être modifié au long du parcours thérapeutique : la maladie est alors réinterprétée¹⁰⁶ par le patient, son entourage ou le guérisseur. Comme le mentionne Jaffré (1999 : 56), « *au cœur de la démarche de soin, le traitement est l'un des éléments essentiels du dispositif produisant et modifiant les représentations sociales de la maladie* ».

L'exemple de Jacques¹⁰⁷, un malade âgé de 30 ans, illustre bien la dynamique interprétative en lien avec les soins. Lors de notre rencontre, il souffrait de l'*atom* depuis une année. Il avait passé 7 mois à l'hôpital et 4 mois « à l'indigène » et était encore en traitement chez une guérisseuse. Sa maladie a débuté en 2003 par un bouton sur le bras, qui est resté pendant deux mois, avant de faire place à des petits boutons, desquels sont sortis des écoulements d'eau. Jacques a d'abord imputé ces symptômes à une mouche, mais son entourage l'a incité à vérifier s'il s'agissait de l'*atom*. Il est alors parti chez un guérisseur, qui lui a dit d'attendre deux semaines pour voir si c'était cette maladie. Une fois ce délai écoulé, le guérisseur lui a donné des « remèdes traditionnels ». Jacques a fait 8 jours de traitement chez le tradipraticien, mais sans succès. Il est alors parti à l'hôpital où il a subi une première opération, puis une deuxième trois mois après, qui a échoué. Il a alors subi une troisième, puis une quatrième opération. Finalement, on lui a fait une greffe, mais elle n'a pas tenu. Les médecins lui ont encore fait d'autres opérations. En tout, Jacques a subi 7 opérations. Après la dernière greffe, il est resté trois semaines à l'hôpital, puis il est rentré dans son village avec le consentement des praticiens. La greffe n'a une nouvelle fois pas tenu. Jacques est alors retourné à l'hôpital pour une huitième opération. Les médecins ont voulu lui refaire une greffe, mais ils n'ont pas pu. Jacques a alors quitté l'hôpital, car plusieurs personnes lui ont dit d'aller se faire soigner

¹⁰⁶ Hausmann-Muela (1998 : 50) parle de « réinterprétation d'une maladie », lorsque l'étiologie qui lui est liée est reconsidérée et qu'on lui en substitue une autre. Cette notion est cependant constamment présente dans tout épisode pathologique et démarche thérapeutique, car la dynamique de la maladie consiste en une perpétuelle quête de sens et par là même, une reformulation étiologique.

¹⁰⁷ Cet exemple sera également évoqué dans les thérapies familiales (voir chapitre 4.2.2.).

« dans la tradition », que sa maladie « avait commencée au village », que quelqu'un lui avait fait cela. Il est alors parti chez une guérisseuse.

Les nombreux incidents thérapeutiques ont incité ce patient à réfléchir au contexte entourant sa maladie, à son existence avant ces événements dramatiques. Il a d'abord expliqué la maladie comme étant une affection simple (piqûre d'insecte), mais au fil du temps (influence de son entourage et des échecs du traitement), il lui a attribué une « origine mystique » : « *Quand c'est tout simplement l'ulcère de Buruli, quand c'est pas ce qui vient de la tradition, ça finit vite. Mais quand ça vient de la tradition, ça ne peut pas aller. Ça revient, ça revient. J'ai discuté avec beaucoup de gens, qui m'ont dit : « comme c'est dans la tradition, il faut que ça finisse dans la tradition. [...] J'étais en train de construire ma maison, j'avais acheté les matériaux et j'ai eu la maladie. La maladie, le bras me bloquent. Je n'ai pas pu être au village pendant un an, je n'ai plus pu continuer la construction. J'étais cadre politique. Ici, l'homme noir ne veut pas que son frère évolue. Il veut lui-même être en haut. Il n'a pas de sentiment. Chez les Blancs, c'est de la bonne sorcellerie, pour construire, pour évoluer, comme par exemple l'avion. Ici, c'est pour détruire* » (Jacques, 27 novembre 2003).

Aujoulat (2003 : 753) a aussi constaté pour l'UB au Bénin, l'impact de la réussite du traitement sur l'explication de la maladie : « [...] *the success of a particular treatment reveals the underlying cause of the disease* ».

Hausmann-Muela (1998 : 49-50) dans son étude sur les itinéraires thérapeutiques des patients atteints de la malaria en Tanzanie, a constaté que l'interprétation de cette maladie est sélectionnée parmi plusieurs possibilités, dont la plus courante est de considérer la malaria comme une maladie « normale » qui se soigne par un traitement pharmaceutique. Cependant, tant que le traitement n'a pas commencé, les individus ne sont pas sûrs de l'explication. Lors de l'épisode thérapeutique, si les symptômes persistent ou réapparaissent, si la maladie s'aggrave, ils soupçonnent alors un maléfice. De même, si la maladie ne peut être soignée à l'hôpital, ils l'imputent à la sorcellerie. La connaissance et le savoir relatif à la malaria dépassent donc les limitations du modèle explicatif, elles sont insérées dans le quotidien des patients. En effet, l'expérience de l'affection est inextricablement liée au mode de vie des individus, qui repensent la maladie à l'intérieur de ce cadre. Par exemple quand une série de malheurs touche une famille ou lorsque quelqu'un a déjà eu une histoire liée à la sorcellerie, l'épisode pathologie est réinterprété en termes de maléfice. Hausmann-Muela utilise les concepts d'« exclusivité » et de « complémentarité » en ce qui concerne les dynamiques de réinterprétation de la maladie. L'« exclusivité » est la coexistence et l'utilisation

d'explications causales alternatives. Le diagnostic initial considère l'affection comme une maladie « normale » ; par la suite, l'étiologie est remplacée par une nouvelle qui est liée à la sphère des esprits ou de la sorcellerie. Dans un tel cas, le sorcier est capable d'imiter la maladie naturelle en reproduisant exactement les mêmes symptômes, il peut provoquer une « fausse malaria ». Le traitement à base de médicaments antipaludéens échoue alors, car les parasites ne sont pas réels. Le guérisseur est le seul habilité à soigner cette maladie, mais le recours en premier lieu à l'hôpital est indispensable pour déterminer la cause. La « complémentarité » concerne une situation où de multiples causes interagissent les unes avec les autres, coexistent et sont en corrélation, lorsque l'épisode pathologique est expliqué. La « complémentarité » est un mécanisme syncrétique par lequel des concepts et une logique dérivent à la fois de modèles biomédicaux et de modèles locaux. Ils sont amalgamés pour donner un sens à l'expérience de la maladie. Mais, selon Hausmann-Muela (1998 : 55-56), « *it also shows clearly that the explanation of whether an exclusive or complementary aetiology operated is a post-hoc interpretation, based on the course of illness and treatment success* ».

En ce qui concerne l'*atom*, les différentes imputations étiologiques mentionnées jusqu'à présent coexistent et sont parfois imbriquées les unes dans les autres. Elles ne correspondent pas à des ensembles statiques et sont aussi établies fonction des itinéraires thérapeutiques. La notion d'*atom*, qui permet de donner un sens à la maladie, d'éclairer les individus face à une situation pathologique pénible, a sa propre logique et tire sa force du fait qu'elle peut intégrer les changements sociaux (modification de l'explication en fonction du contexte social comme nous l'avons vu au point 4.1.1). Les différentes mutations de cette notion s'opèrent non pas de manière massive, mais sur quelques traits des représentations plus globales. Il n'y a donc pas de « blocs monolithiques » entre d'une part les représentations allopathiques et d'autre part celles de la population, mais des représentations perméables et fluides, qui permettent des « lieux d'articulation ».

4.3. Les pratiques en lien avec l'affection : itinéraires thérapeutiques et facteurs d'influence dans le choix ou le changement de thérapeute

Cette partie est basée sur l'étude de récits thérapeutiques et de quelques "séquences de soins", qui relatent divers trajets sanitaires ou correspondent à des bribes de ces derniers.

Les récits thérapeutiques sont des histoires à propos de la maladie et des soins, ils mettent en forme l'expérience, organisent un comportement (Good, 1993 : 28-32). Ils se situent en

quelque sorte entre la théorie et l'expérience. Ils sont insérés dans un contexte social et obéissent à une pragmatique, sont sociaux et intersubjectifs. Ils permettent de développer une interprétation de l'affection qui est liée à une logique explicative locale et au contexte biographique de la maladie. Ils permettent aussi de justifier les actions entreprises et d'insérer la maladie et les efforts thérapeutiques au sein de normes locales.

Au moment où il raconte son récit, le malade est à la fois narrateur et lecteur, il ne connaît pas forcément la fin de l'histoire, c'est-à-dire le déroulement de la maladie, sa guérison ou non.

L'exemple de Jacques mentionné plus haut illustre bien cela : ce patient, engagé dans une démarche thérapeutique inachevée, a modifié son explication étiologique en fonction de son expérience sanitaire, mais ne connaissait pas encore l'issue de son traitement¹⁰⁸.

De nouvelles expériences au cours de la quête de guérison peuvent susciter la réinterprétation d'expériences passées et suggérer de nouvelles possibilités pour l'avenir, à la fois au niveau thérapeutique et au niveau étiologique.

Parfois, la maladie comme objet narratif est localisée au sein de rapports de pouvoir : les récits sont alors adressés à des auditoires spécifiques, ils sont simultanément construits, racontés dans des conversations entre membres de la famille, entre voisins ou médecins et patients. Les gens peuvent par exemple avoir un discours tout fait, s'ils ont déjà collaboré avec du personnel occidental ou s'ils s'adressent à ce type de personnes, comme nous le constaterons plus bas.

Tout itinéraire thérapeutique comprend une succession de démarches, c'est-à-dire de pratiques liées à la recherche de la santé et des causes de l'affliction. Il ne s'agit pas seulement d'un déplacement géographique, mais aussi d'un itinéraire social et psychologique sur lequel le patient, ses proches et le groupe auquel il appartient peuvent cheminer. Il peut comprendre des soins auprès de guérisseurs et des soins auprès des infrastructures hospitalières. Plusieurs études sur les systèmes de santé en Afrique ont montré que la quête de soins conduit à la consultation de praticiens qui relèvent aussi bien de la médecine traditionnelle qu'occidentale (notamment Fainzang 1990, Janzen 1995 ; Benoist 1997). C'est un phénomène courant en Afrique, où plusieurs types de spécialistes et de thérapies sont souvent utilisés pour venir à bout d'un même cas, jusqu'à l'obtention de satisfaction. Les malades associent donc dans le temps différents systèmes médicaux, se trouvent dans un ensemble de pluralisme médical qu'ils manipulent. Janzen (1995 : 234) parle de « structure diachronique de référence » dans

¹⁰⁸ Pour rappel, il avait d'abord suivi une thérapie laborieuse à l'hôpital et s'était finalement tourné vers une guérisseuse après avoir subi 8 opérations, car son bras ne guérissait pas. Lors de notre entretien, il recevait des soins chez cette dernière.

laquelle les « systèmes thérapeutiques » peuvent être complémentaires lors de la thérapie, même s'ils s'excluent mutuellement dans leur logique culturelle. Dans cette partie, je vais présenter la plupart des possibilités utilisées par les informateurs, qui naviguent entre les soignants traditionnels et l'hôpital.

Dans la plupart des cas, mon attention n'a pu se focaliser que sur les récits, les discours a posteriori et non les pratiques. Or, ces dernières ne sont pas uniquement fonction des propos tenus, mais peuvent avoir leur logique propre, que je n'ai malheureusement pas pu observer. En effet, aucun itinéraire thérapeutique n'a pu être suivi complètement. J'ai seulement pu suivre trois cas pratiques, mais de manière fragmentée : les traitements de Jacques, de Violène et de Céline, du fait de l'absence de malades à Akam Engali¹⁰⁹, ce qui rendait l'étude des parcours sanitaires un peu difficile. Les cas pratiques observés sont donc peu nombreux. De plus, les "séquences de soins" font partie d'un cheminement sanitaire qui peut parfois être long pour cette maladie (plusieurs mois dans le recouvrement de la santé), qui, faute de temps, n'ont pas pu être entièrement suivies. Or, dans les itinéraires thérapeutiques, deux niveaux entrent en jeu : celui de la logique théorique de la maladie et l'itinéraire réel. Une distinction doit donc être faite entre le discours et l'expérience. Les récits thérapeutiques que j'ai récoltés relatent l'expérience des malades, car ils ont été récoltés une fois la guérison obtenue. Cependant, certains discours mentionnent la nécessité de se rendre chez un guérisseur si la maladie est « mystique ». Or, par rapport aux itinéraires thérapeutiques vécus, seul Jacques est allé se faire soigner «à l'indigène» pour un «atom mystique». Le discours ne correspond donc pas forcément à la pratique, il est reconstruit a posteriori par l'ancien malade. Cette partie ne se base donc pas sur des faits, mais sur des narrations : la plupart de mes interlocuteurs étaient guéris au moment de nos entretiens¹¹⁰ et ont relaté leurs épisodes pathologiques.

La tâche de l'anthropologue est alors de rechercher la logique de la narration dans laquelle apparaissent les décisions prises par les malades. Or, examiner le raisonnement des patients et de leurs proches implique qu'une logique oriente les décisions. Par conséquent, l'anthropologue reconstruit a posteriori une rationalité qui la plupart du temps n'était présente ni au départ, ni en chemin, ni à l'arrivée. Il tend à voir dans chaque itinéraire thérapeutique la concrétisation d'un projet de trajectoire alors qu'il se déroule comme une suite aléatoire

¹⁰⁹ Jacques suivait un traitement dans le village de Tomba, Violène se faisait soigner à Ayos, Céline est venue plusieurs fois chez son oncle, guérisseur à Akam Engali, mais lorsqu'elle était chez elle à Akonolinga, elle préparait elle-même ses remèdes. Aucun des trois n'habitait à Akam Engali.

¹¹⁰ Excepté les trois patients que je cite dans la note précédente, qui souffraient encore de l'affection.

d'événements enchaînés par le contexte, comme nous le verrons dans les différents exemples exposés ci-dessous.

4.3.1. Divers itinéraires thérapeutiques

La relation du malade avec la souffrance physique et mentale s'insère dans une logique qui est comprise dans la reconstitution de son parcours biographique, des épisodes douloureux qu'il a vécu, des trames sociales dans lesquelles elles s'insèrent, de tout ce qui donne sens et valeur à son malheur. Evans-Pritchard (1972 : 58) a par exemple constaté que les Azandés placent la maladie dans leur histoire personnelle : quand un Zandé est malade, il réfléchit aux événements qui se sont produits depuis quelques temps dans son existence, il se demande lequel de ses voisins peut lui porter rancune, il cherche à savoir grâce à un oracle si l'un d'eux est en train de l'ensorceler.

A travers les itinéraires thérapeutiques rapportés ci-après, nous verrons que chaque cas est différent, et que souvent, plusieurs facteurs interviennent dans le choix ou le changement de thérapeute. En effet, l'offre et la demande de soins sont complexes et multiformes, elles obéissent à diverses contraintes qui varient selon les individus.

Bertrand, qui est guéri depuis de nombreuses années, a eu l'ulcère à la main de 1983 à 1985. Il m'a donc relaté son expérience a posteriori, lors de deux entretiens, le 2 et le 9 novembre 2003. D'après ses propos, il était l'une des premières personnes à souffrir de l'*atom* à Akam Engali. Son parcours sanitaire l'a mené tantôt «à l'indigène», tantôt à l'hôpital (il est allé à Ayos et à Akonolinga). La diversité et la longueur de sa quête de soins m'ont incité à relater son histoire :

« Je suis d'abord allé à l'hôpital d'Ayos, puis chez les guérisseurs, puis à Akonolinga. A Ayos, on m'a donné les premiers soins (pansements alcoolisés) quand ma main gonflait encore, chaque deux jours. Quand ça n'allait pas, je suis descendu à Akonolinga pour la radiographie. Après la radio, on m'avait certifié que la maladie avait déjà atteint l'os, il fallait couper le bras, j'avais refusé. Je suis retourné à Ayos. On m'a fait une incision. Après l'incision, j'ai commencé à suivre le traitement qui n'était pas favorable (6 mois à l'hôpital, traitement qui était négatif). Après, j'ai pris le chemin de l'indigène, parce qu'on m'a dit que je guérirais là-bas. A l'indigène, ça évoluait bien. Quand ça a commencé à guérir, la maladie a recommencé, alors je me suis découragé. Je suis retourné à l'hôpital d'Akonolinga voir le docteur qui m'avait conseillé une pommade cicatrisante et du tulle gras. Il y avait tantôt des effets positifs, tantôt des effets négatifs. Ca n'évoluait toujours pas. A la dernière occasion,

j'avais rencontré un ami médecin, qui m'avait conseillé une pommade plâsténon, ça m'avait conduit à la guérison. C'était une idée personnelle d'aller à l'hôpital ».

Dès le début, Bertrand a recherché l'efficacité, la guérison rapide : lorsqu'il a constaté que l'affection n'évoluait pas, il a décidé de changer de soignants. Il a modifié son parcours thérapeutique : *« parce que le traitement n'allait pas mieux, donc il fallait tenter là où ça pouvait marcher. Quand ça ne va pas, je change de milieu »*. Après quelques mois, son état ne s'améliorait pas, il a alors cherché un autre soignant. L'échec du traitement a donc été un facteur d'influence dans sa quête de guérison : il a par exemple quitté l'hôpital d'Ayos (les résultats escomptés ne se faisaient pas entrevoir) pour se rendre chez un guérisseur, recommandé par des personnes qui connaissaient la maladie. Découragé par une rechute chez ce dernier, il est finalement retourné à l'hôpital. La peur du traitement a aussi été un élément déterminant, qui l'a incité à quitter la structure hospitalière le prenant en charge, pour se rendre à l'hôpital précédent. En effet, il n'a pas voulu rester à l'hôpital d'Akonolinga suite au diagnostic grave et dramatique qui avait été fait : l'amputation de son bras. Déçu par les divers traitements, il a achevé son parcours thérapeutique par une automédication, conseillée par un ami médecin. Chaque fois, ses décisions ont été prises à titre individuel, mais avant de se rendre « à l'indigène », il a partagé son problème avec d'autres profanes, qui bénéficiaient déjà d'une expérience de la maladie et l'ont conseillé.

En un mot, Bertrand a principalement fait preuve de pragmatisme dans sa quête thérapeutique. Bien qu'il n'ait pas obtenu la guérison à l'hôpital, les propos qu'il tient sur son expérience en ce lieu constituent un avantage pour la biomédecine, car il en reconnaît l'efficacité : *« quand ça t'arrive, l'incision est le chemin le plus court »*. Mais lorsqu'il fait le bilan de ses diverses expériences sanitaires, il déclare : *« les deux médecines sont puissantes, tantôt traditionnelle, tantôt moderne. Sinon, de ma part, je n'ai rien négligé. Les deux hôpitaux m'ont aidé. Si je dois conseiller quelqu'un maintenant, je peux lui dire ce que je consens, je n'ai pas d'ordre à lui donner. S'il préfère l'hôpital, tant mieux. S'il préfère l'indigène, tant mieux aussi pour lui »*. Ce n'est pas tellement son expérience qui lui fait dire cela, mais les témoignages et l'observation d'autres malades, qu'il a côtoyés, comme il me l'a mentionné.

Lorsqu'il évoque les rapports qu'il a eu avec les guérisseurs, il en parle dans les termes suivants : *« Les guérisseurs ont tantôt des réactions un peu farouches, tantôt ils sont un peu taciturnes. Il n'y avait aucune condition pour le traitement, c'est le patient qui dit ce qu'il ressent et par rapport à la gravité. Ils n'ont pas donné d'explication à la maladie. Quelque part, c'est moi qui posais ces questions-là. Je crois qu'ils en savent également rien. C'est le patient qui dit au traitant ce qu'il ressent en lui »*. Bertrand n'a pas insisté sur ses relations

avec les guérisseurs. Il les a seulement évoqué suite à mes questions. Cependant, l'écoute que ces derniers lui ont octroyé a été un élément qui a pu l'inciter à quitter son thérapeute : « [Est-ce qu'il y a une bonne écoute ?] *C'est par rapport à ça que j'ai changé constamment de milieu* ».

Dans son récit, Bertrand n'a pas imputé une causalité à la maladie, mais il a surtout fait part de son vécu, de sa recherche désespérée de guérison. Ce n'est qu'en lui posant la question qu'il a réfléchi à sa situation à l'époque et à une étiologie possible : au moment de la maladie, il menait des études et espérait quitter le village. L'affection l'a obligé à interrompre sa scolarité et à changer de voie. Il est alors devenu pêcheur et cultivateur à Akam Engali. L'étiologie ne semble pas avoir joué aucun rôle dans ses choix et ses divers changements de thérapeute.

L'itinéraire thérapeutique de la sœur d'Elisabeth s'est révélé relativement compliqué et dramatique, c'est pourquoi je l'expose ci-dessous. La fillette, qui était le premier enfant de cette famille à souffrir de l'*atom*, a été atteinte au pied à l'âge de 4 ans. Sa quête de guérison l'a menée d'abord à l'hôpital, puis chez deux guérisseurs. Elle s'est finalement soldée par son décès : « *Ma fille a été soignée par Marie-Claire. Mon petit-fils s'est aussi fait soigner à l'indigène. L'autre fille s'est fait traiter par l'infirmier Dubois à Ayos, puis il amenait les remèdes à Akam. Mes enfants sont tombés malades avant que les Blancs ne viennent, il n'y avait donc pas d'autres manières de se faire soigner qu'au village. Dubois était venu conseiller au père d'aller traiter à l'hôpital, car c'est plus facile qu'ici* ». Elisabeth ajoute : « *Chez nous, on ne prend pas les choses d'autrui, on a sûrement lancé la maladie. Nous ne sommes pas partis chercher qui a lancé. Le père a dit qu'on ne cherche pas. La petite sœur est morte à 6 ans. Elle avait souffert pendant deux ans au pied. D'abord, on l'a amenée à l'hôpital, à Akonolinga, car c'était le premier enfant qui était tombé malade d'*atom* dans la famille. On ne connaissait pas de quoi il souffrait. On se disait que c'était une autre maladie. On était en ville à Akonolinga. On ne connaissait pas. On l'a amené chez M. C. , qui est infirmier (et aussi le grand frère de ma maman) : il n'était pas sûr que c'était ça. Il a dit d'aller enlever le blanc à l'intérieur, au bloc opératoire, d'aller opérer. Au retour de l'hôpital, le voisin nous a dit que c'est l'*atom*, qu'on ne devait pas l'envoyer à l'hôpital, que cette maladie n'aime pas les injections, que dès qu'on t'injecte, ça va s'aggraver. Nous sommes alors partis chez des guérisseurs. A Endom, un guérisseur traitait l'*atom*. La maladie a fini. Nous sommes rentrés à Akonolinga. Un mois après, ça s'est percé de l'autre côté. Dans un quartier d'Akonolinga, une maman traitait cela. Son traitement ne fonctionnait pas, ça ne*

faisait que s'aggraver. Tout le pied était pourri jusqu'aux orteils. Quand elle est morte, c'est monté jusqu'à la hanche. Elle a souffert pendant deux ans. Elle a maigri tellement, puisqu'il y avait les interdits » (9 novembre 2003).

Lorsque l'enfant est tombée malade, l'*atom* se soignait uniquement chez les guérisseurs.

Cependant, les parents de la fillette, qui ne soupçonnaient pas cette maladie, sont d'abord allés à l'hôpital pour consulter un parent infirmier, l'oncle maternel, qui leur a donné son avis. Ils ont ensuite décidé d'entreprendre un traitement en milieu hospitalier. Lorsque la fillette semblait guérie, elle est retournée chez elle. Or, un voisin a exposé son opinion sur le traitement, a joué un rôle d'annonceur en incitant la famille à se tourner vers un guérisseur. L'avis d'un tiers a été un élément déterminant dans le choix d'un soignant, car il a incité la famille à changer de stratégie : ils ont écouté leur voisin qui connaissait les symptômes, bénéficiait d'une expérience de l'affection, car son enfant avait déjà souffert de l'*atom*.

Une fois l'annonce faite par le voisin, ils sont allés chez un guérisseur, mais après recouvrement de la santé, la fillette a fait une rechute. Déçus par ce traitement, la famille est allée consulter un autre guérisseur. La maladie s'est aggravée jusqu'au décès de la fillette, gravement affaiblie par les restrictions alimentaires imposées par le soignant.

Elisabeth et sa maman ont donné leur avis sur les différents soins : *« C'est mieux à l'hôpital, car ma petite fille a été soignée là-bas [en parlant de son autre fille malade] »*. L'expérience est donc entrée en jeu dans leur appréciation des soins : le décès de la première fille soignée «à l'indigène», la guérison à l'hôpital d'un autre enfant ont eu leur poids dans les propos de ces deux femmes.

Comme c'est le cas pour d'autres informateurs, la cause agent ou le coupable n'ont pas été recherchés par les parents de la fillette. Un autre informateur, qui avait souffert de l'ulcère durant trois mois et s'est fait soigner à «l'indigène», a expliqué à ce sujet : *« Je ne regarde pas qui pourrait être responsable. Je suis chrétien, je n'ai pas le temps de regarder ça. J'étais malade. Les autres ont été malades et n'ont pas cherché à savoir. On ne cherche pas à savoir qui a fait ça. Voilà pourquoi, je vous ai parlé de tâtonnement, on ne connaît pas les causes. La maladie est là simplement. On ne sait pas. Nous avons différentes explications, mais nous ne savons pas si c'est vrai. Il y a la maladie et c'est tout »* (Thomas, 22 novembre 2003). En ce qui concerne la sœur de Elisabeth, une réflexion sur l'origine du mal a quand même été initiée. La famille s'est interrogée sur sa façon d'agir, a souligné qu'ils ne volaient pas, et donc, que la maladie avait été lancée. L'affection a donc été l'occasion de réfléchir au parcours biographique de l'enfant, mais aussi à celui de la famille, qui a adhéré aux étiologies courantes de la communauté.

A travers cet exemple, on constate que l'avis d'une tierce personne peut avoir une grande portée. Droz (1993 : 492) souligne l'importance du rôle d'annonceur, qui a déjà été mis en évidence dans les travaux de Favret-Saada (1977 ; 1986), qui est « *un motif récurrent des itinéraires thérapeutiques où la sorcellerie fait son apparition. La famille ou le malade ne peuvent faire appel à un devin-guérisseur en supposant implicitement un ensorcellement que si ce « diagnostic » est confirmé par l'entourage ou par un étranger de passage. Cet annonceur prend la responsabilité d'imposer un diagnostic auquel chacun pense mais qu'aucun membre de la famille n'ose affirmer* ». Pour l'atom, le rôle d'annonceur se fait surtout pour le choix du traitement : le messenger n'indique pas forcément la cause de la maladie, mais peut mentionner le traitement à suivre. L'exemple de Thomas (22 novembre 2003) illustre cela : il est allé se faire soigner à « l'indigène » sur les conseils d'une tante parce qu'elle a dit que « *cette forme d'atom n'était pas tellement clinique pour aller à l'hôpital* ». La même situation concernait Violène, qui était malade depuis le mois de septembre 2002 lorsque je l'ai rencontrée, et qui suivait un traitement chez un guérisseur d'Ayos. Sa mère m'a raconté son parcours thérapeutique : « *A l'hôpital, on l'a traitée pendant un mois. Mon petit frère a dit qu'à l'hôpital, ça ne se soigne pas vite, on a alors amené Violène à l'indigène. Ça fait 10 mois qu'elle est à l'indigène. Elle a envie de retourner à l'hôpital, car la plaie ne finit pas. Elle veut aller à l'hôpital, car on lui a dit que la main ne pourrait plus être tordue* » (Thérèse, 2 septembre 2003). Deux mois après cet entretien, j'ai retrouvé Violène à l'hôpital, qui y suivait un traitement. Une fois encore, un proche a eu une influence sur le choix des soins, mais finalement, déçue par les résultats, Violène a préféré changer de thérapeute et de « système médical ».

L'itinéraire thérapeutique de Céline, qui fait uniquement appel à des guérisseurs, est relativement simple. Au moment où je l'ai rencontrée, elle suivait un traitement à Akam Engali, chez son oncle. Elle explique qu'elle « *préfère se faire soigner ici, parce qu'il sait soigner. J'avais vu des exemples de gens qu'il a soignés. Mon oncle m'a dit de me soigner à l'indigène. Pour les autres maladies, je vais à l'hôpital. Je vais chez Germain, qui est aussi mon oncle, je ne paie pas le traitement. J'ai eu la maladie au pied [elle ne peut plus bouger l'orteil], à côté de la plaie actuelle. Germain l'a soigné* » (8 novembre 2003). Plusieurs facteurs ont poussé Céline à choisir des soins traditionnels : les conseils d'un proche, l'efficacité du soignant, l'expérience et le succès précédent (bien qu'elle soit paralysée) et la gratuité des soins (car le guérisseur était un membre de sa famille). De plus, le soignant lui a

montré comment utiliser les remèdes phytothérapeutiques pour qu'elle puisse se soigner elle-même, lorsqu'elle ne peut se déplacer.

Robert est le premier enfant d'une famille gravement touchée par la maladie. Son itinéraire thérapeutique l'a amené à l'hôpital et s'est concrétisé par sa guérison : « *J'ai eu l'atom en 1985 au ventre [il a une grosse cicatrice]. J'avais 8 ans. J'ai été soigné à l'hôpital 5 mois. J'ai loupé un semestre à l'école, mais j'ai composé à l'hôpital et j'ai réussi. Ça a duré un an et demi, on voyait les viscères. On m'a opéré plusieurs fois, mais ça revenait [...]. Ça a commencé quand j'étais à Ayos, des petites douleurs au niveau du ventre. Deux semaines après, ça évoluait, des ampoules sortaient. Un jour, ça m'a arrêté comme si c'était le palud. Le père et la mère sont venus me voir. J'étais dans le coma, je ne pouvais plus bouger. Le père m'a emmené chez M. C., qui a dit que c'était l'atom. On m'a opéré. Trois semaines après, la graisse est apparue encore, car l'atom est comme la graisse. En tout, j'ai eu 5 opérations. La 5^{ème} fois, on a enlevé toute la peau. Pour la greffe, on devait m'emmener à Yaoundé, mais on m'a dit de rester à Ayos. Finalement, je n'ai pas eu de greffe. Un mois après, je suis revenu au village, je faisais le pansement à Ayos tous les deux jours. Jérémie [son frère] a aussi été malade et a suivi le traitement à l'hôpital* ». Lorsque la maladie a présenté des signes graves (l'immobilisation de Robert), son père l'a amené à l'hôpital auprès d'un proche qui connaissait l'affection¹¹¹. Là, le jeune homme a suivi un lourd et long traitement chirurgical (5 opérations en 5 mois). Une fois la guérison obtenue, il a pu retourner dans son village, mais se rendait encore à l'hôpital pour les pansements. La distance n'a donc pas été un obstacle à la poursuite de son traitement. Lorsque le deuxième fils est tombé malade, le père l'a également emmené à l'hôpital. Par la suite, il a changé de stratégie pour ses autres enfants, comme le mentionne Robert : « *Arrivé ici, Adeline [sa sœur] a aussi eu ça, au bras. Elle a suivi le traitement au village, chez plusieurs guérisseurs. Un Tchadien à Ayos, ça n'a pas tenu, puis un guérisseur à Akonolinga, il a fini : le bras a fini, mais l'atom a recommencé au pied. Le guérisseur était venu au village et a fait un blindage à tous. Le guérisseur de Tristan [son petit frère] l'a blindé, car il lui a traité la main et guéri. Pour Adeline et Tristan, je ne peux pas compter ceux qui sont venus à la maison, on a vu plus de 20 guérisseurs. Un temps, on marchait de village en village. Quand il fallait accompagner Tristan, on allait loin, à Abong-Mbang. C'est comme ça que le papa dépense l'argent. Dans le quartier, Adeline, moi, Jérémie, Jeannine, Bertrand, Germain ont eu l'atom. [Je lui*

¹¹¹ M. C. (qui est le « superviseur lèpre ») fait partie de cette famille.

demande pourquoi sa sœur a été soignée à l'indigène et non pas à l'hôpital] : *parce qu'on disait que les guérisseurs traditionnels pouvait la soigner. Quelque part, je ne sais pas si c'est Dieu qui a envoyé le père à l'hôpital, sinon je serais mort. A l'époque [en 1984], il n'y avait pas de guérisseur d'atom, pas beaucoup. On ne savait pas que c'était l'atom, on croyait que c'était le cancer, on voyait mon estomac. Jérémie a fait moins d'un mois à l'hôpital, car on a vite vu, c'était au niveau du genou. Il fallait aussi voir qu'à l'hôpital, il fallait avoir un peu de moyens. Il fallait avoir tellement d'argent. Alors qu'à l'indigène, il fallait un peu de bandes, des cotons, des vitamines et c'est tout. Si on me traitait à l'indigène, je ne sais pas ce que je serais devenu* » (28 novembre 2003). A l'époque de la maladie de Robert, son père travaillait à l'hôpital d'Ayos, ce qui a peut-être influencé le choix de la cure. Mais finalement, l'argent a été un facteur déterminant pour le traitement de ses autres enfants, car il avait déjà eu de grosses dépenses pour ses fils aînés. La quête de soins d'Adeline fut quelque peu désespérée, car elle a dû consulter plusieurs guérisseurs et elle garde un lourd handicap à la main (rétraction du poignet). Chaque fois que les résultats se sont montrés décevants pour elle et pour son autre frère Tristan, ils ont changé de guérisseur.

L'expérience tient une grande part dans les propos de Robert et l'incite à cautionner les soins hospitaliers. En effet, son traitement et celui de son frère Jérémie ont réussi, contrairement à ceux de Adeline et de Tristan chez les guérisseurs, qui ont exigé de nombreux déplacements, des frais importants et se sont soldés par une infirmité. Tous ces malheurs dans cette famille sur plusieurs années l'ont incité à entreprendre par la suite une thérapie familiale.

D'autres exemples illustrent l'importance de l'expérience dans le discours des anciens malades et de leurs proches :

Arthur a perdu sa fille lorsqu'elle avait 6 ans, après une souffrance de 2 ans. Elle s'est d'abord fait soigner à l'hôpital, mais par la suite, il l'a amené chez différents guérisseurs : « *En réalité, en Afrique, ici, on n'arrive pas à la maîtriser par les remèdes indigènes. Ma fille, je l'ai amenée par-ci, par-là, ça n'a rien fait. Chez M. C. [à l'hôpital], on l'a coupée ici, on a fait une opération chirurgicale. M. C. m'avait dit qu'il n'y avait pas de médicaments pour traiter, qu'on ne parvenait pas encore. C'était en 1993. L'intervention de la chirurgie n'ayant rien fait, j'ai eu encore à courir avec l'enfant à l'indigène. Si bien que le pied a pourri, ça sentait mauvais, c'est monté jusqu'à la hanche, l'enfant est mort. Si bien que cette maladie, chez nous en Afrique, il n'y a pas un traitement efficace qui permet de la guérir* » (12 novembre 2003). Arthur a donc des doutes sur les traitements « indigènes », car ils n'ont pas fonctionné pour sa fille. Lorsque je lui ai demandé ce qu'il pensait des soins à l'hôpital et « à

l'indigène », il a répondu : « *Dieu, les Blancs et les Noirs. Les Blancs sont plus avancés. Vous nous avez appris beaucoup de choses, des bonnes choses. L'hôpital est la bonne voie. Et si vous prenez la peine de venir nous aider, ce n'est pas pour rien. Refuser l'hôpital pour l'indigène, c'est de la folie pure. Trouvez l'origine de cette maladie pour que nous soyons tous en santé. Je suis allé à l'indigène avec le premier enfant malade. En ce temps-là, les Blancs, vous n'étiez pas encore arrivés. Je suis d'abord allé à l'hôpital. M. C. ne savait pas comment faire. Le Docteur A. ne savait pas. Il a cherché à faire un diagnostic, des résultats en laboratoire, mais ils n'ont rien donné. C'est seulement maintenant que les choses semblent sur la bonne voie, qu'on voit l'issue, qu'on traite* » (12 novembre 2003).

De même, François, dont le neveu est décédé à l'âge de 33 ans après avoir souffert pendant deux ans, a eu une expérience malheureuse avec les guérisseurs et donne son avis sur les traitements traditionnels dans des termes négatifs. Il les considère comme de l'expérimentation : « *L'indigène, c'est l'a peu près. Ils ne traitent pas tout. Sur trois personnes, une guérit. Ma fille avait eu une infection au pied. La femme lui a fait le même traitement que pour l'atom. La femme qui traite n'est pas sûre que ce soit l'atom, mais elle fait comme ça. Tantôt elle réussit, tantôt elle ne réussit pas. Quand elle ne réussit pas, c'est très grave, parce que la personne peut perdre le temps* » (4 novembre 2003).

En résumé, il n'existe pas de modèle unique d'itinéraire thérapeutique : chaque parcours obéit à des stratégies variables. Le malade peut se rendre en premier à l'hôpital, puis se déplacer chez un guérisseur. Ensuite, il peut retourner à l'hôpital et achever son traitement par une automédication (le cas de Bertrand par exemple). Il peut aller à l'hôpital, puis poursuivre son traitement « à l'indigène » (comme la sœur de Elisabeth). Parfois il débute les soins chez un guérisseur, puis se tourne vers les infrastructures sanitaires (Violène). Ou il suit un parcours thérapeutique relativement uniforme : Céline s'est fait soigner uniquement chez un traitant traditionnel, Robert est seulement allé à l'hôpital.

Différents facteurs ont eu un impact dans le choix ou le changement de traitement. Cependant, certains éléments comme l'efficacité des soins ou les conseils d'un tiers apparaissent de manière récurrente dans les propos de mes interlocuteurs. De même, l'expérience sanitaire de l'ancien malade devient un élément déterminant dans son appréciation et sa perception des soins, une fois qu'il a recouvré la santé.

4.3.2. Exemples de thérapies familiales

A Akam Engali et dans un village voisin, l'*atom* a parfois été traité dans le cadre de thérapies familiales. Dans deux cas, les individus ont eu recours à un traitement rituel lors d'événements particuliers :

Jacques a bénéficié d'un rituel de purification familiale lors de l'enterrement de son oncle paternel¹¹². A cette occasion, les affaires familiales ont été évoquées dans une palabre. Après 11 mois de traitement, la maladie de Jacques ne guérissait pas, alors son problème a été abordé publiquement. Les différents conflits qui l'ont opposé à des individus de son groupe ont été examinés et réglés lors de ce deuil. Tous les membres de sa famille, concernés de près ou de loin par le décès de son oncle ou par sa maladie, ont exposé leurs points de vue devant l'assemblée. Puis, chacun a craché dans une feuille de bananier où l'on a versé le sang d'une chèvre. A l'issue de cette cérémonie, le front de Jacques et de certains parents ont été marqués par ce mélange. Mallart-Guimera (1985 : 61) dans son étude sur l'itinéraire initiatique et les pratiques thérapeutiques d'un guérisseur camerounais expose des rites de purifications similaires : ceux-ci visent à enlever la souillure contractée à la suite de la non-observance d'une norme clanique. Le rite effectué dans de telles circonstances n'est pas seulement un rite de purification, mais aussi un rite de bénédiction, car la salive des membres du groupe est un signe de bienfaisance envers la personne mise en cause. Le groupe lui exprime alors ses souhaits de santé, de bonheur et de prospérité. Ce rite implique aussi une restructuration des liens sociaux. La bénédiction n'est accordé au malade qu'une fois la paix rétablie au sein du lignage.

L'autre cas concernait la purification d'Akam Engali après avoir eu recours à un spécialiste rituel en 1994. La tâche de ce « marabout » ou « *minguegan* »¹¹³ ou « *bot-bissima* »¹¹⁴, était de diriger la réunion, d'enlever les « mauvais sorts »¹¹⁵ au sein de la localité et de découvrir le responsable de l'*atom*. Il a été convoqué par les villageois à la suite de deux affaires qui ont fortement marqué leur vie et qu'ils m'ont relatées :

¹¹² J'ai assisté à l'enterrement de cet homme, mais je n'ai pas pu observer le rituel de purification familiale, qui s'est déroulé au milieu de la nuit. Les informations sur cette cérémonie m'ont été fournies par Christine, la sœur de Jacques.

¹¹³ Ce terme désigne un spécialiste rituel, qui est considéré comme un voyant.

¹¹⁴ Ce terme se traduit de la manière suivante : *bot* signifie « hommes », *bissima* est le nom d'une danse rituelle, effectuée notamment lors de cérémonies de deuil. Il s'agit d'un type particulier de guérisseur. Il va dans la localité où il y a un problème à résoudre, il danse et invoque des « génies ».

Les informateurs ont utilisé plusieurs termes pour désigner l'individu chargé de régler cette affaire, mais ils n'ont pas pu expliciter clairement la différence entre ces divers termes.

¹¹⁵ Les « sorts » sont matérialisés sous différentes formes : il peut s'agir d'herbes réputées détenir des pouvoirs particuliers ou de divers objets comme par exemple des marmites traditionnelles en terre cuite dans lesquelles l'individu mal intentionné dépose un objet appartenant à la personne qu'il veut "attaquer".

Premièrement, à partir des années 80, le village a dû faire face à une recrudescence des malades d'*atom*. Presque chaque famille a été touchée, notamment la famille du chef, qui comptait 4 enfants malades et 4 neveux et nièces. Le chef a alors accusé un individu, Fernand, d'avoir lancé l'*atom* sur ses enfants. Il a alors consulté un « marabout » à Ayos, qui a reconnu en Fernand le coupable¹¹⁶. Le chef voulait qu'un des ses amis agisse en médiateur, mais cet homme a refusé, car l'affaire devait rester en famille.

Deuxièmement, l'intrigue concernait plus particulièrement la fille aînée du chef, Adeline, qui a perdu successivement trois enfants (fausse-couche, enfant mort-né et mort prématurément), quelques années après.

A la suite de ces deux affaires, les habitants d'Akam Engali pensaient que quelqu'un détenait et lançait l'*atom* : « *Il y a une seule et même personne qui lance ça au village. La fille du chef, elle est handicapée du bras suite à l'atom. Je ne sais pas si quelqu'un a voulu tuer les enfants du chef* » (Michèle, 26 novembre 2003). C'est pourquoi ils ont eu recours à un « marabout », seule personne capable d'identifier le coupable et de l'incriminer. En effet, selon les villageois, ce spécialiste possède une « vision mystique », qui lui permet de découvrir des preuves. Philippe mentionne à ce propos que « *Jamais quelqu'un ne vous dira qui a fait ça, tant que nous n'avons pas de preuves tangibles* » (8 novembre 2003).

La crise à Akam Engali était relativement importante puisqu'elle a nécessité l'intervention d'une personne extérieure. En effet, dans de telles situations, c'est-à-dire lors de crises sociales graves, le chef du village ou les habitants font appel à un spécialiste pour résoudre le problème. Différentes études portant sur les thérapies familiales en Afrique confirment qu'elles ont uniquement lieu lorsque les circonstances sont critiques. Au Zaïre par exemple, les réunions de clan sont habituellement retardées jusqu'à ce que plusieurs cas soient considérés comme très sérieux ou encore jusqu'à ce qu'ils puissent être traités simultanément (Janzen 1995 : 217-218) ; la parenté est alors examinée lors d'une réunion familiale où l'on tente de déterminer l'origine de la maladie, « *s'il y a une chronicité de la maladie ou une mort prématurée. Le champ social autour du (des) malade(s) devient alors la scène d'une action de purification collective qui se manifeste par des sacrifices, l'éradication de la sorcellerie ou l'enrôlement dans un rite purificateur afin que le bien-être collectif puisse être restauré* ». La réunion du « conseil de clan », qui est convoquée par un membre dirigeant, a alors fonction d'expurger l'antagonisme entre les membres en désaccord et leur permettre de se demander

¹¹⁶ Les informations récoltées ne me permettent pas de dire si le chef a accusé Fernand avant d'avoir consulté le marabout ou après. Il semble plus plausible qu'il l'ait fait après, une fois qu'il a bénéficié de preuves, car, selon les témoignages exposés, un individu ne peut être accusé sans preuve.

pardon. Les membres du clan sollicitent l'indulgence des malades et inversement. Dans un tel cas, la maladie et la thérapie concernent tout le clan, qui est le patient : « *Celui qui souffre n'est qu'un symptôme de la maladie de sa famille* » (Dr. Denis Bazinga, cité par Janzen, 1995 : 130). L'exemple de la famille du chef illustre bien cela.

Certains informateurs m'ont relaté comment s'était déroulée la journée en présence du « marabout » : celui-ci était venu chercher de « manière mystique » les éléments nuisibles à la communauté, les « secrets du village ». Les habitants l'ont averti des choses néfastes dans le village. La cérémonie a commencé par de la musique : la population a joué du tamtam et du balafon, puis le guérisseur (« *bot-bissima* » ou « *minguegan* ») a bu de l'alcool et dansé. Il est ensuite parti en brousse et dans le village pour effectuer une fouille. Il est passé dans chaque maison pour enlever les sorts avec des « baguettes magiques ». L'objet recherché a été découvert : il s'agissait d'une lance ensanglantée, qui était enterrée devant la maison de Fernand. Jérôme évoque cet événement : « *le « marabout » a dit que cette lance était l'atom ; quelqu'un a été accusé d'être responsable* » (14 novembre 2003). Le guérisseur a alors pris l'objet et l'a remis au chef, qui a eu deux possibilités : soit trancher le problème sur place, soit le référer aux autorités administratives, qui l'envoient ensuite au Tribunal. Dans notre cas, le problème d'*atom* a été réglé en famille. Généralement, lorsque les gens s'arrangent au niveau familial, cela signifie que le propriétaire du « mauvais sort » a avoué, a reconnu les faits et demandé pardon. Ensuite, une échéance est donnée au coupable pour que la situation se calme. Si le délai est respecté, c'est-à-dire qu'aucun individu n'attrape la maladie durant ce laps de temps, l'accusé gagne le procès. Dans le cas contraire, il est traduit devant la barre. A Akam Engali, l'inculpé n'a pas avoué, mais a accepté de faire une purification familiale (notamment pour l'affaire d'Adeline, afin qu'elle n'ait plus de problèmes d'accouchement), car il faisait partie de cette famille et en était considéré comme le responsable. Par conséquent, le village n'a pas pris de sanction à son égard. Le « marabout » a seulement enlevé le « mauvais sort ». Mes interlocuteurs ont déclaré s'être comportés de la même façon avec lui¹¹⁷ bien qu'il ait été accusé.

Malgré tout, une fois la lance enlevée, les cas de maladies ont continué. Les villageois ont donc été surpris : « *Il y a eu plusieurs cas dans la famille, c'est très bizarre. On se disait que quelqu'un au village avait fait ça. Un guérisseur est venu, il a fait le truc du village pour trouver les maladies, on a commencé vers le Nyong, on a attrapé quelqu'un. Quand on a*

¹¹⁷ Notamment parce qu'« il faut se méfier des sorciers, car ils ont des alliés ».

trouvé l'atom, on a arrêté quelqu'un. Le guérisseur a enlevé l'atom. Mais après son passage, il y avait toujours l'atom, même les petits enfants, même les grands, tout le monde était toujours attaqué. On se demandait si c'était lui. On n'a rien fait de la personne accusée. Il y a eu peut-être une honte, mais le village n'a pas réagi, n'a rien fait. Mais après, il y avait encore des malades » (Robert, 28 novembre 2003).

Dès lors, plusieurs explications ont été fournies a posteriori par les villageois :

1. L'accusé ne pouvait pas être responsable, car il y avait d'autres cas dans des villages voisins. En effet, partout des gens souffraient de cette maladie. Cet argument est influencé par la sensibilisation, qui donne l'exemple de malades en Australie, en Amérique latine (avec un raisonnement du type : "*Est-ce que la sorcellerie peut aller jusque là-bas ? Est-ce que vos sorciers peuvent faire cela ?*"). Jérôme reprend cet argument : « *Si ce n'était que les gens du village qui seraient malades, on pourrait dire que c'est lui* » (15 novembre 2003).

2. L'accusé avait des « coéquipiers », car l'« homme sorcier » a souvent des alliés : ils peuvent répandre la maladie dans des villages voisins, la vendre, la donner à un autre lorsqu'il se sentent en danger. A ce propos, Grégoire donne l'exemple suivant : « *Sur 10 personnes, il y a par exemple le sorcier et ses alliés : disons 4 sorciers et 6 neutres. Mes alliés ne vont pas montrer qu'ils sont avec moi, mais nous nous retrouvons après, pour faire nos gaffes. C'est comme ça que l'homme sorcier vit. Il fait un coup avec la complicité de plusieurs personnes, mais lorsqu'il faut donc trouver le personnage-clé, on expose une personne pour protéger les autres. Les alliés, on les cite quand le problème est souvent grave. Il n'a pas cité. Ce qu'ils font d'habitude, lorsqu'ils sentent qu'on voudrait les dépister, ils éloignent leurs mauvaises choses, ils les envoient dans les villages environnants, comme ça, ils restent sains après la fouille. Raison pour laquelle ils ont l'habitude de sacrifier une personne. Ils enlèvent les leurs et lui, il est considéré comme le coupable* » (1^{er} décembre 2003). Dès lors, même si une personne a été identifiée comme responsable, ses alliés peuvent continuer d'agir.

3. Une autre explication a été fournie par François (18 novembre 2003) : « *Les choses mystiques, c'est dans le ventre. On peut enlever, mais ce qui est au fond reste. Ce qui fait que la maladie perdure, c'est ce qu'il y a dans le champ. Avant, il y avait une seule famille et elle n'attachait pas de feuille. Or, ils attachent. On ne peut pas porter plainte, c'est la rancune qui ira de génération en génération, la prison. On endure, on supporte beaucoup de choses. Dans leur famille, tous se sont fait vacciner. C'est pourquoi ils font ça [le mettent encore dans les champs]* ». Selon François, l'atom n'a pas cessé dans le village, car cette famille continue de le déposer dans son territoire.

Finalement, les habitants n'étaient pas certains de la culpabilité de Fernand. L'essentiel pour eux était avant tout de purifier le village et la famille du chef, de réparer la crise sociale, de rétablir des relations normales et de permettre à Adeline d'enfanter.

Cette histoire cache une autre affaire qui est liée au pouvoir et à la chefferie : à la mort du chef précédent, la transmission n'a pas pu être effectuée, car il n'a pas eu d'enfants. Le pouvoir a été donné à Fernand (qui est le frère aîné du chef), mais non officiellement. Lorsqu'il occupait cette fonction, Fernand a détourné l'argent des impôts pour s'enfuir avec. Selon les villageois, le nom et la réputation du village ont été entachés par ce détournement d'argent : « *si Akam Engali est reconnu dans la région, c'est à cause de ce monsieur* » (François, 18 novembre 2003). A la suite de ce malencontreux événement, un autre frère aîné, Daniel, a repris le flambeau, mais il ne savait pas gérer les affaires locales. Le chef actuel, qui était infirmier à Ayos, a alors dû démissionner pour venir reprendre le contrôle de la situation et occuper le poste de dirigeant. Par la même occasion, il a repris la plantation de Fernand. D'après quelques villageois, les problèmes d'*atom* ont commencé à ce moment-là, mais d'après d'autres, les tourments ont débuté dès le retour de Fernand au village. Certains estiment que le chef aurait dû lui redonner sa place. En effet, le chef occupait ce poste en intérimaire en attendant la nomination d'un autre responsable, mais il n'en n'a pas été ainsi : les choses ont tardé et il a occupé ce poste pendant vingt ans, interrompus à deux reprises, car cette fonction lui demandait un grand investissement et lui créait de nombreux problèmes. Lors de sa deuxième démission, il a accusé Fernand d'être responsable des maux de sa famille et du village.

Finalement, il a repris la fonction de chef et a été nommé officiellement par la population et les autorités administratives en décembre 2003. Actuellement, il met beaucoup de zèle pour récolter les impôts : il se fait un devoir chaque année, m'a-t-il raconté, d'être le village qui verse le plus d'argent à la sous-préfecture d'Ayos...comme pour compenser l'affront fait par son aîné aux autorités locales et aux habitants d'Akam Engali.

Dans cet exemple, on constate que l'accusation d'*atom* a jugulé les conflits et les tensions dans le lignage, elle a neutralisé l'instigateur des troubles sociaux, Fernand. Ce dernier a violé les normes et les valeurs morales du groupe en partant avec l'argent de la communauté. La maladie a donc été au centre des conflits sociaux, elle a servi à les réguler, à mettre le déviant hors d'état de nuire. Dans une telle situation, une thérapie familiale sous la forme d'un rituel collectif, qui met l'accent sur l'investigation publique et l'analyse sociale, a été nécessaire. En

effet, les circonstances étaient devenues alarmantes et il fallait assainir les relations. Ce type de traitement a servi à résoudre les différends, réaffirmer les normes sociales de base et les valeurs du groupe. Mais avant d'entreprendre une cure collective, les malades ont suivi divers traitements symptomatiques pour obtenir la guérison de leurs corps. L'exemple d'Akam Engali montre que la sorcellerie est centrale, fréquemment évoquée dans les rapports de pouvoir entre villageois. Cependant, elle n'est pas forcément un obstacle à une action médicale, puisque les patients soignent premièrement leur corps. De plus, un traitement rituel de l'*atom* n'est effectué qu'en cas de circonstances particulières, lorsque la situation semble grave aux yeux de la population.

Ces différentes affaires ont rendu célèbre le village d'Akam Engali dans toute la région : il a été considéré comme le foyer de la maladie. Philippe explique : « *Un marabout avait enlevé ces choses, nous tous avons vu – sorciers et non sorciers – c'est pourquoi notre village est très réputé. Ça règne ici beaucoup parce qu'il y a des sorciers qui font cela* » (8 novembre 2003).

Un villageois évoque également la notoriété d'Akam Engali : « *Tout se sait, même à Aboë, on sait les choses. Tout le monde sait que c'est lui [Fernand]. C'est pour ça que c'est le siège à Akam. Même à Ayos, on sait cela* » (François, le 18 novembre 2003). De même, un guérisseur de Mbang raconte qu' « *un type d'Akam ne veut pas que les enfants grandissent dans de bonnes conditions : il lance l'atom* » (5 décembre 2003). Le village possède donc une réputation régionale par rapport au problème d'*atom*, du fait qu'il y a eu de nombreux malades et que le "coupable" ait été découvert. Un restaurateur m'avait par exemple discrètement dit, lorsque je m'étais rendue à Ayos avec Fernand : « *Vous savez avec qui vous êtes ? J'ai peur de lui. C'est lui qui a lancé l'atom à Akam* » (30 novembre 2003).

4.3.3. Facteurs d'influence qui déterminent le choix de la thérapie et entrent en ligne de compte dans l'appréciation des soins

L'analyse des différents facteurs qui ont motivé les itinéraires thérapeutiques montre qu'il y a des récurrences : certaines catégories ont été évoquées par la plupart des informateurs, comme par exemple l'efficacité des soins, la durée imputée au traitement, le coût. Mais d'autres catégories plus spécifiques, comme par exemple l'éloignement géographique, l'enclavement du village, l'absence de guérisseur ou le genre, sont également entrées en jeu dans les décisions. Elles concernent avant tout des facteurs biographiques et contextuels mentionnés

par quelques informateurs seulement. La typologie suivante est basée sur des entretiens et non des observations directes.

4.3.3.1. Efficacité du traitement et réputation du soignant

L'efficacité du traitement et la réputation du soignant semblent avoir leur pesant dans les recours thérapeutiques, comme nous l'avons vu précédemment dans les récits de Bertrand, de Céline et celui de Robert. En effet, si un malade n'est pas satisfait des soins reçus, il abandonne le traitement au profit d'un autre. La nièce de Marthe par exemple a suivi un traitement de trois mois « à l'indigène », bien qu'elle considère les soins traditionnels comme étant plus lents. La raison invoquée est la suivante : « *parce qu'elle est puissante, la femme du chef. Elle soigne les cas que tu ne peux pas dire si ça va finir. Elle a soigné un gars qui avait un pied d'éléphant, on voulait lui couper et c'était guéri* » (13 novembre 2003). Un autre témoignage va dans le même sens : « *La femme du chef soignait beaucoup, beaucoup. Elle se fit une réputation. Un monsieur d'un village vers Ayos, est venu jusqu'ici pour se faire soigner. Avant cela, il avait fait le tour de plusieurs guérisseurs* » (Elisabeth, 3 novembre 2003).

L'efficacité des soins est un facteur important pour les malades et l'infrastructure sanitaire. En effet, il revient souvent dans les propos des personnes interrogées, qui l'évoquent d'elles-mêmes, et dans le discours de sensibilisation. A travers ce facteur, il y a donc un point de convergence entre les deux groupes d'acteurs.

4.3.3.2. Durée des traitements

Différents discours apparaissent à propos de la durée des traitements : certaines personnes estiment que les soins prennent plus de temps chez les guérisseurs, d'autres qu'ils sont plus longs à l'hôpital.

Elisabeth va conseiller à un malade d'aller à l'hôpital, parce que « *je me dis que l'indigène, c'est bon, mais ça laisse des infirmités et ça va durer* » (3 novembre 2003).

De même, Jeanne mentionne la durée des soins à l'hôpital et l'absence d'interdits alimentaires et comportementaux : « *Maintenant, il n'y a plus tellement de malades qui se font soigner à l'indigène, car ça dure 1, 2, 4 ans. A l'hôpital, ça peut durer deux mois seulement. A l'indigène, tu ne dois pas manger de viande, de poisson frais. A l'hôpital, tu peux tout faire. Avant, on se soignait à l'indigène, car il n'y avait pas l'hôpital* » (1^{er} novembre 2003).

Certains individus estiment donc que le traitement est plus rapide à l'hôpital et n'est pas contraignant. En outre, ils peuvent dorénavant s'y rendre car un programme de lutte a été mis en place : « *Depuis 1983, les malades sont éparpillés partout, tantôt à l'indigène, tantôt à l'hôpital. Les gens allaient beaucoup à l'indigène, ce n'est que ces derniers temps qu'ils essaient d'aller à l'hôpital. Les gens à l'époque trouvaient que c'était l'indigène qui soignait plus rapidement que l'hôpital. Parfois, quand on a de la chance à l'indigène, il y a des traitements qui vont moins de trois mois* » (Bertrand, 2 novembre 2003).

Les critères d'appréciation du temps varient en fonction des individus. Ils ne correspondent pas forcément à ceux de la biomédecine. « *Les catégories émiques de la récurrence et de l'évolution influent sur l'utilisation des services de santé par les populations, notamment en raison de diverses discordances apparaissant à la rencontre des conceptions profanes et biomédicales* » (Jaffré 1999 : 55). Deffo (2004 : 21-22) a par exemple constaté que les malades attendent un certain temps avant de consulter un soignant; ils procèdent par élimination au fil des épisodes cliniques pour déterminer de quelle affection ils souffrent : « *Chaque acteur-victime tout au long du déclenchement de la maladie gère individuellement la situation, élabore successivement des hypothèses pour s'expliquer la nature du mal en faisant recours à sa propre expérience de vie et aux connaissances accumulées tout au long de son parcours social* ». Selon Deffo, le temps n'est pas un facteur primordial dans les choix et les itinéraires thérapeutiques, contrairement à l'expérience personnelle, aux savoirs et à d'autres facteurs liés au vécu de la maladie.

L'aspect temporel est le « cheval de bataille » de l'infrastructure hospitalière, constamment mentionnée dans les campagnes de sensibilisation. Comme nous pouvons le constater, il a aussi de l'importance aux yeux des anciens malades, qui l'évoquent fréquemment dans leurs propos et reprennent parfois le discours de prévention. Cependant, ils mentionnent le rôle du temps a posteriori, une fois leur épisode pathologique achevé et la guérison obtenue. Lors de la quête de soins, leur évaluation de la durée diffère et ils ne vont pas forcément consulter un soignant tout de suite¹¹⁸.

4.3.3.3. Facteurs financiers

¹¹⁸ Je n'ai pas pu observer cela sur le terrain, mais cette constatation a été établie dans la plupart des pays touchés par l'UB, et notamment par le personnel médical d'Ayos, qui a remarqué que la majorité des patients allaient à l'hôpital à un stade tardif de la plaie (ulcération). Voir Annexe 5 : fig. 24

Toutes les opinions par rapport aux coûts des traitements sont présentes au sein de la population :

- tantôt les guérisseurs sont préférés, car ils ne demandent rien, tantôt on trouve qu'ils exigent de lourds honoraires ;
- tantôt l'hôpital et les coûts qu'il occasionne sont un frein important, tantôt la gratuité des soins à Ayos incite les malades à s'y rendre.

Le témoignage d'Emilienne illustre ces diverses appréciations : « *La guérisseuse de ma fille n'avait rien demandé. Mon petit frère a été soigné par la femme du chef, elle a demandé beaucoup de choses. Je trouve que là-bas à l'hôpital, c'est bon, puisqu'on ne demande rien* » (15 novembre 2003).

Maxime a eu l'ulcère à la cuisse en 1983. Il s'est fait soigner à l'hôpital et a guéri après 3 mois de soins. Lorsque sa fille est tombée malade, il n'a pas pu l'emmener à l'hôpital, car il n'avait pas suffisamment d'argent. Il a alors entrepris le traitement lui-même, bien qu'il ne soit pas guérisseur : « *j'ai prié Dieu et il m'a aidé. J'ai pris trois herbes, je les ai placées au feu, puis je les ai mises dans une outre et j'ai massé sur la blessure de ma fille* » (19 novembre 2003).

Certains guérisseurs semblent exiger des honoraires élevés, comme le souligne Didier : « *Parfois les malades se traitaient au village. Et d'autres allaient ailleurs, parce qu'il y avait des guérisseurs qui demandaient beaucoup de choses. Quand tu n'as pas de moyens, tu vas ailleurs pour te faire traiter librement* » (9 novembre 2003).

D'autres n'exigent rien, mais acceptent des témoignages de gratitude une fois le terminé.

Cependant, les soins chez un guérisseur peuvent coûter moins cher, car les patients peuvent facilement se déplacer de leur domicile à celui du guérisseur ou résider chez lui. Jacques séjourne par exemple chez sa guérisseuse depuis le début de son traitement. Dans une telle situation, la présence d'un garde-malade n'est pas indispensable contrairement à l'hôpital. Un membre de la famille accompagne le malade chez le guérisseur au début du traitement, mais quand il a l'habitude (et s'il a la possibilité physique), le patient peut s'y rendre seul, comme l'évoque Thérèse : « *J'ai d'abord amené la petite chez le tradipraticien. Elle était trop fatiguée pour marcher. Maintenant, elle va seule* » (2 septembre 2003).

Le prix avait surtout une influence dans le choix du traitement lorsque l'hôpital n'était pas spécialisé. Maintenant, la gratuité des soins à l'hôpital d'Ayos modifie la situation : « *On*

préférer aller à l'indigène par manque de moyens. Les opérations, ça coûtait. Les antibiotiques, il fallait des moyens. On ne parle pas d'aujourd'hui. A l'époque, c'était trop cher. Maintenant, c'est gratuit. A l'hôpital, on mange, on joue, il n'y a pas d'interdits. Le malade vient donc chercher quoi au village ? Ils ne viennent plus chez les guérisseurs. Les malades n'ont plus de problème de dire qu'ils ont l'atom, « Va donc à l'hôpital ». Alors qu'à l'époque, c'était cher » (Thomas, 22 novembre 2003).

Patrick mentionne : *« Les gens n'ont pas les moyens de payer les médicaments, c'est pourquoi ils ne vont pas à l'hôpital. Ici [à Ayos], c'est gratuit, ça se soigne vite. Si ce n'était pas gratuit, on ne viendrait pas. Les gens ont encore de la peine à venir »* (24 juillet 2003).

Cependant, le traitement hospitalier nécessite un déplacement géographique, c'est-à-dire un trajet qui engendre des dépenses. Les moyens de locomotion sont rares, les villageois doivent se rendre en partie à pied, puis en bus ou en « moto-taxi » à Ayos, ce qui peut être un obstacle important.

Pour l'UB au Ghana, Stienstra et al. (2002 : 210) mentionne aussi que des difficultés financières empêchent les patients de se rendre rapidement à l'hôpital. Ils doivent d'abord économiser de l'argent, ce qui signifie qu'ils doivent parfois attendre une saison avant d'aller se faire soigner.

D'après les patients et les anciens patients, le coût peut donc être une entrave au traitement, à la fois chez les guérisseurs (ceux qui exigent beaucoup de choses)¹¹⁹ et à l'hôpital. La variable économique est importante dans les choix thérapeutiques, mais elle est évaluée en fonction des possibilités de chacun.

4.3.3.4. Devoir séjourner à l'hôpital et abandonner ses enfants

Ces deux facteurs, qui engendrent des coûts indirects, concernent plutôt des cas spécifiques évoqués par quelques femmes vivant ou élevant seules leurs enfants. Comme je l'ai mentionné précédemment, les soins à l'hôpital nécessitent un garde-malade pour s'occuper de la nourriture et enlèvent de la main-d'œuvre aux champs. Une guérisseuse, qui a mentionné les avantages de l'hôpital et aurait aimé s'y rendre pour ses enfants malades, n'a pas pu le faire, *« car je suis seule, je n'ai pas de mari, je ne pouvais pas laisser les enfants »* (Mireille,

¹¹⁹ Le prix du traitement est un point de controverse entre les acteurs locaux, comme nous le verrons dans le chapitre 5. En effet, les guérisseurs n'ont pas le même discours que les anciens malades.

12 novembre 2003). Les mêmes raisons sont évoqués par Emilienne : « *Je ne suis pas allée à l'hôpital, car j'ai beaucoup d'enfants et je ne peux pas les abandonner* » (15 novembre 2003). Patricia, une malade séjournant à l'hôpital d'Ayos explique : « *le problème est que personne ne s'occupe de mes 10 enfants et que cette maladie dure longtemps, nécessite une hospitalisation. Si c'était comme une autre maladie, ça irait. Les gens se soignent d'abord à l'indigène* » (25 juillet 2003). En un mot, des raisons sociales, liées au genre, mais aussi des questions pratiques, empêchent parfois certaines personnes d'aller à l'hôpital. Par contre, le traitement chez un guérisseur ne nécessite pas forcément un déplacement pour les parents.

4.3.3.5. Absence de guérisseur au village

L'absence de guérisseur au village a parfois obligé les malades à se déplacer : Jules se rappelle la quête de soins pour son fils : « *j'avais un fils qui est mort de ça, je l'ai emmené chez un guérisseur à Ayos. Il n'y avait pas encore de guérisseur au village, il y en avait seulement un à Ayos* ». Georgette explique également : « *J'ai eu l'atom 1 an et demi à la cheville. J'ai été attaquée en mars 1985. Je suis partie à l'indigène à Mbang. En ce temps-là, il n'y avait personne qui pouvait soigner cela ici. Je suis partie dans mon village, je me suis fais soigner là-bas* » (18 novembre 2003). Pour parer à cette situation, de nombreux parents de malades ont alors décidé de se spécialiser dans le traitement de l'*atom*. Le nombre de guérisseur a alors considérablement augmenté dans la région.

4.3.3.6. L'hôpital n'était pas spécialisé dans le traitement

Le fils de Jérôme a eu l'*atom* à l'âge de 8 ans en 2000. La maladie a duré 3 ans. Premièrement, il avait emmené l'enfant chez une guérisseuse à Akam Engali. Il ne soupçonnait pas encore la maladie, car son fils n'avait qu'une petite blessure. La guérisseuse a diagnostiqué l'*atom*. Elle a commencé à soigner l'enfant, puis, « *les Blancs sont arrivés à Ayos et ils ont envoyé la nouvelle que tous les gens qui souffrent d'atom aillent à Ayos. Comme la nouvelle est venue, il fallait que je parte. J'ai amené l'enfant à Ayos, on a fait le diagnostic, on lui a donné les injections (environ 40), les comprimés, les seringues, les compresses. Ils voulaient que je reste à l'hôpital avec l'enfant, mais je n'avais pas de moyens, donc je préférais faire les pansements au village. Je devais passer à l'hôpital une fois par semaine pour voir comment la plaie évoluée. Ca a bien tenu. Je faisais moi-même les pansements et les injections. Je ne suis plus retourné chez la guérisseuse, car je voulais seulement le soigner avec les remèdes de l'hôpital. A l'hôpital, c'est facile. Ici au village,*

c'est pénible. Il faut aller chercher de l'eau, du bois, on peut faire le pansement seulement vers 12-13 heures, on doit attendre le guérisseur, on doit attendre ». (28 novembre 2003). Au départ, Jérôme a consulté la guérisseuse de son village, car il ne suspectait pas l'*atom*. Lorsqu'il a appris qu'il pouvait faire soigner son enfant à Ayos, il est parti sans hésiter. Mais, pour des raisons financières, il n'a pu y suivre complètement le traitement, a dû retourner dans son village et administrer lui-même les remèdes.

Deux autres témoignages indiquent qu'il n'y avait pas de choix possible lorsqu'ils se sont retrouvé face à la maladie : « *Ma sœur a eu l'ulcère à la jambe à l'âge de 5 ans, c'était dans les années 90. En ce temps-là, on soignait seulement à l'indigène* » (Hubert, 12 novembre 2003). « *Ma sœur est encore malade actuellement ; elle prend des antibiotiques pour que ça finisse. Elle est premièrement allée à l'indigène, il y a 11 ans, car en ce temps-là, il n'y avait pas encore un traitement à l'hôpital* » (Jean-Marie, 23 novembre 2003). Face à une offre thérapeutique limitée, les individus n'ont donc pas eu une grande marge de manœuvre et de choix.

Ce facteur d'influence, qui est avant tout contextuel, a cependant été mentionné par peu d'informateurs et n'est présentement plus d'actualité.

4.3.3.7. La distance

La distance est parfois évoquée par certains informateurs : deux sœurs de Grégoire ont été malades, dont une a été soignée à l'hôpital et l'autre chez sa grande sœur, guérisseuse à Akam Engali. La proximité géographique a été à la base du choix initial du thérapeute : une des deux sœurs habite à Akonolinga, où elle s'est fait soigner par un premier guérisseur, puis par un autre. Le traitement « indigène » n'ayant pas marché, elle s'est alors rendu à l'hôpital d'Akonolinga. L'efficacité a influencé ses choix ultérieurs et une campagne de sensibilisation a déterminé son choix ultime. L'autre sœur, qui habitait le village voisin d'Akam Engali, s'est fait traiter chez une guérisseuse parce qu'elle faisait partie de sa famille et qu'elle soignait près de chez elle. Dans ces deux cas, le facteur initial a été la distance géographique.

Cependant, il s'agit d'un facteur contextuel, rarement cité par les informateurs.

4.3.3.8. Appréciation des soins : influence du discours biomédical dans les propos des informateurs

Dans les propos de certains informateurs, on constate l'influence du discours biomédical à travers l'emploi de certains arguments. Ceux-ci ont de l'effet à la fois au niveau étiologique (certains patients intègrent des éléments de l'explication biomédicale dans leurs

représentations de la maladie, comme nous l'avons plus haut), mais aussi au niveau des pratiques (les malades se rendent davantage à l'hôpital).

Les témoignages suivant illustrent l'usage de la rhétorique hospitalière : « *A l'hôpital, ils prennent le malade avec son organisme : cette maladie nécessite des vitamines car elle suce le sang, rend anémié. Le guérisseur ne sait pas cela. A l'indigène, on prend seulement la plaie. A l'hôpital, on donne des vitamines et des rations à manger pour les malades, surtout pour les enfants. Il n'y a pas d'infirmités. C'est l'avantage de l'hôpital. S'il était resté à l'indigène, il serait infirme, il serait mort* ». Ces propos sont tenus par l'oncle de Grégoire (12 novembre 2003), dont l'enfant a d'abord été soigné un mois « à l'indigène », puis à l'hôpital d'Akonolinga, car sa maladie s'aggravait.

L'affaiblissement physique dû aux interdits alimentaires, les infirmités sous forme de rétraction des membres, les difficultés de se mouvoir, sont les arguments-types évoqués par le personnel hospitalier lors des campagnes de sensibilisation, avec la durée du traitement. Cet exemple montre que cet homme a totalement intégré le discours biomédical.

Thibaut, depuis 4 mois à l'hôpital, évoque la maladie : « *J'ai lu des livres à l'hôpital, j'ai appris à l'hôpital [ce qu'était la maladie]. La maladie provient du fleuve. Je suis obligé de croire l'explication du personnel médical, car on m'a soigné et je suis guéri* » (30 juillet 2003). Son expérience a donc un impact sur son appréciation des soins : il place sa confiance dans les structures sanitaires, car il y a recouvré la santé.

Patrick, qui a eu des contacts étroits avec l'hôpital, car sa femme s'est fait soigner à Ayos, raconte : « *A l'indigène, on met de l'eau et des plantes dans la plaie. Ça prend du temps, c'est très long. Les pansements sont sales, contrairement à ici [à l'hôpital]. Il n'y a pas d'anesthésie. On peut le guérir à l'indigène, mais il reste toujours un petit trou et ça attaque les os* » (24 juillet 2003). Ses propos, qui mentionnent l'hygiène, la durée du traitement et l'absence de douleur grâce à l'anesthésie, sont couramment employés par le personnel médical.

Fernand négativise les traitements traditionnels : « *Nous allions à tâtons avec les soins indigènes. Ils durent longtemps et il y a beaucoup d'interdits, contrairement à l'hôpital où c'est rapide. A l'hôpital, on n'a pas de paralysie comme au village* » » (20 novembre 2003).

Tous ces témoignages illustrent donc l'impact des structures biomédicales dans les discours des parents ou des anciens malades, lorsqu'ils font référence aux soins.

Il s'agit d'un nouveau « lieu d'articulation » entre la biomédecine et les malades dans lequel on dénote l'ascendant de l'hôpital.

4. 3. 4. Facteurs d'influence qui déterminent le changement de thérapeute

Cette typologie est également basée sur des entretiens et, par conséquent, a été effectuée a posteriori. Elle comprend deux catégories de facteurs qui entrent en jeu dans la modification des itinéraires thérapeutiques :

- ceux qui sont décisifs pour la plupart des informateurs, comme l'aggravation de la maladie ou les moyens financiers
- ceux qui sont plus spécifiques et n'apparaissent que dans certains cas, comme le départ du guérisseur, l'origine imputée à l'affection ou la crainte du traitement. Ils sont liés au contexte et à la biographie du patient.

4.3.4.1. Aggravation de la maladie

Lorsqu'ils ne sont pas satisfaits du traitement, les patients changent de thérapeute, comme nous l'avons notamment vu à travers les exemples de Bertrand et de la sœur de Elisabeth. Un habitant d'Aboë, dont le fils a été malade pendant 10 mois, a d'abord amené son enfant chez un guérisseur où il a reçu des soins pendant 1 mois. Cependant, la maladie s'aggravait, ce qui l'a incité à changer de thérapeute. Il a alors emmené son fils à l'hôpital d'Akonolinga où il a suivi un traitement de 9 mois qui a abouti à sa guérison. Dans cet exemple, le facteur primordial n'était pas le temps, mais l'amélioration de l'état de santé. Fréquemment, lorsque le patient ne guérit pas, il change de thérapeute. Cet élément est souvent mentionné dans les récits des anciens malades et de leurs proches.

4.3.4.2. Facteurs financiers

Les facteurs financiers déterminent à la fois le choix et le changement de soignant. L'exemple de Jeannine l'illustre : elle a eu l'ulcère à la cuisse en 1986 et s'est d'abord fait soigner à l'hôpital, où elle a subi une excision et pris des médicaments. Le traitement a été efficace, elle a guéri en deux mois. Mais après quelques temps, elle a fait une rechute : la maladie est ressortie à côté de son ancienne plaie. Elle n'avait alors plus d'argent pour se faire soigner à l'hôpital et pour payer les médicaments. Elle est allée se faire soigner chez sa maman, qui est guérisseuse. L'argent peut donc être un élément significatif dans les modifications de parcours sanitaires.

4.3.4.3. Départ du guérisseur

Cas unique auprès de mes informateurs, le départ du guérisseur a obligé Emilienne à modifier l'itinéraire thérapeutique de sa fille. Celle-ci a suivi un traitement chez une guérisseuse à Akam Engali pendant trois mois. Cependant, après ce laps de temps, la guérisseuse est partie à Yaoundé, alors que la blessure n'était pas finie. La mère d'Emilienne, qui n'est pas soignante, a continué le traitement au moyen d'autres plantes. Elle a donc fait une sorte d'automédication pour parer à une situation d'urgence.

4.3.4.4. Origine de la maladie

« Si l'atom est lancé, il nécessite un traitement indigène. Mon petit frère a par exemple été victime de l'atom au pied. Mon grand frère est infirmier, il travaille à Yaoundé. Il a estimé que c'était une plaie. Il allait la soigner suivant les méthodes modernes. Il l'a amené à Yaoundé, on a fait l'ablation de la plaie, on a enlevé tous les tissus. On a désinfecté, on a rééduqué le pied. Ça a d'abord guéri, ça s'est cicatrisé. Après deux semaines, ça a repris à la même place. Il a encore soigné. Ça s'est recicatrisé. Mon petit frère est rentré au village. Au bout de deux semaines, ça a recommencé. Mon grand frère lui a dit de revenir. Peut-être qu'en allant en brousse, il a heurté quelque chose. Il a soigné la troisième fois, ça s'est cicatrisé. Il lui a dit : « tu vas rester ici, je vais voir, je vais t'observer pendant au moins un mois ». Avant la fin du mois, ça a recommencé. Il lui a dit : « mais cette affaire, c'est quoi ? » Il a soigné encore une fois. Je crois que c'était la 5ème fois. C'était déjà en train de finir, il faisait les derniers pansements. Il l'a envoyé à l'indigène dans notre village. Il a dit qu'il fallait aussi faire le traitement indigène. Et ça s'est cicatrisé une fois pour toute jusqu'à présent » (Huissier de justice d'Ayos, 21 novembre 2003).

Face à une situation pénible, c'est-à-dire une guérison qui se faisait attendre, les acteurs concernés se sont interrogés sur le traitement et l'origine de la maladie, ce qui a abouti à un changement de « système sanitaire ». Comme nous l'avons vu plus haut, ce fut aussi le cas pour Jacques. Ce dernier, après avoir subi de nombreuses interventions chirurgicales sans recouvrer la santé, s'est rendu chez une guérisseuse sur les conseils de ses proches, qui supposaient une « origine mystique » à sa maladie.

L'explication causale attribuée à l'affection peut à la fois déterminer le choix et le changement de thérapeute. Mais en général, l'explication étiologique a lieu a posteriori, une fois que le traitement a commencé. Elle influence peu le choix initial. Nous verrons plus bas que l'origine imputée à l'affection peut aussi être considérée comme un obstacle à la guérison.

4.3.4.5. Peur du traitement

La peur du traitement hospitalier, notamment de la chirurgie, est un autre facteur de choix ou de changement dans un itinéraire thérapeutique. Cependant, cet élément n'a pas été fréquemment mentionné.

Vincent, qui a eu l'ulcère au dos, a séjourné pendant 1 an et 7 mois à l'hôpital, puis il est parti chez un guérisseur. Il évoque la raison de ses choix thérapeutiques : « *Ma famille était déjà éclairée. Quand j'ai un mal de tête, je viens à l'hôpital. On me coupait le dos, on coupait à l'hôpital. Ma famille s'est dit qu'on pourrait me couper tout le dos. Nous sommes allés à l'indigène, chez un tradipraticien au niveau d'Akonolinga. On mélangeait médecine moderne et indigène* » (29 août 2003).

Elie, un patient atteint aux deux jambes s'est initialement fait soigner par un tradipraticien, car « *j'avais d'abord peur de venir à l'hôpital, comme beaucoup de gens. J'avais peur de la chirurgie, de l'anesthésie* » (24 juillet 2003). Un infirmier d'Akonolinga, qui s'est souvent entretenu avec les patients, évoque les entraves à la consultation d'institutions sanitaires occidentales : « *Un facteur qui les empêchent d'aller à l'hôpital est la peur. Les patients ont peur d'aller au bloc, de l'anesthésie générale. Ils ont peur. Certains partent avant le bloc pour ne plus revenir. Mais certains exigent d'aller au bloc, ils n'ont pas mal, ils rentrent vite* » (13 août 2003).

De même, la femme du huissier de justice d'Ayos a quitté l'hôpital lorsque le personnel soignant lui a parlé d'amputation : « *Mon épouse en a été victime dans sa jeunesse. On l'a amenée ici à l'hôpital, parce que le bras était déjà gonflé. A l'époque, c'était des coopérants qui étaient ici. Eux, ils disaient d'amputer le bras, ils menaçaient d'amputer le bras. Sa maman a fuit avec elle dans la nuit. Ils sont allés voir une guérisseuse de l'autre côté du Nyong* » (21 novembre 2003).

Dans d'autres pays confrontés à l'UB, comme par exemple le Ghana, certains malades craignent également le traitement biomédical, une thérapie avec des injections et les risques d'amputation (Stienstra et al. 2002 : 210).

4.3.5. Obstacles à la guérison et au traitement

Les obstacles à la guérison ont été rarement mentionnés par les malades ou leurs proches. Cependant, ces derniers ont quand même évoqué l'origine de l'affection, le respect des interdits alimentaires et comportementaux, la nature de l'affection, comme des éléments qui les ont empêchés de guérir ou d'être soignés.

4.3.5.1. Origine de la maladie

Selon les informateurs, la maladie "provoquée dans le but de nuire à autrui", c'est-à-dire celle qui vient « de la tradition », ne se soigne pas facilement, peut être un obstacle à la guérison et provoquer des rechutes.

Le témoignage de Jacques, dont je reprends les propos cités plus haut, illustre cela : « *Quand c'est tout simplement l'ulcère de Buruli, quand c'est pas ce qui vient de la tradition, ça finit vite. Mais quand ça vient de la tradition, ça ne peut pas aller. Ça revient, ça revient* » (27 novembre 2003). Thomas va dans le même sens, lorsqu'il déclare : « *si la maladie se soigne rapidement, c'est une maladie simple. Pour mes frères, c'était une forme de maladie simple, parce que ça se soignait sans problème à l'hôpital, sans difficulté* » (22 novembre 2003).

Dans le cas d'une rechute, les individus redonnent une explication à la maladie, lui attribuent souvent une « origine mystique ». Ils estiment alors qu'une tierce personne a empêché leur guérison.

4.3.5.2. Respect des interdits alimentaires et comportementaux

Le respect des interdits alimentaires et comportementaux n'a été que quelquefois allégué. D'après un entretien avec Elie (25 août 2003), un patient de l'hôpital, si la maladie persiste, on peut soupçonner le traitant ou le malade de n'avoir pas respecté les prohibitions. Cependant, ce type de pratiques s'avère contraignant pour les malades, qui ont alors tendance à s'approprier le discours biomédical condamnant ces restrictions¹²⁰.

4.3.5.3. Nature de l'affection

¹²⁰ Daniel mentionne par exemple : « J'ai été tellement content de savoir qu'on soignait la maladie à l'hôpital. Ici, c'était tellement compliqué, il y avait les interdits, c'était difficile pour manger. Là-bas, il n'y a pas d'interdits. On te traite tout simplement et tu rentres » (9 novembre 2003).

L'aspect extérieur de la maladie a rarement été évoqué comme un obstacle à la guérison et aux soins, cependant, il a été un frein dans le traitement de certaines personnes. Patrick l'évoque pour son épouse : « *ma femme croyait qu'elle avait une simple plaie, elle l'a négligée. Elle est d'abord allée se faire soigner à l'indigène* » (24 juillet 2003). De même, dans d'autres pays où l'UB est présent, certains patients se font tardivement soigner à cause de la nature de l'affection, qu'ils confondent souvent avec un simple bouton (Aujoulat 2003 : 751) : « *From our experience with Buruli ulcer in Benin, Ivory Coast, Togo and Congo, as well as from discussions with others scientists we know that patients affected by Buruli ulcer tend to present late for treatment, at a stage when the surgical treatment as well as the disease itself have devastating consequences. In Australia where access to health facilities is easier, people with Buruli ulcer present for treatment earlier, thus reducing the burden of disease and treatment. In African communities, where most cases occur in remote villages, people may not pay attention initially to a disease which seems to be just another sort of bump or sore. As a consequence, the first tentative public health campaigns in several African countries were based on visual information such as a poster and leaflets published by WHO and presenting various clinical features of the disease on white or black skin, entitled "Recognizing Buruli Ulcer in your Community"* ». En définitive, l'apparence de l'UB fait avant tout partie de la définition du problème selon les acteurs biomédicaux, qui, en sensibilisant les populations à diagnostiquer l'ulcère dans ses phases précoces, veulent inciter les malades à se rendre rapidement à l'hôpital.

4.3.6. Conclusion sur les itinéraires thérapeutiques

A travers les itinéraires thérapeutiques exposés précédemment, nous constatons la diversité des conduites et des discours des patients, qui partagent pourtant les mêmes conceptions de l'affection, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée aux étiologies.

Le patient essaie diverses thérapies dans l'espoir que l'une ou l'autre fonctionnera : il peut commencer par une thérapie traditionnelle, puis passer par le système de santé formel ou inversement. Il peut aussi suivre uniquement une thérapie dans l'un des deux systèmes. L'existence de différentes médecines offre donc des possibilités de guérison multiples aux patients. Un revers dans l'un ou l'autre des systèmes peut conduire à essayer une pratique propre à l'autre système ou en un autre lieu : un premier échec à l'hôpital peut par exemple inciter le malade à entreprendre une visite chez un guérisseur.

Les pratiques résultent souvent d'une pondération des contraintes et des risques. Jaffré (1999 : 66) donne l'exemple suivant : « *Pour une même maladie hypertensive nommée semblablement, la composition du dispositif est très différente entre un « vieux » et une jeune femme placée devant l'obligation de choisir entre le risque médical que pourrait entraîner un accouchement (ligne corporelle) et le risque social d'une stérilité et d'un célibat volontaire (ligne des incidences sociales) ».*

En ce qui concerne l'*UB*, les attitudes des patients résultent de diverses stratégies, d'éléments contextuels et biographiques ; il n'existe pas de schéma uniforme ni d'ordre obligé dans le recours aux diverses institutions qui prennent en charge l'affection. Ce qui pousse les groupes impliqués dans cette maladie (patients, familles, villageois) à cheminer au long d'un itinéraire thérapeutique est avant tout pratique, comme le montrent les facteurs d'influence dans le choix de la thérapie et l'appréciation des soins : ce sont des difficultés conjoncturelles comme le manque d'argent, le fait de devoir séjourner à l'hôpital ou de devoir abandonner son travail au champ et ses enfants au village, l'absence de soignant dans sa localité, l'inaccessibilité géographique. Ces éléments sont importants pour l'économie domestique, car ils engendrent des coûts directs et indirects, peuvent entraîner des modifications de la cellule familiale et des rôles attribués à chacun. D'autres facteurs comme l'efficacité des soins, la durée du traitement, ne peuvent être évoqués qu'*a posteriori*, car le patient, au moment de son choix thérapeutique, ne connaît pas encore l'issue de sa cure. Fassin (cité par Benoist 1998 : 11) a également remarqué en examinant de nombreux itinéraires thérapeutiques que « *le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (systèmes de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte* ». En ce qui concerne l'*UB*, il peut aussi y avoir des barrières psychologiques comme la peur du traitement biomédical.

L'usage des différents « systèmes thérapeutiques » qui luttent contre l'*UB*, est surtout pragmatique. Les patients circulent à tâtons à travers les diverses offres. Choisir ou abandonner un traitement ne s'accompagne pas d'un préalable philosophique, comme le mentionne O. de Sardan (1999 : 34). En effet, le pragmatisme des itinéraires thérapeutiques est peu soucieux de respecter une « orthodoxie représentationnelle » (Ibid : 34), car il se trouve confronté à la quotidienneté de la maladie, qui est souvent faite de prosaïsme. Cependant, les conduites ne sont pas vides de sens, mais le sens se développe plus dans la

marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société et des connaissances et valeurs qu'on y partage. Les critères du choix siègent dans les attentes de l'individu et dans sa façon d'agencer à partir de ces attentes les modes de recours qu'il adoptera. Chacun s'interroge sur les moyens les plus appropriés, les plus adéquats pour se faire soigner et emprunte le chemin thérapeutique qui lui convient le mieux. Selon Benoist (1998 : 13), « *Les malades ne procèdent ni par le seul effet de logiques sous-jacentes qui détermineraient des stratégies, ni par un simple bricolage qui tirerait parti de tout ce qui s'offrirait. Soucieux avant tout de résultats, ils ont une conduite, à leurs yeux, pratique, une conduite pragmatique qui ne s'embarrasse ni d'objections, ni d'interdits. Ils cherchent un éventail plus ouvert de réponses, en vue d'une efficacité plus grande que celle que leur offrirait un choix plus restreint. Accepter les limites d'un système médical ou autre serait accepter l'inéluctable du destin, l'irrévocable de la condamnation divine, la victoire du sorcier, la dégradation irréversible du corps. Le pluralisme ouvre le ciel, il permet l'évasion hors de la cellule irrémédiablement close qu'est l'attente de la mort* ».

De même, Vecchiato (1997 : 195), qui a étudié les aspects socioculturels dans le contrôle de la tuberculose en Ethiopie, a constaté que la gestion des épisodes de la maladie est façonnée par les représentations de la maladie, mais aussi par des considérations pratiques, financières, sociales, structurelles et géographiques. Hausmann-Muela (1998 : 57-58) tire des conclusions similaires dans son étude sur les itinéraires thérapeutiques et les soins liés à la malaria en Tanzanie : la principale raison de retarder le traitement est le manque de ressources économiques ; les croyances en la sorcellerie et les soins traditionnels ne sont pas un « obstacle culturel » au traitement biomédical, à la confiance que les patients mettent dans l'efficacité des soins sanitaires. Au contraire, les explications surnaturelles, qui éclairent les limitations et les échecs des pratiques médicales, renforcent la validité de la « médecine occidentale ».

Au Cameroun, les malades et leur famille cherchent avant tout à obtenir un rétablissement sanitaire et non à trouver une explication. Cet élément atténue la frontière entre la biomédecine et les acteurs locaux, qui placent la guérison du corps en premier. Par exemple, dans la plupart des cas où les individus imputent une cause « mystique » à la maladie, ils ne recherchent pas le "coupable". Aux yeux des malades, l'efficacité (durée du traitement, absence de handicap et d'odeur) semble a posteriori prioritaire. Selon Laburthe-Tolra (1997 : 274), « *le savoir restant ordonné à l'efficacité, la question spéculative sur la nature ultime de ce savoir n'a pas de sens. Au nom du pragmatisme, la magie et la technique, qui ont même*

but (à savoir l'efficacité) coexistent. La prévalence est accordée au savoir-faire plutôt qu'au savoir ». La sensibilisation commence aussi à produire ses effets, comme on peut le constater dans les propos de certains informateurs, qui reprennent les arguments de la biomédecine. Elie, qui a séjourné plusieurs mois à l'hôpital d'Ayos, a l'habitude du vocabulaire médical, il parle de « microbes » et déclare que la maladie s'attrape dans le Nyong. La portée des séances d'information est aussi perceptible dans les discours sur l'appréciation des soins et sur certains facteurs d'influence.

En définitive, les croyances ne déterminent pas les pratiques thérapeutiques : l'étiologie n'empêche pas le changement de comportement. Le stéréotype que les représentations locales sont un obstacle à la consultation du personnel hospitalier n'est donc pas applicable dans notre cas.

Stienstra et al. (2002 : 210) le mentionne également pour l'UB au Ghana : « *the perceived cause of the disease did not have an influence on the help-seeking behavior* ».

Les itinéraires thérapeutiques peuvent se modifier au fil du temps, mais en fonction de différents facteurs qui ne sont pas liés aux étiologies. Bien que les patients fassent parfois la distinction entre les divers types de médecine, lorsqu'ils différencient un « *atom simple* » et un « *atom lancé* », cela ne les empêche pas d'aller à l'hôpital. Les témoignages suivants vont dans ce sens : « *Pour savoir lequel c'est, tu pars d'abord à l'hôpital, si ça recommence, tu pars à l'indigène* » (Louise, 26 novembre 2003). « *C'est une maladie mystique. Tu peux te faire soigner à l'hôpital, tu rentres, tu es guéri. Mais au village, on t'attrape. Ce sont les gens qui font ça. Et ça recommence. C'est pour cela qu'on a des guérisseurs traditionnels. Après, tu repars te faire soigner à l'hôpital* » (Alphonse, 7 novembre 2003). Dans une telle situation, le traitement symptomatique permet au patient et à ses proches de déterminer le type d'*atom* dont il s'agit.

En résumé, les patients et leurs proches manipulent les différents systèmes thérapeutiques en fonction de leurs besoins et de leurs ressources. Bien qu'il existe des représentations collectives au sein de la communauté, chaque cas est différent au niveau des pratiques, car la maladie est insérée dans le vécu et la quotidienneté de chaque patient, qui varient d'un individu à l'autre.

5. Les guérisseurs face à l'ulcère de Buruli

Dans ce chapitre, nous allons découvrir qui sont les guérisseurs, d'où provient leur savoir et quels sont les rapports qu'ils entretiennent entre eux. Nous verrons comment ils expliquent la maladie, quelles sont leurs techniques de soins et les paramètres qui entrent en jeu dans les traitements (prix, interdits, protection, entraves). Finalement, nous nous intéresserons aux interactions qu'ils ont avec les malades et avec les structures hospitalières, aux rapprochements que l'on peut faire avec ces dernières.

5.1. Les différents types de guérisseurs et les relations qu'ils entretiennent entre eux

Selon les villageois, il y a différents types de guérisseurs, qui peuvent être séparés en deux catégories principales :

- La première catégorie comprend les herboristes, qui utilisent des végétaux pour soigner des maladies courantes en milieu rural (tels des diarrhées et autres problèmes intestinaux, des abcès, la coqueluche, la rougeole)¹²¹ et sont aptes à donner les soins de première nécessité. Ce sont de « simples guérisseurs », c'est-à-dire qu'ils sont dépourvus de « pouvoirs mystiques » : « *ils soignent au niveau du village, ce sont les petits d'ici, qui traitent à l'indigène juste comme ça* ». (Grégoire, 9 novembre 2003). Cette activité est un "à-côté" de leurs travaux agricoles et domestiques.

Selon Elie (25 août 2003), on les appelle des « *nsiè atom* » ou « *morassa atom* », ce qui veut dire « traitant d'*atom* » ou « celui qui soigne l'*atom* ». Il existe d'autres termes comme celui de « *mbimbian* » : « *Ma petite sœur soigne l'atom c'est une mbimbian*¹²². *Les autres aussi : Marie-Claire, qui a un traitement différent, Germain qui est un mbimbian. Chacun a son propre traitement, sa façon de soigner* » (Fernand, 20 novembre 2003).

- La deuxième catégorie comprend les « voyants ». Ceux-ci soignent de « façon mystique », car ils possèdent des pouvoirs particuliers. Ils ont généralement une réputation régionale et sont parfois reconnus par l'Etat. Cette activité est une fonction à temps complet. Leur pouvoir leur permet d'identifier le "coupable" lors d'affaires de sorcellerie : « *Pour connaître la personne qui t'a lancé, tu vas chez le minguegan, c'est la personne qui fait la voyance. Pour connaître là où on t'a fait cela. C'est un tel du village qui t'a fait ça. Les minguegan venaient*

¹²¹ Cette liste n'est pas exhaustive.

¹²² Je ne connais cependant pas la traduction française de ce terme.

souvent ici pour faire la voyance, maison par maison. Si tu avais des mauvaises choses dans ta maison, ils ramassaient. Par exemple si tu as quelqu'un qui lance l'atom ou qui tue. Les gens acceptaient obligatoirement, puisqu'on n'acceptait pas que les gens aient des choses comme ça. Maintenant, ils ne viennent plus » (Didier, 9 novembre 2003). Ce type de spécialiste est aussi désigné par un autre terme, « *nganga* », qui signifie « voyant-guérisseur » (Elie, 25 août 2003). Il est capable de diagnostiquer une affection ou d'en déterminer le "responsable", et de la soigner. Parfois, il ne fait qu'identifier la maladie, mais ne la traite pas. Selon Patricia (27 juillet 2003), « *les guérisseurs voient, enlèvent, mais n'accusent pas* ». L'étude de Mallart-Guimera sur le discours étiologique *evuzok* (un groupe de Béti du Sud-Cameroun) a montré qu'un *nganga* (1985 : 45-52) est spécialisé dans le traitement des maladies dites *nocturnes* (liées à la sorcellerie) et des maladies *autochtones*, qui s'articulent avec le système magico-religieux et concernent l'ordre social. Il peut également soigner des maladies dites *simples*, c'est-à-dire dépourvues d'incidence sociale, magique ou religieuse, qui ne résultent pas d'un conflit social ou d'une transgression. Dans un tel cas, ce guérisseur n'agit pas en tant que voyant, mais en tant que simple herboriste (*mod mebala*).

Fainzang (1985 : 106) dans son étude sur la société Bisa au Burkina Faso s'est notamment intéressée à la coexistence de dispensaires ruraux avec des institutions traditionnelles. Elle a constaté que la société bisa disposait de deux instances sanitaires distinctes : les guérisseurs, qui ont pour tâche de résorber les effets du mal, et les devins qui s'affairent à découvrir l'origine du mal. Une sorte de division du travail thérapeutique est établie entre ces deux instances en étroite cohérence avec les perceptions locales de la maladie.

On retrouve en quelque sorte cela au Cameroun, bien que la distinction entre les deux catégories principales et entre les différents types de soignants à l'intérieur de ces catégories ne soit pas toujours clairement établie par les individus. En effet, il semble y avoir des types intermédiaires de soignants. Cependant, en ce qui concerne les techniques de soins, l'*atom* se soigne toujours au moyen de remèdes phytothérapeutiques. O. de Sardan (1999 : 19) déclare à propos des représentations et des pratiques africaines face aux maladies, qu'il n'y a pas de « médecine savante » traditionnelle en Afrique. Les guérisseurs, spécialistes populaires qui font traditionnellement un large usage de plantes, n'ont pas recours à un corpus stabilisé et standardisé de savoirs organisés du type médecine chinoise ou indienne, mais possèdent chacun leur savoir, plus ou moins différent de celui de leur voisin. Il y a simplement des logiques et des tendances plus ou moins parentes et récurrentes, autour desquelles chaque guérisseur bricole sa propre configuration thérapeutique. Le plus important est selon O. de

Sardan (Ibid : 35), que les guérisseurs pensent et travaillent à partir des mêmes modules que tout le monde, comme nous le constaterons par la suite pour l'*UB*.

Leur savoir provient de plusieurs sources¹²³ :

- un parent leur a appris à soigner : « *Mon père traitait et m'a initié avant sa mort* ». Cette fonction pouvant se transmettre par voie généalogique, ils possèdent donc leur savoir de leurs ancêtres.

- ils ont été malades : une guérisseuse d'Ayos raconte par exemple qu'elle et son enfant ont souffert de l'affection. Après la guérison de son fils, elle a demandé le remède au guérisseur (Lucie, 20 novembre 2003). Certains soignants traditionnels sont donc venus à cette fonction en tant qu'anciens malades et ont la compétence de soigner la maladie qu'ils ont eue.

- un parent a été malade : « *Ma mère a été malade, j'ai appris* ». Les 17 guérisseurs présents lors de la réunion du 5 décembre 2003 à l'hôpital d'Ayos, mentionnée plus haut, ont eu un malade dans leur famille, ce qui les a incité à se spécialiser dans le traitement de l'*atom*. « *Mes enfants ont été malades, c'est ça qui m'a poussé à soigner* », raconte une guérisseuse. « *La première à soigner à Akam Engali fut Marie-Claire [la femme du chef]. Elle a souffert pour ses enfants. Elle a souffert de ça. Elle a pris les remèdes pour aider les gens qui ont souffert de ça* » (Bernadette, 7 novembre 2003).

- ils l'ont hérité par rêve : « *La femme de mon père était malade, elle est venue en rêve me donner le médicament contre la gangrène et l'ulcère* ». La plupart du temps, un parent leur apparaît sous forme de songe et leur transmet le traitement.

Le savoir des guérisseurs peut donc être transmis aux patients ou à leur accompagnant de différentes manières : chez certains, il peut apparaître sous « forme mystique », c'est-à-dire sous forme de rêve ; chez d'autres, il est transmis de père en fils ou au sein de la famille (la belle-mère le transmet par exemple à sa bru). A Akam Engali, Solange a transmis son savoir à son fils Germain, qui a eu l'*UB* et a été soigné à l'hôpital. Cependant, le pouvoir du guérisseur n'est pas forcément héréditaire : Yves, un voyant-guérisseur de réputation nationale, a souffert d'une maladie et a été soigné par un prêtre exorciste, duquel il a hérité ses connaissances thérapeutiques. Le patient peut aussi acheter le remède au tradipraticien à la fin de son traitement et ainsi soigner d'autres personnes. Dans un tel cas, l'ancien malade a été en

¹²³ Ces propos ont été récoltés lors d'une séance d'information organisée par le personnel hospitalier pour les guérisseurs, à l'hôpital d'Ayos, le 5 décembre 2003.

quelque sorte initié durant sa cure, car il connaît le lieu où se trouvent les plantes et sait comment préparer et utiliser les remèdes¹²⁴.

Selon Edouard (26 novembre 2003), tout le monde peut traiter l'*atom*, il suffit d'avoir été malade ou d'avoir eu un proche souffrant. Ainsi, une personne qui a eu un contact étroit avec la maladie est apte à soigner. Philippe le mentionne également : « *Tout homme qui a cette maladie mystique connaît soigner* » (8 novembre 2003). Le traitement n'est donc pas réservé à une élite, mais peut être facilement obtenu et transmis au sein de la communauté. Deffo (2004 : 23-27), dans son étude sur les interprétations locales de l'*UB* dans la région d'Ayos et d'Akonolinga, aboutit aux mêmes constatations : le savoir lié à l'*atom* se diffuse au sein du groupe à travers la famille ou les liens sociaux ; il ne concerne pas une catégorie particulière d'individus, qui ne vivraient que du traitement de cette maladie, mais plutôt des individus qui soignent en échange de quelques dons à côté de leurs activités domestiques. Ces villageois ont acquis leur savoir pour s'épargner des déplacements chez le guérisseur ou pour être indépendants de ce dernier. Deffo parle d'« autonomie thérapeutique » pour qualifier cette situation, que l'on retrouve également dans notre cas. En outre, mes interlocuteurs ont déclaré avoir accepté ou requis le traitement de l'*atom* pour éviter que leurs concitoyens ne souffrent.

Au Zaïre, Janzen (1995 : 178) expose l'exemple d'un *nganga* qui avait reçu une partie de son savoir de sa grand-mère : « *les instructions de cette dernière demeurèrent cependant décisives, car elle le guérit d'une maladie grave dans sa jeunesse. Pour être un bon nganga, il faut nécessairement être passé par une telle expérience, car votre savoir provient de la personne qui vous a sauvé la vie* ».

Au Cameroun, les guérisseurs connaissent bien les souffrances occasionnées par l'ulcère, puisqu'ils l'ont soit ressenti dans leur chair, soit leur entourage direct en a été victime.

Solange, une guérisseuse d'Akam Engali, en parle ainsi : « *J'ai commencé de soigner parce que j'ai trop souffert : Jeannine, Germain et Bertrand [ses enfants] ont été malades. Je suis allée chez les guérisseurs avec eux. Pour Jeannine, nous avons commencé à l'hôpital, mais ça n'allait pas, nous sommes allées chez les guérisseurs, mais ça a recommencé. Après cela, on m'a indiqué le remède pour soigner* » (19 décembre 2003).

Si l'on s'intéresse aux positions respectives des soignants envers leurs clients, on remarque la plupart du temps que les infirmiers ne connaissent pas précisément dans leur propre corps les affres de la maladie de leur patient. Dans le cas de l'*UB*, la place de la douleur distingue les

¹²⁴ Voir point 5.4.1. sur les manières de soigner

divers soignants entre eux. Le fait que les guérisseurs aient vécu personnellement l'affection les rapproche des malades et constitue un « lieu d'articulation » avec ces derniers.

Les soignants traditionnels entretiennent peu de relations entre eux, comme le mentionne un guérisseur d'Akam Engali : « *Je ne sais pas comment la femme de mon oncle traite. Nous n'en parlons pas du tout. Il n'y a pas de concurrence, il n'y a même pas de jalousie* » (Germain, 13 novembre 2003). Charles déclare aussi « *Je travaille seul. Je ne cherche même pas les patients, ils viennent seuls. Il n'y a pas de concurrence entre les guérisseurs* » (15 novembre 2003). Un villageois confirme également cela : « *il n'y a pas de concurrence entre eux, mais seulement des spécialités et des degrés de puissance différents* » (Grégoire, 9 novembre 2003).

Chacun essaie à sa manière de soulager les maux de ses patients : « *Quand quelqu'un est malade, je l'aide* » (Yves, 5 décembre 2003).

Lors de la réunion du 5 décembre 2003 à l'hôpital d'Ayos, j'ai pu mesurer le climat entre eux : ils se sont échangés des informations sur leur façon de soigner, ont partagé les difficultés qu'ils rencontraient, dans une perspective de dialogue et d'ouverture. Certains ont montré des photos de leurs patients aux autres, ont fait part de leurs expériences, de leurs interrogations et ont sollicité les conseils de leurs confrères.

5.2. Leurs points de vue étiologiques

Dans cette partie, je vais brièvement exposer les témoignages de divers guérisseurs à propos des étiologies, car ils reprennent les deux catégories d'explications utilisées dans la communauté et qui ont été détaillées plus haut :

D'une part, ils emploient l'étiologie « mystique » :

« *C'est quelque chose d'un peu maléfique, c'est quelqu'un qui met ça dans sa plantation. Il met peut-être les gris-gris sur un fruitier, si vous cueillez le fruit, vous commencez à souffrir de ça* » (un guérisseur d'Emini, 15 novembre 2003). D'autres guérisseurs attribuent également la maladie à une malveillance humaine : « *L'atom est venu comme une épidémie. La gale se soignait vite, mais après quand ça s'aggrave, ça veut dire qu'il y a le mauvais cœur. Maintenant, c'est à partir des gens* » (Un guérisseur de Mbang, 5 décembre 2003) ou « *Nous, les Noirs, on a transformé cette maladie en maladie mystique* » (une guérisseuse de Tomba, 2 décembre 2003). Etienne explique l'atom d'un de ses patients : « *On lui a lancé ça. On lance, ça ne provient pas de l'eau. C'est un ver. Il va sous la peau et ressort ailleurs.*

C'est pourquoi tu l'as quelque part ailleurs. Ce n'est pas de l'eau ou une mouche ou les herbes, ce sont les sorciers. Ils tracent le chemin pour t'atteindre. Ca entre là, ça a plusieurs têtes, ça ressort là » (27 août 2003).

D'autre part, on constate également l'influence de la biomédecine dans les propos de certains soignants traditionnels :

Une guérisseuse (12 novembre 2003) mentionne par exemple : *« Je ne sais pas exactement comment s'attrape la maladie, je ne peux pas déterminer si on la lance ou non. Mais elle débute parfois par une piqûre de taon »*. Cet élément extérieur, provenant de l'environnement naturel, est inspiré par les discours du personnel hospitalier. Germain (13 novembre 2003) explique : *« Moi, je ne sais pas, mais le docteur nous a expliqué que c'est l'ulcère de Buruli, ça vient des cours d'eau qui ne coulent pas vite, c'est pour cette raison que nous attrapons l'atom-là. Puisque moi je ne suis pas sorcier, je ne peux pas croire leur explication. Je pense plutôt à l'explication du docteur. Puisqu'un enfant de 5 ans ne peut pas voler »*. Dans cette citation, on remarque l'impact de la sensibilisation, lorsque Germain mentionne le fleuve, le fait que les enfants ne volent pas et le rôle du médecin.

Ces divers exemples montrent que le thérapeute traditionnel partage les mêmes représentations que ses patients, saisit la maladie par sa dimension culturelle et ne dispose pas d'un savoir étiologique supérieur à ces malades. *« Le domaine populaire inscrit, le plus souvent, les soignants (parents ou guérisseurs) et les soignés dans une homogénéité, ou proximité linguistique, correspondant à un partage de mêmes représentations : même focalisation sur certains symptômes, même interprétation du « principe actif » du médicament, même interprétation d'une possible inefficacité de celui-ci en fonction des composantes de la personne »* (Jaffré 1999 : 55-56). Souvent, la biomédecine oublie cette dimension essentielle pour les malades. *« Le partage d'un savoir populaire commun et d'un savoir populaire spécialisé est une source importante de la légitimité thérapeutique des guérisseurs africains et donne la force d'une évidence partagée à leur propos. C'est par contre un handicap pour l'implantation de représentations inspirées de la biomédecine, surtout quand les entités nosologiques populaires sont très éloignées des catégories nosologiques médicales, tout en recouvrant des symptômes identiques »* (Olivier de Sardan, 1999 : 36). Le guérisseur et les individus de son aire culturelle possèdent les mêmes référents culturels, des conceptions du monde et de la vie en société identiques, car ils sont issus du même environnement socioculturel. Ils ont recours aux mêmes représentations de la maladie,

qui font l'unanimité au sein de la communauté. Cela constitue un fait culturel important et un « lieu d'articulation » entre eux. De plus, la culture médicale ambiante est constituée par les nombreuses interactions entre les malades et les soignants. Le patient peut être influencé par son guérisseur ou par son médecin et inversement : le fait que les guérisseurs ont généralement vécu personnellement l'expérience de l'UB, à travers leurs parents ou dans leur corps, est un élément important qui les rapproche.

5.3. Le problème de l'ulcère défini par les guérisseurs

Pour les soignants traditionnels, qui n'exercent pas cette activité à temps complet, le traitement de l'UB constitue une charge supplémentaire de travail dans leur vie quotidienne : « *J'ai déjà appris qu'on traite à l'hôpital, mais je ne sais pas comment ça se passe. Les patients doivent aller à l'hôpital au lieu de l'indigène : je ne trouve pas d'inconvénients, au contraire, ça me fait me reposer* » (Charles, 15 novembre 2003). Albertine (2 décembre 2003) s'est également plaint de ses conditions de travail : après un dur labeur au champ, elle doit aller chercher les remèdes nécessaires dans la brousse, puis s'occuper de ses patients. Bien que cette fonction n'allège pas le quotidien de ces villageois, ils ont accepté de s'en occuper pour atténuer la peine de leurs concitoyens, comme ils me l'ont mentionné à plusieurs reprises.

D'après les explications qu'ils fournissent sur la maladie, cette dernière est surtout due à la transgression de normes sociales et à la sorcellerie : « *Il faut éviter de voler les affaires d'autrui, ce qui ne t'appartient pas, sinon tu vas tôt ou tard être victime de ça* » (Charles, 15 novembre 2003). Yves va dans le même sens : « *Dans la région d'atom ici, il ne faut pas voler. Il ne faut pas toucher à la femme d'autrui, ne pas faire pipi n'importe où, ne pas faire ses besoins, ne pas cracher n'importe où, parce qu'il y a des zones minées. Quand vous avez des enfants, il faut leur donner des préventifs : on gratte là sur la main [c'est le blindage], car ils sont bêtes, ils pissent et crachent partout* » (15 novembre 2003). En un mot, selon les guérisseurs, le respect de certains comportements aurait un rôle préventif et éviterait d'attraper la maladie.

Leur définition du problème varie donc considérablement par rapport à celle de l'hôpital d'Ayos. En ce qui concerne le premier point exposé ci-dessus, un allègement de leur tâche par la prise en charge hospitalière semble être la solution. Par contre, pour le second point, l'écart est important entre les deux institutions. Cependant, certains éléments pourraient être utilisés

par le personnel médical pour atténuer ces divergences, comme nous l'aborderons à la fin de ce travail.

5.4. Diverses techniques de soins et cures

5.4.1. Leurs manières de soigner

Certains guérisseurs font d'abord un traitement empirique au moyen de plantes pendant quelques jours, pour voir s'il s'agit de l'*atom*, puis ils posent leur diagnostic : « *Le vieux du village est fort, il peut tester pour savoir si c'est déjà la maladie, même si c'est déjà à l'intérieur* » (Villageois d'Adoua, 15 novembre 2003).

D'autres font immédiatement un bilan médical, puis ils évaluent leurs possibilités d'intervention en fonction de leurs capacités. Didier explique : « *quand on arrivait chez un guérisseur, il regardait d'abord la maladie. Si c'était à son niveau, il te traitait. Sinon, il te disait d'aller ailleurs* » (9 novembre 2003). Un autre témoignage corrobore cela : « *le guérisseur reconnaît que c'est l'ulcère quand on amène le malade. Il commence à soigner. S'il voit que ce n'est pas l'ulcère, il te renvoie à l'hôpital : « Va, ce n'est pas l'ulcère ». Il soigne seulement l'ulcère* » (Elie, 25 août 2003). Avant de prendre un nouveau malade, Germain examine aussi s'il est capable de le soigner : « *Je ne discute pas tellement avec les patients. Je regarde si c'est à mon niveau, je traite. C'est à moi de lui dire si je peux traiter ou pas* » (13 novembre 2003). En un mot, si le problème ne correspond pas à ses compétences, le guérisseur peut envoyer le patient chez une autre personne plus apte à le régler¹²⁵.

Les séances de soins se déroulent généralement de la même manière, comme je vais l'exposer cela à travers l'exemple d'une cure chez Albertine, à laquelle j'ai assisté le 2 décembre 2003. Elle se déroulait en plein air, derrière la cuisine des malades. La guérisseuse s'est occupé de trois patients : un homme et deux jeunes filles.

Le patient a d'abord enlevé sa bande, puis l'a déposée à terre¹²⁶. Il a ensuite enlevé les résidus d'herbes pilées, a lavé lui-même sa plaie au moyen de feuilles qui ont bouillies dans une marmite avec de l'écorce¹²⁷. Cette opération se nomme le « massage ». Les jeunes filles ont effectué les mêmes gestes : elle ont enlevé leurs bandes et le remède constitué de feuilles

¹²⁵ Par manque de temps, cet élément n'a pas pu être directement observé sur le terrain, mais il est apparu à plusieurs reprises dans les propos des soignants.

¹²⁶ Voir Annexe 6 : fig. 33

¹²⁷ Voir Annexe 6 : fig. 34 et Annexe 7 : fig. 35

pilées. Des mouches se sont parfois posées sur les plaies. Ensuite, chacune a lavé soigneusement sa blessure. La guérisseuse n'était pas présente à leurs côtés à ce moment-là. Les malades ont donc géré une partie de leur traitement de manière autonome.

Après cela, la guérisseuse est venue préparer le remède : elle a raclé une sorte de "canne à sucre" avec sa machette et badigeonné la plaie du malade¹²⁸. Une patiente a amené les feuilles pilées placées dans d'autres feuilles, que la guérisseuse a ensuite appliqué sur la plaie du malade¹²⁹. Puis, elle a apposé une bande propre, qu'il avait lui-même apportée.

Une des deux patientes, qui était atteinte derrière le genou, a réchauffé le contenu de la marmite, dans laquelle elle a puisé des feuilles pour les presser sur sa blessure (« massage »). Ensuite, elle a remis les feuilles dans l'eau. La guérisseuse s'est approchée de sa patiente et a tâté la plaie avant de s'occuper des soins.

Le mélange de feuilles et d'écorces bouillis peut s'utiliser pendant une semaine, avant d'être changé. En fonction des stades de la maladie (s'il s'agit du début ou de la fin), la guérisseuse utilise des plantes différentes. Elie, qui a été soigné « à l'indigène » puis à l'hôpital, confirme cela : « *on change le remède selon le stade de la plaie ; lorsque la partie blanche n'a pas encore quitté, on fait des bains. Une fois qu'il ne reste qu'une partie rouge [lorsque la chair apparaît], on change le remède* » (25 août 2003).

La fréquence des soins diffère selon les patients et le stade de la plaie : les pansements de l'homme et de la jeune fille atteinte à la main étaient changés tous les jours, car leurs plaies étaient déjà dans une phase avancée. Ceux de l'autre fille étaient changés tous les deux jours.

Germain, guérisseur à Akam Engali, effectue un traitement largement similaire, que j'ai pu observer lors d'une séance de soins, le 9 novembre 2003¹³⁰ : il a nettoyé la blessure de sa patient avec de l'eau tiède, puis il y a apposé une sorte de compresse constituée de deux éléments : une pâte de feuilles pilées placée dans une feuille de bananier. Il a ensuite bandé la plaie.

Quel que soit le guérisseur, le procédé thérapeutique consiste toujours en une préparation phytothérapeutique à base de feuilles et d'écorces. Ces végétaux peuvent différer d'un soignant à l'autre. En général, le traitant va chercher les remèdes le jour des pansements : « *Je prends les feuilles et je les bouille tout de suite. Il y a des périodes où les herbes sont difficiles à trouver comme à la saison sèche : il faut aller vers les marécages. Quand je sais qu'il y*

¹²⁸ Voir Annexe 7 : fig. 36-37

¹²⁹ Voir Annexe 7 : fig. 38

¹³⁰ Voir Annexe 7 : fig. 39-40 et Annexe 8 : fig. 41

aura un pansement, je vais chercher, chaque fois qu'il y a un patient. Si le patient reste à la maison [chez elle] et connaît les plantes, il va chercher lui-même » (Marie-Claire, 30 novembre 2003).

Un guérisseur d'Ayos raconte ses séances de soins¹³¹ : *« On place la marmite au feu, on prend les écorces de l'arbre, que l'on met dedans. Après, on place à terre. On prend le cœur du bananier, on le racle et on le met dans l'eau chaude. Tout cela se fait dans la même marmite. On masse le membre avec la partie du bananier qu'on a raclé. Après, on prend une autre partie du bananier, on fait un tas pour le mettre sur la plaie, un autre pour le mettre dans la marmite pour masser le pied. On prend la partie tendre du bananier comme bande. On fait des trous sur la feuille et on la met sur la plaie. On attache la bande. On refait le pansement tous les deux jours » (25 août 2003).*

En outre, certains guérisseurs imposent des interdits alimentaires et comportementaux à leur patient, comme nous le verrons dans le point 5.4.3.

Bien qu'il y ait différentes explications concernant cette maladie, qu'elle renvoie parfois à des agressions en sorcellerie et à un désordre social, elle se soigne la plupart du temps d'une seule manière : le traitement « à l'indigène » fait rarement recours à des procédés magico-religieux, mais consiste en l'application du remède phytothérapeutique. La cure concerne plutôt le registre symptomatique, met rarement en jeu le registre étiologique et la communauté. Par conséquent, il y a peu d'action rituelle dans son traitement, mais plutôt une action médicale. Cela peut sembler surprenant lorsque les individus mentionnent l'origine « mystique » de l'affection et le nécessaire recours au guérisseur traditionnel. Ackernecht (cité par Zempléni, 1985 : 22) a cependant montré qu'une affection à « causalité naturelle » peut être traitée par une intervention magique et qu'une maladie à « causalité surnaturelle » peut être soignée de manière empirique. De plus, dans le cas de l'*atom*, le thérapeute n'est pas forcément un voyant ou un devin, mais plutôt un simple herboriste. Celui-ci donne du sens en nommant, en confirmant *atom*, mais ne recherche que rarement l'instigateur du mal. Les témoignages suivants illustrent cela : *« Quand le patient arrive, je remarque que c'est l'atom et je commence à soigner. Je commence seulement à traiter. Je n'ai pas besoin de dévoiler le nom de celui qui a fait ça, je ne peux pas. Et surtout, je ne suis pas voyant. Je cherche à tout prix à guérir » (Charles, 15 novembre 2003).* Un autre guérisseur déclare qu'il ne va jamais dire qui

¹³¹ Voir Annexe 8 : fig. 42-46 et Annexe 9 : fig. 47-50

est le "responsable", car il ne veut pas entretenir les tueries ou les vengeances, même s'il est capable de l'identifier : « *Je n'explique pas. Quand il s'agit de l'atom, c'est l'atom ; pas besoin d'expliquer. Les autres maladies, je ne dis rien pour éviter les haines dans la famille. Il faut toujours éviter cela. Quand tu donnes les détails, on peut aller devant la justice pour prouver la vérité* » (Yves, 15 novembre 2003).

Au Zaïre, les praticiens qui se situent dans le registre de la thérapie de purification et d'initiation minimisent ou même évitent l'investigation des relations sociales qui pourraient être la cause de la maladie. Même s'ils sont convaincus qu'un conflit a conduit à la maladie et sont conscients du mode d'investigation par divination, ils préfèrent ne le pas suivre car ils le trouvent dangereux (Janzen 1995 : 223). Dans ce cas-là, les guérisseurs n'examinent pas l'origine de la maladie, ni ne blâment les membres de la famille, mais ils se contentent de soigner. Ces praticiens admettent que l'analyse du conflit ne signifie pas nécessairement la guérison.

Le guérisseur d'*atom* s'intéresse avant tout au corps du patient et à ses symptômes, qu'il s'emploie à faire disparaître. L'unique procédé métaphysique employé dans les soins consiste en un blindage, une sorte de vaccination qui protège l'individu¹³². Cependant, les guérisseurs m'ont peut-être caché certains procédés rituels dans le traitement de l'*atom*. La pharmacopée pourrait par exemple avoir une dimension et une efficacité symbolique, car selon Fainzang (1990 : 858), les éléments empiriques et les éléments symboliques des remèdes sont souvent étroitement liés. De même, le rétablissement pourrait consister à avouer sa "faute" au guérisseur, comme c'est le cas dans certains rituels (par exemple dans le Mevungu chez les femmes béties, qui est un rite purificateur et protecteur, dans lequel reconnaître son erreur a une fonction de purification) (Vincent 2001 : 32-39). Or, personne n'a mentionné cela dans le traitement traditionnel de l'*atom* et, comme nous le verrons dans la partie sur les relations entre guérisseurs et patients, il y a peu de dialogue entre eux. La brièveté du terrain et le problème de la langue ne m'ont peut-être pas facilité l'accès à ce type d'informations, aux rapports de forces ou aux conflits sociaux entre les individus.

Cependant, les conclusions de Deffo (Ibid : 23-24) vont dans le sens de mes observations : les guérisseurs de la région d'Ayos et d'Akonolinga n'ont pas recours à des procédés ésotériques pour le diagnostic ou pour le traitement de l'*atom*, mais à une pratique curative empirique

¹³² Ce procédé sera explicité dans le point 5.4.4.

basée sur des remèdes phytothérapeutiques. De plus, dans son étude, les soignants se sont déclarés inaptes devant des maladies liées à des envoûtements ou à des sortilèges.

En conclusion, le fait que la maladie soit plutôt soignée de manière empirique et technique rapproche les guérisseurs de l'hôpital et constitue un « lieu d'articulation » avec ce dernier, comme nous le verrons au point 5.7.

5.4.2. Le prix du traitement

Les avis à propos du prix du traitement sont controversés entre les guérisseurs et les malades.

D'après leurs propres dires, les soignants traditionnels ne semblent pas exiger un lourd paiement : « *Je demande un prix à titre symbolique : une machette et un peu d'argent. Après la guérison, je ne demande qu'une machette* » (Charles, 15 novembre 2003) ou encore « *Si le patient est reconnaissant, c'est lui qui donne. Seulement la machette et quelque chose pour manger* » (Germain, 9 novembre 2003). Un autre guérisseur mentionne : « *J'ai vu comment les gens étaient malades, je suis allé chercher les remèdes, mais je n'ai jamais été malade. Je ne demande pas d'argent, parfois de la nourriture* ». D'autres déclarent ne rien exiger : « *Je ne demande rien quand je soigne. Quand vous êtes guéris, vous donnez quelque chose pour récompenser le guérisseur, du savon par exemple* » (Marie-Claire, 30 novembre 2003). D'autres soignent uniquement pour alléger la souffrance de leurs semblables : « *Si tu viens comme ça, j'ai pitié de toi, je soigne pour rien* » (Solange, 19 décembre 2003) ou « *Je ne demande pas d'argent, j'aide seulement les gens* » (un guérisseur de Ngoumensseng, 5 décembre 2003).

En un mot, ils semblent exercer cette activité sans en tirer de profit.

Or, d'après les patients, le prix est parfois élevé chez certains guérisseurs, qui peuvent demander des objets courants comme une marmite, un sceau, une machette, une lime. Le soignant de Bertrand (2 novembre 2003) avait par exemple demandé une marmite, une machette, 25'000.- CFA¹³³, de la nourriture et de la boisson. Il a évalué le coût de son traitement à 40'000.- CFA. Un autre guérisseur lui a demandé de la nourriture, à boire, une machette et 5000.- CFA. D'autres demandent uniquement de l'argent.

¹³³ 400.- CFA équivalent à 1.- suisse. A titre comparatif, 1 litre de pétrole pour s'éclairer pendant 5 jours coûte 200.- CFA à Ayos ; un trajet en « moto-taxi » d'Akam Engali à Ayos coûte 1000.- CFA. 25'000.- CFA est donc une somme importante pour une famille ou un individu.

Elie raconte : « *si tu ne peux pas donner ce qu'il demande, il peut faire que la plaie recommence. Le guérisseur m'avait dit : « Si tu blagues avec moi... »* » (25 août 2003). Fainzang (1985 : 111), qui s'est intéressée à la place du dispensaire dans les itinéraires thérapeutiques des Bisa du Burkina Faso, a constaté que le guérisseur est payé à la fin du traitement, une fois la guérison obtenue ; aucune contestation n'est envisageable, sauf à encourir le risque pour le patient récalcitrant de retomber malade.

Solange parle du prix occasionné par sa cure : « *Chez lui, on paie le montant qu'il indique pour le traitement, plus les éléments dont il aura besoin, comme par exemple payer le transport pour qu'il aille chercher les écorces* » (11 août 2003).

Mais le traitement peut aussi être bon marché : Fernand me donne l'exemple de sa sœur guérisseuse, « *qui ne prend pas l'argent. Ce n'est qu'après la guérison, vous venez de vous-même et proposez quelque chose. Elle n'a jamais fixé un prix* » (3 novembre 2003).

Divers cas de figures sont donc possibles par rapport au prix des soins chez les guérisseurs : ils peuvent être payants, gratuits ou selon le bon vouloir des patients. Certains guérisseurs exigent un salaire sous forme matérielle (des produits alimentaires ou des ustensiles de cuisine) ou financière, d'autres ne demandent rien. Le malade peut s'acquitter du paiement au début ou à la fin du traitement selon les conditions fixées par le traitant.

Si l'on compare avec l'hôpital, on constate que le traitement n'est pas forcément plus économique chez les soignants traditionnels.

5.4.3. Des interdits alimentaires et comportementaux

Deux sortes d'interdits sont imposés par les guérisseurs à leurs patients durant le traitement : des restrictions alimentaires et des restrictions comportementales, qui varient en fonction de chaque traitant.

Elie raconte son expérience chez le guérisseur : « *En arrivant chez le tradipraticien, la première chose qu'il te dit, ce sont les interdictions. Tu discutes avec lui, il te donne les conditions et tu décides si tu restes* » (25 août 2003).

Au niveau alimentaire, le patient est soumis à un certain régime : il ne doit pas manger certaines nourritures comme de la viande et du poisson crus ou frais. Solange, infirmière à Ayos, confirme les interdits en vigueur chez les guérisseurs : « *On ne doit pas manger des aliments crus. Le poisson et la viande fumés peuvent être consommés, mais pas sous une*

autre forme » (11 août 2003). La viande de rat et la viande de porc, les feuilles de macabo, des arachides non grillées sont prohibées chez certains soignants. Les patients ne doivent pas manger des choses sucrées et des aliments qui ont de l'eau (canne à sucre, ananas, bananes), des denrées grasses (comme de l'huile), ce qui a été frit (comme par exemple des beignets).

Elie explique les raisons des diverses interdictions (25 août 2003) : « *les feuilles de macabo mal préparées produisent des démangeaisons. La plaie va alors gratter. Le poisson a une odeur, qui va descendre et former du pus sur la plaie. La viande a de la graisse, ce qui va entraîner la pourriture de la plaie. Le blanc de la plaie ressemble à celui de la graisse. Les arachides non grillées ont une odeur, ce qui fait penser et peut former le pus. Les sucreries sont prohibées, car elles détériorent la plaie (des trous apparaissent comme lorsque le sucre fond). Les aliments contenant beaucoup d'eau comme la canne à sucre ou l'ananas sont proscrits, car de l'eau risque de s'écouler de la plaie, ce qui va mouiller les bandes* ». Les propos d'une autre patiente complètent ceux d'Elie : « *Toute nourriture fraîche est interdite, comme la viande, le poisson et les œufs, l'huile de palme, car ça empêche de soigner et la plaie deviendra comme la chair de l'animal mangé : molle et donc ne cicatrisera pas* » (Patricia, 25 juillet 2003). L'apparence extérieure de la plaie est donc comparée aux différents aliments et à leurs propriétés. Elle permet aussi au guérisseur de voir si les interdits ont été transgressés, comme plusieurs soignants et malades l'ont déclaré.

En ce qui concerne les interdits comportementaux, les patients ne doivent pas cultiver (c'est-à-dire creuser la terre), ni casser de concombre ou décortiquer des arachides. Les rapports sexuels entre hommes et femmes sont interdits durant le traitement. Ils ne doivent pas toucher quelqu'un, c'est-à-dire le saluer avec la main, ni s'installer à la même place que des personnes saines : « *Si vous êtes atteints d'atom, si vous vous asseyez sur une chaise, une autre personne ne doit pas s'asseoir, surtout ici, quand c'est au village. Le malade doit avoir son banc à lui* » (Marie-Claire, 30 novembre 2003). Ils doivent avoir une assiette et une cuillère personnelle et si possible dormir seuls. Louise évoque les différentes prohibitions : « *Avant, on enfermait les enfants malades à la maison, pendant que les parents allaient en brousse. On mettait l'enfant à l'écart. Tu mangeais seul, pas de poisson, ni de porc. Il y a les interdits que le nganga te donne comme par exemple les feuilles de macabo. On ne peut pas serrer la main de quelqu'un, tu dois dormir seul, car parfois tu ne peux plus soulever le pied, les enfants dans la nuit peuvent t'étouffer* » (26 novembre 2003). Les informateurs ne connaissaient pas les raisons de ces différentes prohibitions.

Certains guérisseurs n'imposent aucun interdit : « Il mange tout quand je soigne. Même s'il est marié, il peut toujours entretenir ses relations. Ma maman m'avait expliqué tout ça lorsqu'elle m'a donné le remède. [Pourquoi certains ont des interdits et d'autres pas ?] La maman m'a donné ça simplement. D'autres peut-être leur arrière-grand-père a laissé des traditions et ils doivent les suivre » (Germain, 9 novembre 2003).

Il y a aussi des interdits imposés au guérisseur, qui "souffre" en quelque sorte avec le malade : il ne doit pas avoir de rapports sexuels avec son conjoint durant le traitement, c'est-à-dire jusqu'à ce que la plaie soit guérie ou seulement le jour du pansement. L'impureté de son partenaire peut le souiller et contaminer le malade. Mireille déclare qu'« il n'y a pas d'interdits chez moi, mais des interdits pour moi : ne pas toucher l'homme » (12 novembre 2003). D'après les dires de certains informateurs, les jeunes refusent souvent de se spécialiser dans le traitement de l'UB, à cause de ces restrictions.

Les avis des parents de malades ou d'anciens malades divergent à propos des interdits alimentaires et comportementaux. Bertrand donne son opinion sur ces pratiques : « *Je n'en sais rien, quand on mange bien, on prend du poids, on a du sang, la santé va bien. Pour les relations, je ne sais pas* » (2 novembre 2003). Ces arguments sont généralement fournis par le personnel soignant, qui a sensibilisé la population aux problèmes liés à une mauvaise alimentation, qui affaiblit par exemple le système immunitaire. Les habitants commencent à prendre en considération ces raisonnements et à les intégrer dans leurs propos.

5.4.4. Le blindage : une protection et un pouvoir

Le blindage est une sorte de « contre-danger » ou de « vaccination » (Didier, 9 novembre 2003), qui protège et prévient contre la maladie. Les villageois disent que « *quand tu es déjà blindé, tu arrives dans un champ, tu touches, rien ne peut t'arriver* ». Il permet d'éviter d'attraper la maladie ou d'avoir une rechute : « *La personne qui te traite te vaccine pour que tu ne sois plus atteint de cette maladie. Quand on t'a bien vacciné, tu ne peux plus l'avoir une deuxième fois* » (Elisabeth, 3 novembre 2003).

Le procédé est le suivant : le guérisseur fait des entailles avec une lame de rasoir sur différentes parties du corps de son patient : le front, la nuque, les reins, les chevilles, les mains, derrière les genoux, comme l'a expliqué Christian (29 novembre 2003), puis il dépose une poudre et des herbes sur cette blessure. Selon les conceptions locales, cette pratique protège tout le corps de la personne, car les différentes substances (poudre et végétaux) entrent dans le sang. Le blindage semble différent pour une personne qui n'a jamais été malade : « *pour le non malade, c'est au niveau des mains. On blesse avec une lame, on met le produit et les herbes* » (Grégoire, 10 novembre 2003). Il s'agit alors d'un blindage simple, au niveau des mains et des poignets.

Le blindage peut s'effectuer avant ou après le traitement : « *quand tu as fini le traitement, le guérisseur t'accompagne chez toi et te blinde. Après cela, l'homme sorcier peut être à côté de toi, rien ne t'arrivera* » (Olivier, 27 novembre 2003). Mais selon d'autres informateurs, le « vaccin » ne se fait qu'une seule fois dans une vie, à tout âge, mais de préférence aux enfants. Philippe mentionne que « *ce sont les grands guérisseurs qui font ça, ce sont surtout des vieilles dames. Elles se font rares, surtout depuis que les Blancs sont venus dire que l'UB n'est pas la chose des Noirs* » (19 novembre 2003).

Certains guérisseurs effectuent cette opération, d'autres ne le font pas, car ils ne la connaissent pas : « *Les gens qui m'ont donné le remède ne m'ont pas indiqué comment blinder* » (Solange, 19 décembre 2003).

Selon un guérisseur, le « vaccin » a deux rôles :

- celui de protéger la personne contre la maladie, avec une conception du type : « *Je suis malade, je guéris et on me blinde, ça ne me touchera plus jamais* » (Elie, 25 août 2003)
- celui de donner le pouvoir et l'accès, c'est-à-dire la possibilité de protéger son patrimoine et de transmettre la maladie à d'autres personnes : « *La personne blindée peut aussi protéger ses*

biens, déposer l'atom dans son champ. Mais c'est le traitant qui peut lui donner cette force, car lui-même la possède. Mais pas tous les soignants ne l'ont. Les guérisseurs du village ont seulement la puissance de soigner. Mais ils peuvent aussi déposer la maladie sur leurs biens. Quand tu soignes, tu peux aussi poser sur tes biens. Quand le guérisseur te donne cela de bon cœur, tu peux aussi le faire » (Yves, 15 novembre 2003) ou « Si tu es vacciné, on t'a mis ça, tu peux le mettre dans ton champ » (Rose-Marie, 29 novembre 2003).

« Si on se fait blinder, on est sûr d'être protégé, mais selon les puissances. Parce que certaines personnes peuvent être blindées, mais avec une petite puissance. Les puissances du blindage diffèrent. Celui qui est très puissant, c'est celui qui a d'abord été malade, qui a attrapé la maladie. Il s'est fait soigner et on l'a blindé. Donc celui là, il est déjà très puissant comparativement à moi, qui n'ai jamais attrapé la maladie, mais qui suis blindé. Donc là, nous avons déjà deux puissances différentes » (Grégoire, 10 novembre 2003). Robert évoque les mêmes choses : « lorsque quelqu'un a déposé l'atom dans son champ, une autre personne, qui a été blindée, peut venir et jeter de la boue sur le fétiche, ce qui annule l'effet. Puis il remet le fétiche en place. Si le propriétaire y touche, il peut attraper la maladie » (28 novembre 2003). La personne blindée peut donc retourner l'atom contre le propriétaire du champ : il ne faut pas forcément avoir été malade pour avoir ce pouvoir, le fait d'avoir été blindé suffit. « Chez nous, quand un ancien malade attache quelque chose, soit des feuilles autour d'un arbre fruitier, nous savons que si vous venez vous aventurer, vous pouvez attraper » (Huissier de justice, 21 novembre 2003). Les cas de rechutes sont expliqués de la manière suivante : l'« homme sorcier » est alors plus puissant que le blindage ou alors la personne n'a pas été blindée après le premier traitement, car « on peut finir de soigner sans blinder ». Dans une telle situation, l'ancien malade peut attraper la maladie plusieurs fois. Mais elle peut aussi recommencer parce qu'elle n'a pas été bien soignée (Grégoire, 10 novembre 2003).

Une grande variété d'explications sont donc fournies pour ce procédé. Les malades ou leurs proches trouvent des justifications aux événements dramatiques et aux échecs. Selon eux, une personne qui a vécu l'expérience pathologique de l'atom a un ascendant sur ces congénères : elle est à la fois protégée et peut transmettre la maladie. Cet élément non négligeable pourrait être exploité par le personnel hospitalier, comme nous le verrons en conclusion de ce travail.

Au Zaïre, Janzen (1995 : 223) donne l'exemple de voyants-guérisseurs qui ajoutent des rites brefs de clôture à leurs cures pour désigner la purification du malade et la fin de la maladie. Ces rites purificateurs persistent au fil du temps, car les soins médicaux occidentaux

manquent d'une clôture identifiable. En effet, les patients ne savent souvent pas ce qui s'est produit dans leur corps et, bien que cliniquement « guéris », ils peuvent continuer à se considérer comme malades, pollués et ayant besoin d'être purifiés.

Aux yeux des patients, le blindage remplit cette fonction, car il met un terme à l'épisode pathologique par une pratique qui protège la personne.

5.5. Obstacles et mesures pour résoudre le problème

Les obstacles et les mesures pour résoudre le problème sanitaire de l'*UB* sont divergents entre l'hôpital et les guérisseurs, notamment en ce qui concerne l'appréciation de la durée des soins, les interdits alimentaires et comportementaux, le blindage.

La durée des soins est un élément important de distinction entre l'hôpital et les guérisseurs. Elle n'est pas forcément fondamentale dans la définition du problème selon les soignants traditionnels. En effet, ces derniers n'ont jamais mentionné cet élément comme étant un obstacle au traitement ou une piste pour le résoudre. Ils abordent la question de la durée lorsqu'ils font référence à l'hôpital ou à l'origine de l'affection¹³⁴, définissent la temporalité en fonction de la nature de la maladie qui tend à s'enraciner dans le corps. En effet, l'aspect extérieur de la pathologie agit comme un indicateur temporel pour eux : les signes visibles comme « la tête », « le blanc » leur donnent une indication chronologique.

La plupart des guérisseurs avec qui j'ai eu des contacts, estiment que le traitement est plus rapide chez eux : « *A l'hôpital, ça va aussi, mais ça dure. A l'indigène, pour que le blanc quitte, ça prend 2-3 semaines, ça laisse de grandes plaies, mais ça va vite* » (Albertine, 2 décembre 2003). Un autre guérisseur donne son avis sur les soins biomédicaux : « *Apparemment, c'est efficace, mais c'est un peu long, les greffes, c'est un peu long. Si on enlève l'embryon, ça va vite* » (Yves, 15 novembre 2003). Mais d'autres considèrent le traitement biomédical plus rapide : « *Je vois à l'hôpital, c'est très vite, parce qu'on enlève d'abord ce qui est dur, ça passe vite* » (Marie-Claire, 30 novembre 2003).

Certains estiment que les soins sont plus rapides chez eux, mais ils reconnaissent qu'ils ne peuvent éviter certaines conséquences : « *Au village, ça va vite. La maladie elle-même qui prend la partie, ça quitte vite et il ne reste que la plaie. Mais je vois qu'à l'hôpital, ça va*

¹³⁴ Comme nous l'avons constaté dans le chapitre 4, les acteurs locaux attribuent une « origine mystique » à la maladie si elle met beaucoup de temps pour être guérie. La durée permet donc de déterminer le type d'*atom*. C'est ce type d'*atom*, et non la durée, qui est considéré comme un obstacle à la guérison.

mieux, car ils évitent l'infirmité, alors que moi, au village, je ne peux pas éviter l'infirmité. Allez à l'hôpital, c'est mieux, car on fait trop des études. Tandis que chez moi, je ne connais rien » (Mireille, 12 novembre 2003).

D'après eux, un obstacle important au succès du traitement est le respect des interdits alimentaires et comportementaux. En effet, si les prohibitions ne sont pas suivies, c'est-à-dire que le malade les transgresse, l'affection peut s'aggraver ou recommencer : « *Manger des viandes fraîches fait évoluer la blessure plus vite, ça nourrit la maladie, qui prend de l'ampleur* » (Yves, 6 novembre 2003, guérisseur). De même, « *si le guérisseur n'a pas donné de ses propres mains et avec un bon cœur, tu ne peux pas guérir* » (Elie, 25 août 2003).

Or le personnel médical, qui voit défiler des patients avec des carences alimentaires et dans des états d'affaiblissement avancés, lutte avec détermination contre les interdits alimentaires et aimerait que les guérisseurs abandonnent de telles conceptions et pratiques. Il s'agit d'un point important de divergence entre les deux instances sanitaires.

Les guérisseurs expliquent également les rechutes par la sorcellerie ou par des degrés différents de puissance, notamment par rapport au blindage. Ce dernier, selon les conceptions locales que nous avons découvertes plus haut, peut aider à résoudre le problème en protégeant la personne, mais il peut aussi être inefficace si l'adversaire a plus de pouvoirs. Selon les guérisseurs, cette pratique a donc un rôle à jouer dans la conclusion de l'épisode pathologique, même si elle n'est pas toujours efficace.

5.6. Rapports des guérisseurs avec les acteurs locaux

5.6.1. Malades et parents de malades

Le trouble s'inscrit dans une durée, une trajectoire, qui ne peut être régie par un schéma idéal du type « symptôme – diagnostic – traitement – guérison (ou mort) », mais qui induit de nombreuses conséquences résultant notamment d'une interaction prolongée des malades avec les soignants. Parfois, les patients insatisfaits du traitement abandonnent la cure chez un soignant au profit d'un autre. Parfois, ils séjournent chez le guérisseur ou ne s'y rendent que pour bénéficier des soins : « *Lorsque quelqu'un est loin, tu restes là, dans le cadre de sa concession. Parfois, il y en a qui préfèrent être à la maison, chez lui et venir au traitement après deux jours* » (Grégoire, 10 novembre 2003). Une guérisseuse raconte que « *des patients sont restés ici même une année. Une famille logeait à Akam Assi. D'autres dormaient à la*

maison [chez elle] » (Marie-Claire, 30 novembre 2003). Chez Albertine par exemple, les patients ont une cuisine pour eux et dorment dans sa maison. Une fois le malade soigné, le guérisseur peut l'accompagner à son domicile, puis il mange avec la famille de son patient pour fêter en quelque sorte la guérison (Robert, 28 novembre 2003).

Les relations entretenues entre les guérisseurs et les malades sont du type « patient-spécialiste » ou « patient-parent-spécialiste » : les adultes ou les parents de malades consultent un guérisseur pour eux-mêmes ou pour leur enfant. Ce sont des formations dyadiques ou triadiques basées sur une relation relativement symétrique, dont il résulte un contexte de dialogue plus égalitaire. De plus, comme nous l'avons vu plus haut, le guérisseur n'a pas un savoir supérieur à ses patients en matière d'étiologie, ce qui le met sur un pied d'égalité.

Les rapports peuvent être amicaux (Albertine discute et plaisante avec les malades qui vivent chez elle, comme j'ai pu l'observer lors d'une séance de soins le 2 décembre 2003). Mais parfois, il n'y a pas de dialogue entre eux : « *A l'indigène, le guérisseur ne m'a pas expliqué la maladie, n'a pas discuté avec moi* » (Georgette, 18 novembre 2003). Jacques évoque les relations qu'il entretient avec sa guérisseuse : « *La femme-là, elle est compliquée. Elle ne te dit rien. Si tu peux rentrer, elle ne te prévient pas à l'avance, elle te dit le jour-même : « Va ». Si elle te dit de partir avant que tu ne sois guéri, c'est que tu vas mourir. Elle sait, mais elle ne dit pas. Elle voit dans les rêves. Elle te dit quel remède prendre et comment. Elle parle en parabole* » (27 novembre 2003).

En outre, les modalités de la prise en charge transforment le patient en acteur de sa santé : participation aux soins (il défait lui-même son pansement, nettoie sa plaie), choix et observance des traitements. L'action thérapeutique a lieu sur la base d'un accord sur le diagnostic fondé sur des renseignements partagés et un même environnement culturel, ce qui rapproche les guérisseurs et les malades.

Les rapports sont donc de différentes natures, mais basées sur une relation symétrique. De plus, le séjour chez un guérisseur est un milieu de vie familier au patient, car il fait partie de son environnement culturel et social. Il lui permet justement de ne pas quitter ce cadre et rend sa famille plus indépendante qu'à l'hôpital, car la présence d'un garde-malade n'est pas forcément nécessaire.

Cependant, comme nous l'avons constaté dans les itinéraires thérapeutiques, les relations entretenues avec les soignants ne sont pas un élément déterminant dans le choix du thérapeute.

5.6.2. Un enjeu : une collaboration envisagée avec l'hôpital

Les guérisseurs se sont montrés plusieurs fois favorables à une coopération avec l'hôpital : « *Je vois à l'hôpital, c'est très vite, parce qu'on enlève d'abord ce qui est dur. Je peux accepter une collaboration avec l'hôpital* » (Marie-Claire, 30 novembre 2003).

Ils sont conscients des avantages que pourrait apporter une répartition des tâches : « *Si le patient va premièrement à l'hôpital qui enlève la partie blanche, mon traitement finit très vite. Donc je pourrais être en collaboration avec l'hôpital* » (Germain, 13 novembre 2003). Un guérisseur s'est par exemple déplacé spontanément avec moi à l'hôpital après notre première entrevue, car il voulait assister aux séances de soins, voir quelles étaient les techniques utilisées. Le « superviseur-lèpre » lui avait également promis du travail dans l'infrastructure médicale, ce qui l'a incité à m'accompagner. Ce jour-là, deux infirmiers s'occupaient de changer les pansements des malades. Le guérisseur a observé et posé quelques questions. Il a comparé les produits utilisés par le personnel biomédical à ses plantes et constaté des vertus similaires. Cependant, un des infirmiers a condamné les méthodes de soins traditionnelles. Par ses propos et son comportement autoritaire, il a créé un rapport de pouvoir, qui a abouti à une interaction mouvementée entre les deux individus. Ce malencontreux échange a pu décourager le guérisseur d'une future collaboration.

Un autre soignant traditionnel m'a raconté une interaction qu'il a eue avec le docteur : « *J'ai demandé au docteur pourquoi ça revenait et il m'a dit que c'est comme le palud. Moi, j'ai constaté qu'il y a la peau dure et une partie blanche. Si tu n'enlèves pas tout, ça recommence. Le docteur nous a dit de ne plus dire qu'on lance ça* » (Germain, 13 novembre 2003). Dans cet exemple, on constate un rapport hiérarchique et autoritaire qui s'installe souvent entre le personnel hospitalier et les soignants traditionnels. Le guérisseur a accepté l'explication et les directives du docteur sans remettre en cause leurs positions respectives.

Un autre guérisseur évoque un échange de compétences dans les termes suivants : « *Nos ancêtres ne connaissaient pas soigner cette maladie. Nous, nous savons à peu près. Dans la plupart des cas, ça se soigne 2 mois chez moi, au maximum 6 mois. J'utilise des herbes et des écorces. C'est comme le laboratoire, les antibiotiques chez vous. Je ne dénigre pas votre*

médecine. Un mélange entre les antibiotiques et les plantes serait optimal. Je suis intéressé à la collaboration avec l'hôpital » (Léon, 26 novembre 2003). D'autres témoignages vont dans le sens d'une association : « Je suis intéressé à travailler avec l'hôpital. Si je peux soigner gratuitement 2-3 jours par semaine » (Yves, 15 novembre 2003).

Certains guérisseurs ont commencé à collaborer, mais de manière unilatérale : « *Le docteur nous a parlé et quand le patient arrive, je dois l'envoyer à l'hôpital. C'est pourquoi il n'y a plus de patients ici » (Germain, 9 novembre 2003).*

Cependant, d'autres ne voient aucun inconvénient à ce que l'hôpital reprenne leurs patients : « *Je travaille seul. Je ne cherche même pas les patients, ils viennent seuls. Il n'y a pas de concurrence [entre guérisseurs]....Oui, j'ai déjà appris qu'on traite là-bas [à l'hôpital], mais je ne sais pas comment ça se passe. Les patients doivent aller à l'hôpital au lieu de l'indigène : je ne trouve pas d'inconvénients, au contraire, ça me fait me reposer » (Charles, 15 novembre 2003).*

D'une manière générale, les guérisseurs sont ouverts à une collaboration avec l'infrastructure sanitaire d'Ayos, quels que soient les termes de cette association ; il n'y a donc pas de concurrence entre eux et l'hôpital.

Deffo (2004 : 24) aboutit aux mêmes conclusions dans son étude : le département du Nyong et Mfoumou n'est ni un terrain de lutte, ni un champ de confrontation entre la « médecine moderne » et la « médecine traditionnelle ».

De telles constatations s'avèrent donc encourageantes pour l'hôpital d'Ayos et la coopération qu'il envisage avec les acteurs locaux.

5.7. Un « lieu d'articulation » avec la biomédecine : un traitement symptomatique soustractif

La manière de soigner des guérisseurs, qui est principalement "mécanique", va dans le sens du traitement biomédical, car elles s'attachent chacune à *enlever* la partie affectée.

En effet, les modèles étiologiques de l'affection et les traitements symptomatiques convergent sur certains points entre la biomédecine et les guérisseurs. Dans les deux cas, le modèle étiologique de base est un modèle additif dans lequel l'affection est vécue comme la pénétration d'une entité ennemie et étrangère dans l'organisme du malade sous la forme d'une substance (virus, germe, microbe, substance sorcellaire) ou d'un corps allogènes, comme l'indique par exemple une patiente : « *je me dis que c'est un vers qui reste sous la peau »*

(Laplantine, 1986 : 108). Dans le modèle étiologique additif, une des causes de la maladie peut-être l'action attribuée à un sorcier sous forme d'agression : on « lance » la maladie, « ça t'attrape », c'est un « sort » qui pénètre par effraction dans le corps, comme nous l'avons vu dans le chapitre 4.

Il s'agit donc d'une adjonction : le malade souffre de quelque chose en plus et la maladie est perçue comme une positivité ennemie. Par conséquent, les représentations interprètent l'expérience pathologique en termes d'intrusion d'un "objet dans le corps", d'infection mycobactérienne (pour la biomédecine), de possession extérieure (pour la population et les guérisseurs).

Selon Laplantine (Ibid : 110), la représentation médicinale ou rituelle est rigoureusement inverse par rapport à la représentation causale : l'action thérapeutique consiste alors à extraire, retrancher l'élément nuisible. Dans notre cas, le guérisseur a pour tâche d'enlever la partie intruse au moyen de plantes, de purifier et d'éventuellement protéger l'ancien malade grâce au blindage. L'ennemi intérieur doit être attiré vers la périphérie, il faut lui ouvrir un chemin, le déloger. On constate cela dans les termes de certains villageois et guérisseurs, qui décrivent la demande d'expulsion de la maladie de la manière suivante : « *Pour détacher de la chair, c'est un petit machin qui entre là et ne fait que bouffer la chair. Il faut enlever la racine* » (Yves, 6 novembre 2003). Un autre guérisseur mentionne : « *Il faut que le blanc-là quitte* » (Germain, 13 novembre 2003) ou « *A l'indigène, on pose des herbes qui vont sucer le venin, si on peut dire ça. Si les herbes ne parviennent pas à faire sortir le venin on ne peut pas soigner* » (Philippe, 12 novembre 2003).

Les guérisseurs expliquent l'évolution de la maladie et leurs techniques de soin ainsi : « *Quand ça sort, un petit bouton, c'est très dur, quand c'est percé, ça évolue et la maladie est dedans. Quand tu commences à mettre le remède, ça s'agrandit et la maladie commence à quitter tout seul* » (Solange, 19 décembre) ou en d'autres termes : « *On pose l'écorce sur la tête, ça commence à s'ouvrir, dès que ça s'ouvre, on prend les herbes puis on pose les herbes dessus. Si le blanc ne veut pas quitter avec les écorces et les herbes, je coupe avec une lame* ». (une guérisseuse de Nyazé, 12 novembre 2003). L'emploi de verbes tels que « détacher », « enlever », « faire sortir », « quitter », « sucer » illustre une action médicale soustractive dans laquelle le remède phytothérapeutique permet d'expulser la partie contaminée.

Pour leur part, les soins hospitaliers font recours à la chirurgie, qui est la figure archétypale de la thérapie de l'extraction avec une intervention de manière instrumentale (inciser, couper, extirper, rapiécer, puis refermer) (Laplantine, 1986 : 112). Le témoignage précédent montre que l'on retrouve parfois cela chez certains guérisseurs. Pour le médecin, l'ulcère dessine également une figure additive de l'affection, c'est-à-dire une positivité indésirable (une mycobactérie, *Mycobacterium ulcerans*), qui appelle une intervention chirurgicale extractive : la partie contaminée et les tissus nécrosés doivent être enlevés.

Le traitement est donc basé sur une thérapie soustractive à la fois chez les guérisseurs et à l'hôpital : « *On se trouve en présence du groupe de représentations soustractives à caractère allopathique chaque fois que le traitement prescrit, loin de viser à favoriser un processus évacuatif naturel, que l'on considère en lui-même comme thérapeutique, cherche à exterminer par extériorisation une maladie* » (Laplantine, 1986 : 200).

Nous avons donc un « lieu d'articulation » entre la biomédecine et les guérisseurs, une ressemblance au niveau des modèles étiologiques en partie¹³⁵ et au niveau des modèles thérapeutiques. Elle peut faciliter le passage d'un type de soignant à un autre, d'une représentation à une autre et pourrait être pris en compte et intégrée dans les messages de sensibilisation.

En résumé de ce chapitre, les guérisseurs partagent de nombreux éléments avec les patients : les représentations de la maladie, la souffrance endurée, les techniques de soins et de protection qui sont connues et reconnues par les malades, la vie quotidienne. La médecine traditionnelle dispose donc de ressources au plan humain, matériel et représentationnel qu'elle puise dans la communauté, car elle y est immergée.

De plus, le fait que les soignants ont souvent connu personnellement la maladie et veulent épargner la souffrance de leurs semblables, qu'ils ne se placent pas dans un rapport concurrentiel entre eux et avec l'hôpital (ils n'hésitent pas à déléguer le traitement de certains patients lorsqu'il outrepassé leurs compétences), montre qu'ils ne sont pas des « charlatans » comme l'ont pensé certains acteurs biomédicaux.

¹³⁵ La correspondance se fait seulement sur l'idée d'un "corps étranger" qui a pénétré dans l'organisme du malade.

En un mot, la médecine traditionnelle peut être une source pour la biomédecine, mais pour cela, il faut que les préjugés et les idées reçues cèdent le pas à un réel désir d'établir une relation de confraternité, dans une perspective de partenariat et non de hiérarchie et de domination. Comme nous l'avons vu, il y a des rapprochements possibles entre la biomédecine et les guérisseurs, mais il y a aussi des points de divergences (notamment dans la définition du problème, dans les pistes et les obstacles pour le résoudre) qu'il serait intéressant d'atténuer ou d'intégrer pour permettre une collaboration. Cette dernière est assurément envisagée du côté des soignants traditionnels.

Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons découvert différentes façons d'envisager la question de l'*UB*, nous avons aperçu des « lieux d'articulation » entre ces diverses approches, qui atténuent la frontière entre les groupes d'acteurs et facilitent peut-être le passage d'une catégorie de soignant à l'autre, d'une conception à une autre. Ces éléments communs pourraient faire office de ponts et être exploités pour améliorer la lutte contre cette maladie.

En effet, les représentations sont basées de part et d'autre sur une étiologie additive, qui nécessite des techniques de soins soustractives ; la description empirique des symptômes est relativement similaire entre les acteurs, qui emploient chacun un seul terme pour nommer l'affection et dont la traduction ne pose aucun problème aux uns et aux autres (*UB = atom*).

De plus, les trois groupes d'acteurs entretiennent des relations directes (lors d'un séjour chez le soignant ou lors de campagnes informatives) ou indirectes (tout le monde parle de l'affection dans la région d'Ayos ; des chercheurs, qui représentent en quelque sorte l'institution sanitaire, vont enquêter auprès de la population). Ces rapports sont temporaires et transitoires la plupart du temps, mais permanents entre les guérisseurs et les malades (car ils partagent le même environnement socioculturel et font parfois partie de la même famille). Ils ont un impact sur les définitions et les perceptions du problème selon les divers groupes.

Les itinéraires thérapeutiques et les propos des acteurs locaux ont montré que les divergences entre les représentations des malades et celles du système sanitaire ne constituent pas nécessairement un problème au niveau des pratiques. Les explications populaires n'entrent pas forcément en ligne de compte dans les agissements des malades. Au contraire, d'autres facteurs (géographiques, financiers, influence de l'entourage, expérience passée) interviennent. La plupart du temps, les individus ne peuvent suivre un traitement pour des raisons structurelles et conjoncturelles : ce ne sont pas leurs croyances, leurs habitudes ou leurs conduites qui doivent être mises en cause, mais les conditions de vie dont ils sont généralement victimes.

De plus, nous avons constaté des modifications progressives des explications causales et des discours sur les comportements à avoir face à la maladie. En effet, le système étiologique local a en partie intégré le discours diffusé par l'institution médicale d'Ayos. La portée des campagnes informatives a été perceptible dans les propos des informateurs, mais aussi dans

les pratiques (à Akam Engali, il n'y avait par exemple plus de malades). Cela montre le caractère dynamique des diverses explications et des conduites.

Il est important pour la biomédecine d'être attentive à cela, car généralement, dans les programmes de santé, les représentations populaires sont perçues comme quelque chose de fixe, auxquelles on impute la responsabilité des comportements des patients. Certes, le fond des représentations reste passablement stable, mais de nouveaux apports viennent en partie les transformer et les enrichir : la frontière entre les diverses conceptions est donc perméable. Par là, on rejoint la notion de « modules » d'Olivier de Sardan (1999 : 27-28).

En résumé, les étiologies locales, qui mettent la maladie en lien avec des relations interpersonnelles de jalousie et de sorcellerie, avec des procédés protégeant le patrimoine, ne semblent pas influencer prioritairement les recours et les pratiques thérapeutiques, ni jouer un rôle central dans les démarches curatives. Elles peuvent très bien exister à côté de "pratiques pragmatiques", contrairement à la définition initiale de la situation faite par les acteurs biomédicaux.

Nous avons aussi constaté qu'au sein de l'infrastructure hospitalière, la façon d'envisager le problème de l'*UB* a subi quelques transformations. En effet, l'hôpital est passé d'une politique relativement autocratique à une politique intégrative : au départ, les acteurs locaux, c'est-à-dire les guérisseurs et les habitants, s'occupaient eux-mêmes du traitement de l'*UB* ; puis *ALES* est arrivé et s'est approprié ce problème de santé publique, car la situation était assez dramatique. L'ONG a développé la lutte contre cette maladie et a voulu faire accepter sa manière de percevoir et de définir cette question sanitaire. Elle a mis en place une politique de lutte centralisée, dans laquelle les guérisseurs étaient initialement perçus comme des concurrents. Mais progressivement, elle a dû transformer sa manière d'envisager la situation et son discours sur cette dernière, prendre davantage en considération les acteurs locaux pour améliorer son combat. Actuellement, elle souhaite passer à une politique de décentralisation où les guérisseurs sont envisagés comme des collaborateurs.

Les trois groupes d'acteurs n'ont pas joué le même rôle et n'ont pas eu le même pouvoir dans la définition du problème. En outre, ils n'ont pas été confrontés aux mêmes enjeux : l'institution médicale, dont l'ampleur du travail a été reconnue récemment par l'*OMS*¹³⁶, a eu

¹³⁶ Un atelier international de formation sur la prise en charge de l'*UB* a été organisé par l'*OMS* à Yaoundé en juillet 2004. Il a établi des recommandations reposant sur des expériences faites au Cameroun, notamment en ce qui concerne la thérapie post-opératoire et les soins de réhabilitation.

des objectifs à atteindre à tous les niveaux (local, national, mondial); les guérisseurs ont perdu du pouvoir à cause de l'implication de l'hôpital, mais leur enjeu était surtout personnel et local. Par contre, les habitants d'Akam Engali espèrent un centre de santé dans leur localité, ce qui aura un impact au niveau local et régional.

L'institution sanitaire d'Ayos semble aller dans le bon sens en se montrant de plus en plus accessible aux malades, c'est-à-dire en faisant disparaître certains obstacles au traitement, en informant les habitants et en prônant la collaboration à tous les niveaux. Les conditions d'hospitalisation (facilitées pour les malades de l'UB) et les campagnes de sensibilisation ont incité les patients à se rendre à l'hôpital. Dans le rapport d'activités de prise en charge de l'UB à l'hôpital d'Ayos, 107 nouveaux cas d'ulcère ont été dénombrés en 2003, ce qui représente une augmentation de 58 % de cas par rapport à 2002. Selon le Dr. B., cette augmentation est le signe de la confiance et de la satisfaction qu'ont procurés les soins aux acteurs locaux¹³⁷. Par conséquent, mettre en place les conditions pour que les malades puissent se rendre à l'hôpital et y séjourner, montrer la réussite du traitement, semblent être les meilleurs moyens d'avoir un impact sur les conduites.

L'interaction prolongée des malades avec les différents types de soignants et les services sanitaires, due à la nature de l'affection, a eu pour effet de responsabiliser les patients face à l'UB. Mais l'infrastructure hospitalière devrait encore aller plus loin en impliquant davantage les acteurs locaux, en les rendant actifs dans ce combat. En effet, ils pourraient devenir des ambassadeurs pour les autres. Comme nous l'avons vu dans les chapitres 4 et 5, les anciens malades ont un certain pouvoir¹³⁸ et par conséquent, un rôle à jouer : de par leur expérience, ils peuvent sensibiliser les personnes nouvellement affectées, les inciter à aller à l'hôpital, les rassurer sur le traitement biomédical et donner leur avis en cas de doutes. Les exemples d'itinéraires thérapeutiques ont également souligné l'impact de l'expérience et des conseils d'un tiers dans les choix sanitaires.

Le personnel soignant a bien conscience de la fonction que peuvent avoir les anciens patients en agissant en sensibilisateurs : lors d'une réunion à l'hôpital d'Ayos, le 5 août 2003, un infirmier a proposé de les transformer en messagers sanitaires, habilités à identifier les nouveaux sujets atteints par l'ulcère. De plus, selon les résultats de l'enquête CAP (Umboock

¹³⁷ Il faudrait mener une enquête auprès des acteurs locaux pour en savoir plus à ce propos.

¹³⁸ Grégoire mentionne cela dans les termes suivants : « *Celui qui est très puissant, c'est celui qui a d'abord été malade, qui a attrapé la maladie* » (10 novembre 2003). En outre, au sein de la communauté, on attribue aux anciens malades la faculté de guérir et de transmettre l'atom, ce qui leur confère une certaine puissance aux yeux de leurs semblables.

2003 : 8), la principale source d'information au sujet de la maladie est la famille : 57 % des répondants connaissent la maladie grâce à leurs proches. Le Dr. B. a déclaré à ce sujet : « *Dans le cadre de la prévention ou de l'organisation de la prise en charge de la maladie, les parents devront être considérés comme des relais d'information et à ce titre doivent disposer d'assez d'information sur la maladie* ». Aujoulat (2003 : 757) aboutit à des conclusions identiques : « *the most reliable source of information regarding any treatment option is someone who has had the disease and was successfully cured. [...]The potentially most appropriate people to convey health education messages about Buruli ulcer are the patients themselves after successful treatment at the health care centre, as they were unanimously considered a reliable source of information* ».

D'autres études sur la maladie en Afrique (Janzen 1995 : 130) ont constaté la nécessité d'établir une communication entre l'entourage et les autorités médicales, car les parents ne comprenaient pas forcément la maladie exprimée dans les termes de l'hôpital. Cela entraînait souvent une mauvaise compréhension et des malentendus.

En ce qui concerne l'*UB*, un ancien malade peut jouer ce rôle d'intermédiaire. Cela a déjà été en partie mis en place à l'hôpital d'Ayos par la présence et le rôle actif de M. C, qui est un ancien malade dont les enfants ont aussi souffert de l'affection. Cet homme est bien connu et bénéficie d'un fort audit dans la communauté.

Pour l'infrastructure sanitaire d'Ayos, il serait également profitable de s'intéresser aux rapprochements possibles, aux enjeux de la rencontre entre pratiques et savoirs distincts, de se focaliser sur les « lieux d'articulation » et sur les caractéristiques communes. Ces éléments partagés pourraient servir à améliorer la lutte et pourraient peut-être contribuer à référer des cas au sein de l'hôpital. En effet, au lieu de s'opposer aux conceptions locales, de dire qu'elles sont mensongères ou erronées, les acteurs biomédicaux pourraient s'y intéresser sincèrement. Ainsi, ils ne décourageraient pas les individus dans leurs croyances en la sorcellerie, ne dénigreraient pas le savoir local.

Vecchiato (1997 : 195), dans son article sur la tuberculose en Ethiopie, cite un auteur, (Stone 1992), aboutissant au même type de conclusions : « *rather than considering local beliefs as obstacles to the implementation of control programs, they should be taken into account for effective communication between biomedical personnel and health-seekers* ». D'après Vecchiato (Ibid : 196), la communauté doit participer de manière active aux programmes de contrôle de la tuberculose : les points de convergence et de divergence des approches

traditionnelles et biomédicales doivent être pris en compte, être reconnus et intégrés dans les programmes nationaux pour aboutir à un dialogue entre les deux perspectives.

En ce qui concerne la lutte contre l'UB, les informations devraient être transmises des deux côtés : le personnel soignant s'occuperait d'instruire, mais devrait aussi se renseigner et se montrer ouvert aux conceptions et pratiques locales. En effet, l'hôpital pourrait s'approprier une partie du savoir, prendre en compte les concepts culturels spécifiques sur la maladie, notamment la distinction entre un « *atom mystique* » et un « *atom simple* ». Il pourrait déclarer par exemple qu'il peut soigner l'« *atom mystique* », mais en surface (avec un discours du type : "*on peut le diagnostiquer, car il revient, on sait alors que c'est l'« atom mystique » ; on peut contribuer à savoir plus vite si c'est l'« atom mystique » ou l'« atom simple »*"). Ce genre de propos aurait également un effet préventif : "*on peut vous aider à dépister l'«atom mystique»*".

Aujoulat (2003 : 757) a fait de telles recommandations dans son étude sur l'UB au Bénin : «*People should be encouraged to present at the health care centre in the first place so as to eliminate a possible natural cause of the disease. Only in a second stage, if the disease could not be healed by modern medicine, should they turn to the traditional healers* ».

Actuellement, l'hôpital d'Ayos devrait donc passer à une phase supérieure : impliquer davantage, partager et transférer les connaissances, accentuer les points communs, élaborer une nouvelle manière de traiter le problème de l'UB : il s'agirait d'aller dans le sens d'une création, ne pas imposer une définition, mais combiner les différentes approches. Comme l'a mentionné le Dr. B. (3 août 2003), « *il faut responsabiliser et intégrer les individus et leurs connaissances, attitudes et pratiques dans les politiques sanitaires* ». L'infrastructure biomédicale ne pourra pleinement susciter l'adhésion des populations que de cette manière. Pour cela, il faudrait aboutir à une définition, puis à une répartition des tâches pour chaque acteur social, arriver à une complémentarité des systèmes thérapeutiques et à une optimisation des pratiques. Certains guérisseurs spécialisés s'occuperaient par exemple de rétablir l'équilibre social lorsque cela s'avèrerait nécessaire, protégerait la personne de toute nouvelle attaque en sorcellerie, tandis que le milieu hospitalier soignerait le corps biologique du malade. Le thérapeute traditionnel devrait donc être pleinement introduit dans les soins hospitaliers. Son savoir serait par exemple utilisé pour résoudre et calmer les éventuels conflits sociaux et l'anxiété. Cela requiert la mise en place d'un programme de collaboration, qui doit être évalué après plusieurs mois de fonctionnement.

Au Zaïre (Janzen 1995 : 235-241), un pluralisme médical de complémentarité règne au niveau populaire : les malades peuvent consulter légitimement tous les systèmes à propos d'une seule maladie. Les guérisseurs réfèrent des cas à d'autres praticiens lorsqu'ils trouvent le traitement plus approprié. Par contre, les praticiens européens ont tendance à envoyer des patients uniquement à leurs collègues.

Certes, dans le cas de l'*atom*, il serait objectivement préférable que l'hôpital s'occupe seul du traitement de la maladie, mais il pourrait employer des guérisseurs pour se consacrer à certaines tâches, comme par exemple le blindage. En effet, pour l'instant, le monde médical ne peut s'occuper du domaine préventif, car le mode de transmission de *Mycobacterium ulcerans* n'a pas été identifié. Par contre, les guérisseurs pourraient se charger de ce volet grâce au blindage, qui agirait comme une stratégie préventive. Cette pratique pourrait être intégrée dans le programme de lutte contre l'*UB* et permettrait aux acteurs biomédicaux de valoriser une technique locale. Si cette "protection" ne fonctionnait pas, son échec pourrait être expliqué par les représentations populaires : "*La personne qui a lancé la maladie possède un degré de puissance supérieur à celui du guérisseur, ce qui a entraîné une rechute*". De même, l'hôpital pourrait inciter les gens à consulter les guérisseurs en cas de doutes, qui constateraient s'il s'agit de l'*atom*. Ensuite, ils enverraient les patients à Ayos. Les soignants traditionnels pourraient ainsi s'occuper de la détection précoce des cas au même titre que les centres de santé.

En résumé, chaque partie référerait des cas : les guérisseurs lorsqu'ils seraient confrontés à leurs limites¹³⁹, l'hôpital qui enverrait des patients chez les guérisseurs pour qu'ils se fassent protéger d'une future attaque en sorcellerie. Dans le chapitre 5, nous avons vu que les guérisseurs n'hésitaient pas à renvoyer des malades si le problème n'était pas de leur ressort. Le transfert de cas aux soignants traditionnels les impliquerait dans la lutte et permettrait aux acteurs biomédicaux de leur témoigner de la confiance.

L'exemple de la quête de la guérison au Bas Zaïre (Ibid : 228-230) a montré qu'en ne reconnaissant pas les conflits sociaux comme faisant partie de la maladie, la médecine occidentale avait renforcé dans l'esprit des gens l'idée de la nature fermée et limitée de cette médecine à son seul champ de compétence. Le soulagement des symptômes était recherché au dispensaire ou à l'hôpital, par contre, la purification et l'imputation étiologique s'obtenaient chez le *nganga*. Les patients quittaient l'hôpital la nuit pour se rendre chez le *nganga*, pour assister à des réunions de parents, avec le consentement des soignants africains. La médecine

¹³⁹ Il faudrait alors définir avec eux quelles seraient ces limites.

occidentale était placée dans un système de références. Le *nganga* envoyait des patients à l'hôpital ou au dispensaire dans les cas sans composante sociale ou psychologique sérieuse ou pour des cas plus compliqués quand il avaient terminé leur thérapie.

De même, l'étude de Van der Werf et al. (1990) sur la conformité des patients au traitement de la tuberculose au Ghana (mentionnée par Vecchiato 1997 : 196), a montré que les programmes verticaux de contrôle de cette maladie ont généralement échoué dans leurs objectifs par manque de compréhension de l'environnement socioculturel local.

En intégrant tous les acteurs locaux dans la lutte contre l'*UB*, la plupart des enjeux pourraient être réalisés : les guérisseurs soigneraient en partie leurs semblables et seraient reconnus pour cette action, le village d'Akam Engali continuerait d'être un "village-pilote" avec par exemple la mise en place de cette répartition des tâches, l'hôpital d'Ayos serait un exemple au niveau national et mondial par l'instauration d'une telle collaboration.

Finalement, bien que le problème soit défini de manière différente entre les trois groupes d'acteurs, les pratiques peuvent changer sans que la richesse des conceptions locales ne soit affaiblie. Ces deux choses ne sont pas opposées. Comme l'évoque Benoist (1996 : 149), « *la source du mal est ailleurs : dans la pauvreté et non pas dans la culture* ». Le problème principal est plutôt de savoir « *comment les réponses pratiques que donne la médecine occidentale à la maladie physique peuvent-elles être combinées avec les réponses sociales, émotionnelles et mystiques plus profondes de la médecine africaine, sans exacerber les attentes des malades individuels ?* » (Janzen 1995 : 240).

Bibliographie

Ouvrages d'anthropologie :

AUGE Marc, HERZLICH Claudine (éds.)

1984.- *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie.*- Paris : Editions des archives contemporaines. - 278 p. - (Ordres sociaux)

AUGE Marc

1984.- "Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement" ; in : Marc AUGÉ, Claudine HERZLICH (éds), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, p. 35-91. – Paris : Editions des archives contemporaines. – 278 p. - (Ordres sociaux)

BARE Jean-François

1995.- *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France.* – Paris : Karthala. – 282 p. – (Hommes et sociétés)

BARLEY Nigel

1982.- *Un anthropologue en déroute.*- Paris : Petite Bibliothèque Payot/Voyageurs ; rééd. 1994.- 260 p.

1994.- *Le retour de l'anthropologue.*- Paris : Petite Bibliothèque Payot/Voyageurs , rééd. 1995.- 220p.

BENOIST Jean

1996.- "Une médecine ou des médecines ? A propos de la dimension culturelle de la maladie" - *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 30, p. 147-159

1997.- "Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ?" - *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* 1-2(26), p. 10-14

BONTE Pierre, IZARD Michel (dir.)

1992.- *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie.*- Paris : Presses universitaires de France.- 755p.

DEFFO Modeste, UMBOOCK Alphonse

2004.- *Interprétation de l'ulcère de Buruli par les populations d'Ayos et d'Akonolinga dans la Province du Centre au Cameroun.*- Yaoundé : Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse, Bureau régional pour l'Afrique.- 28 p.

DEFFO Modeste

2002.- *Analyse anthropologique des campagnes de sensibilisation pour la prévention des IST/SIDA au Cameroun. Le cas de Njombé et de Baham.*- Yaoundé : Université de Yaoundé I.- 114 p.

DROZ Yvan

1993-1994.- "Errances thérapeutiques dans les collines".- *Ethnologica helvetica* (Berne) 17/18, p. 481-504

1994.- "Esprits, sorts et pièges au Burundi : esquisse d'une typologie des causes du malheur" ; *in* : *Anthropos, International Review of Anthropology and Linguistics*, vol. 89 ; p. 200-207

EVANS-PRITCHARD Edward Evan

1972.- *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*.- Paris : Gallimard.- 642 p. – (Bibliothèque des sciences humaines)
[Trad. de *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, 1937]

FAINZANG Sylvie

1985.- "La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina" ; *in* : Nicole SINDZINGRE, *Anthropologie, sociétés et santé*, p. .- Toulouse : Erès.- 207 p. – (Sciences sociales et santé : vol. III, n. 3-4)

1985.- "Le temps des causes : réflexion sur la pensée étiologique des Bisa du Burkina Faso"- *L'Ethnographie* (Paris) 2, p. 187-196

1990.- "De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie" ; *in* : *Encyclopaedia universalis*, Symposium 1, p. 853-860

FAVRET-SAADA Jeanne

1986.- *Les mots, la mort, les sorts : la sorcellerie dans le Bocage*.- Paris : Gallimard.- 427p.

FISIY Cyprian F., GESCHIERE Peter

1991.- "Sorcery, witchcraft and accumulation : regional variations in South and West Cameroon" – *Critique of Anthropology* 11 (3), p. 251-278

FOSTER George M.

1976.- "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems" - *American Anthropologist*, p. 773-781

GOOD Byron J., GOOD Mary-Jo Delvecchio

1993.- "Au mode subjectif : la construction narrative des crises d'épilepsies en Turquie" - *Anthropologie et sociétés* (Québec) 17 (1-2), p. 21-42

GRUENAIIS Marc-Eric

1995.- "Anthropologie médicale appliquée : connaissances, attitudes, croyances et pratiques" ; *in* : Jean-François BARE, *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*, p. 179-220.- Paris : Karthala.- 282 p. (Hommes et sociétés)

HAUSMANN-MUELA Susanna, MUELA RIBERA Joan, TANNER Marcel

1998.- "Fake malaria and hidden parasites – the ambiguity of malaria" - *Anthropology & Medicine* 5 (1), p. 43-61

HAUSMANN-MUELA Susanna, MUELA RIBERA Joan, NYAMONGO Isaac
2003.- *Health-seeking behaviour and the health system response.*-

HUBERT Annie

1995.- "Anthropologie et recherche biomédicale : de quoi parle donc l'anthropologie médicale ?" ; *in* : Jean-François BARE, *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*, p. 221-239.- Paris : Karthala.- 282 p.
(Hommes et sociétés)

JACOB Jean-Pierre

1988.- "Les usages de la maladie et l'exemple africain du sida" - *Ethnologica helvetica*
(Berne) 17/18, p. 191-199

JAFFRE Yannick

1999.- "La maladie et ses dispositifs" ; *in* : Yannick JAFFRE et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (dir.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, p. 41-68.- Paris : Puf.- 374 p. – (Les champs de la santé)

JANZEN John M.

1995.- *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre.*- Paris : Karthala.- 288 p.
[Trad. de *The quest for therapy in lower Zaire*, 1978]

KADYA TALL Emmanuelle

1985.- "Le contre-sorcier haalpulaar, un justicier hors-la-loi : étude de la dynamique du système thérapeutique des haalpulaaren (Sénégal)" – *Sciences Sociales et Santé*
(Toulouse) III, 3-4, p. 129-150

KLEINMANN Arthur

1978.- "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems" -
Social science and medicine (New York) 12, p. 85-93

KOUMARE Baba

1994.- "Médecine traditionnelle, ressources communautaires et psychiatrie au Mali" –
Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie 2, p. 13-19

LABURTHE-TOLRA Philippe

1981.- *Les seigneurs de la forêt : essai sur le passé historique, l'organisation sociale et les normes éthiques des anciens Beti du Cameroun.*- Paris : Publications de la Sorbonne.-
490p.

1997.- *Ethnologie, Anthropologie* – Paris : PUF.- 412p.

LAPLANTINE François

1986.- *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans les sociétés occidentales* - Paris : Payot.- 411 p.-
(Sciences de l'homme)

LEVI-STRAUSS Claude

1958.- *Anthropologie structurale* – Paris : Plon, p. 183-225 [Le sorcier et sa magie ; L'efficacité symbolique]

LOCK Margaret, SCHEPER-HUGHES Nancy

1990.- "A critical-interpretive approach in medical anthropology : rituals and routines of discipline and dissent", in : Thomas M. JOHNSON, Carolyn F. SARGENT (eds), *Medical anthropology : a handbook of theory and method*, p. 47-72. – New York : Greenwood Press. – 479 p.

MALLART-GUIMERA Luis

1985.- "Le discours étiologique d'un guérisseur evuzok" - *L'ethnographie* 95-97, p. 45-64

POOL Robert

1994.- "On the creation and dissolution of ethnomedical systems in the medical ethnography of Africa" - *Africa, Journal of the International African Institute* 64 (1), p. 1-20

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre

1994.- "Possession, affliction et folie : les ruses de la thérapisation" - *L'Homme* 131, juillet-septembre, XXXIV (3), p. 8-16<

1995.- "La politique du terrain : sur la production des données en anthropologie" - *Enquête* 1, p. 71-109

1998.- "Emique" - *L'Homme* 147, p. 151-166

1999.- "Les représentations des maladies : des modules ?" ; in : Yannick JAFFRE et Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (dir.), *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, p. 15-39.- Paris : Puf.- 374 p. – (Les champs de la santé)

2004.- "Pour une médecine de proximité et de qualité en Afrique. Politiques de santé à l'abandon"- *Le Monde diplomatique*, février.-

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc

1995.- *Manuel de recherche en sciences sociales*.- Paris : Dunod.- 290 p. -

REYNOLDS WHYTE Susan

1989.- "Anthropological approaches to african misfortune. From religion to medicine", in Anita JACOBSON-WIDDING, David WESTERLUND, *Culture, Experience and Pluralism : Essays on African Ideas of Illness and Healing*, p. 289-301. - Uppsala, Stockholm : Almqvist and Wiksell. – 308 p. – (Uppsala studies in cultural anthropology; 13)

RIVIERE Claude

1995.- *Introduction à l'anthropologie*.- Paris : Hachette Supérieur.- 158 p. -

ROSSI Illario

1997.- "L'anthropologie médicale entre théorie et pratique"- *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* 1-2 (26), p. 2-9

RUEDIN Laurent

2002.- "Santé publique et sens commun : ethnographie d'une campagne de vaccination de masse au Nord Mozambique"- *Tsantsa, revue de la société suisse d'ethnologie* 7, p. 76-84

SINDZINGRE Nicole (dir.)

1985.- *Anthropologie, sociétés et santé*.- Toulouse : Erès.- 207 p. – (Sciences sociales et santé : vol. III, n. 3-4)

TITI NWEILL Pierre

1996.- "Le visage actuel du paganisme : réflexion d'un anthropologue camerounais sur la "religion traditionnelle" et ses survivances"- *Sociétés africaines et diaspora* (Paris) 2, p. 5-19

VECCHIATO Norbert L.

1997.- "Sociocultural Aspects of Tuberculosis Control in Ethiopia" - *Medical Anthropology Quarterly* 11 (2), p. 183-201

VIDAL Laurent

1996.- *Le silence et le sens : essai d'anthropologie du sida en Afrique*.- Paris : Anthropos.- 270 p.

VINCENT Jeanne-Françoise

2001.- *Femmes beti entre deux mondes : entretiens dans la forêt du Cameroun*.- Paris : Karthala.-

ZEMPLANI Andras

1985.- " La « maladie » et ses « causes »"- *L'Ethnographie* (Paris) 96-97 ; p. 13-44

Ouvrages sur l'ulcère de Buruli :

AHOUA Laurence

2002.- Facteurs de risques de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête réalisée en août 2001.- Paris : Faculté de Médecine de Créteil. –

AUJOULAT Isabelle [et al.]

2003.- "Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer southern Benin."- *Tropical Medicine and International Health* 8(8), p. 750-759

BOISEVERT H.

1977.- "L'ulcère cutané à Mycobacterium ulcerans au Cameroun".- *Bulletin Soc Pathol Exot* 70 , p. 125-131

BUNTINE John, KIMBALL Crofts (dir.)

2001.- *Ulcère de Buruli : prise en charge de l'infection à Mycobacterium ulcerans*.- Genève : Organisation Mondiale de la Santé.- 72 p.

JAMES K. D., TIGNOKPA N.

2003.- " L'ulcère de Buruli dans la préfecture du Zio".- *Rapport pour la 6^{ème} réunion du groupe consultatif spécial de l'OMS sur l'ulcère de Buruli, 10-13 mars.*- Genève : Organisation mondiale de la santé.-

KINGSLEY ASIEDU [et al.]

2000.- *Ulcère de Buruli : infection à Mycobacterium ulcerans.*- Genève : Organisation Mondiale de la Santé.- 118 p.

MACCALLUM P.

1948.- "A new mycobacterial infection in man."- *Journal of Pathology and Bacteriology* 60, p. 93-122

PORTAELS Françoise, JOHNSON Paul, WAYNE M. Meyers (dir.)

2001.- *Ulcère de Buruli : diagnostic de l'infection à Mycobacterium ulcerans.*- Genève : Organisation Mondiale de la Santé.- 92 p.

RAVISSE P. [et al.]

1975.- "Une affection méconnue au Cameroun : l'ulcère à mycobactérie"- *Medecine Tropicale* 35, p. 471-474

STIENSTRA Y. [et al.]

2002.- "Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer in Ghana".- *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 67(2), p. 207-213

UMBOOCK Alphonse [et al.]

2003.- *Enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations d'Ayos et d'Akonolinga sur l'Ulcère de Buruli.*- Berne, Yaoundé : Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse. – 20 p.

2004.- *Rapport annuel d'activités de prise en charge de l'Ulcère de Buruli dans les districts de santé d'Ayos et Akonolinga, 2003.*- Yaoundé : Bureau Régional pour l'Afrique, Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse. – 14 p.



Fig. 1 : Répartition géographique de l' UB dans le monde (Kingsley et al. 2000 : 10)

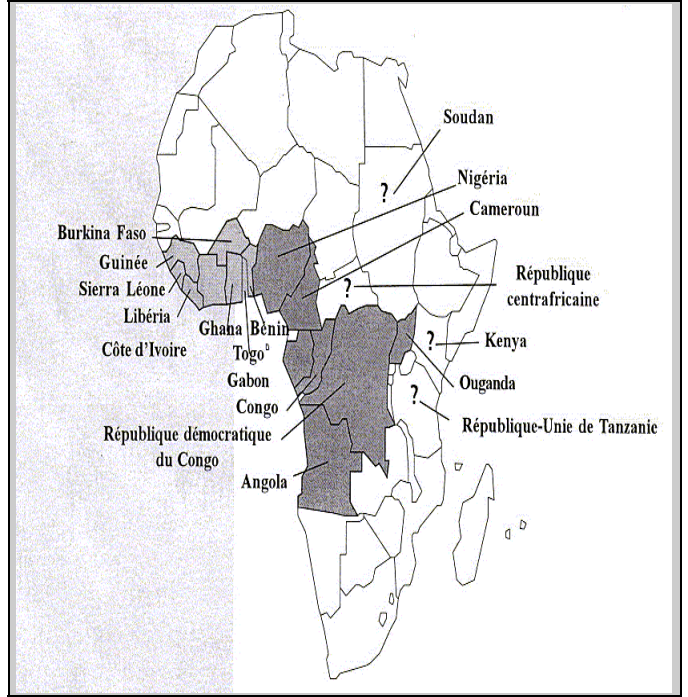


Fig. 2 : Répartition géographique de l' UB en Afrique (en foncé = avant 1980 ; en clair = après 1980) (Kingsley et al. 2000 : 10)

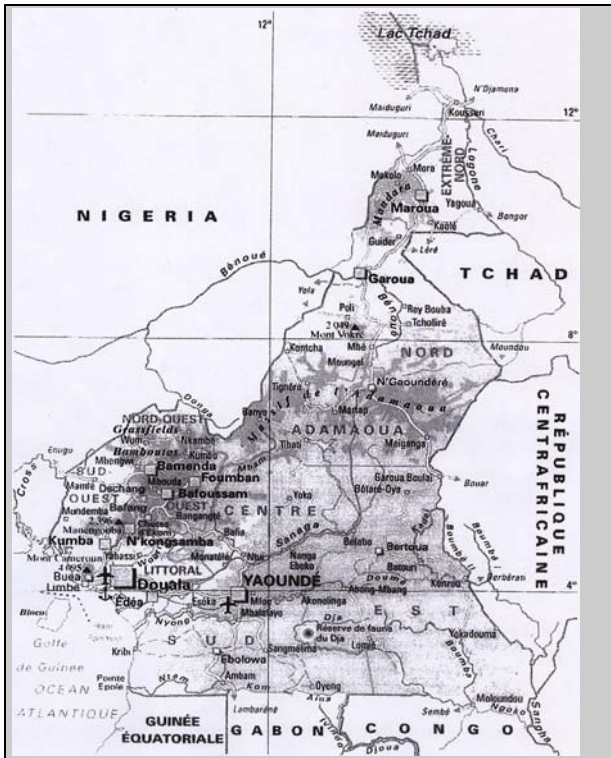


Fig. 3 : Carte du Cameroun



Fig. 4 : L'hôpital d'Ayos au loin (au premier plan, l'école d'infirmiers) (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 5 : Un bâtiment désaffecté à Akam Engali, qui servira peut-être de centre de santé (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 6 : Panneau indicatif au centre du village d'Akam Engali (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 7 : Un jeune patient à l'hôpital d'Ayos avec une ankylose à la jambe droite (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 8 : La route menant à Akam Engali avec deux maisons d'habitations



Fig. 9 : Enfants à l'hôpital d'Ayos, apprentissage de la lecture (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 10 : Forme clinique de la maladie : papule
(Buntine et al 2001 : 8)



Fig. 11 : Forme clinique de la maladie : œdème
(Buntine et al. 2001 : 8)



Fig. 12 : Forme clinique de la maladie : nodule
(Buntine et al. 2001 : 8)



Fig. 13 : Forme clinique de la maladie : œdème
(Buntine et al. 2001 : 8)



Fig. 14 : Forme clinique de la maladie : plaque
(Buntine et al. 2001 : 8)



Fig. 15 : Forme clinique de la maladie : ulcère
(Buntine et al. 2001 : 9)



Fig. 16 : Opération chirurgicale enlevant les
tissus nécrosés (salle d'opération de
l'hôpital d'Ayos) (Photo de l'auteure
2003)



Fig. 17 : Nettoyage de la plaie dans la salle
des pansements à l'hôpital d'Ayos
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 18 : Un patient devant le dortoir des malades (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 19 : Un patient dans la salle des pansements, après avoir subi une greffe de peau aux jambes (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 20 : Un infirmier au travail dans la salle des pansements (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 21 : Deux patients avec la case de passage sur le côté et au fond la nouvelle cuisine pour les malades (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 22 : Une infirmière au bloc opératoire avant une opération (Photo de l'auteur, 2003)



Fig. 23 : Les bâtiments en rénovation (Photo de l'auteur, 2003)

FORMES CLINIQUES

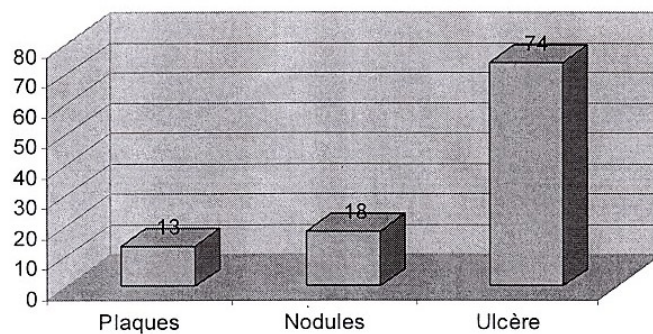


Fig. 24 : Tableau des formes cliniques de la maladie indiquant le nombre de patients se rendant à différents stades à l'hôpital d'Ayos (Umboock 2004 : 6)

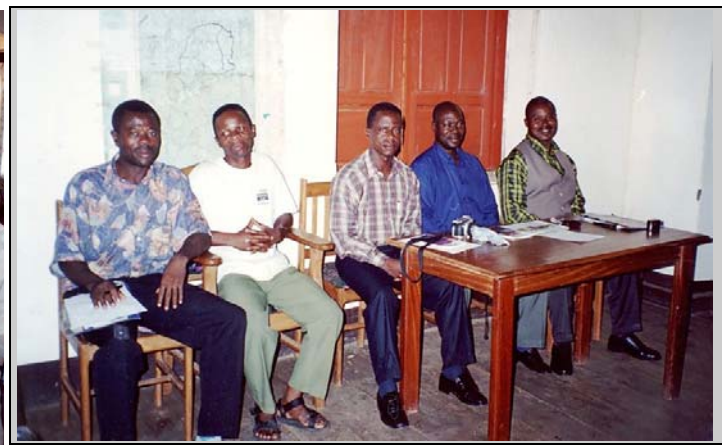


Fig. 25 : Réunion entre le personnel médical de l'hôpital d'Ayos et les guérisseurs : les guérisseurs présents (Photo de l'auteure : 2003)



Fig. 27 : Nouvelle cuisine pour les malades avec leur ration alimentaire quotidienne (Photo de l'auteure, 2003)

Fig. 26 : Réunion entre le personnel médical de l'hôpital d'Ayos et les guérisseurs : le personnel soignant (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 28 : Les malades en train de plier des bandes de gaze dans la salle des pansements de l'hôpital (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 29 : Atom ou feuille de palmier plantée dans un champ, sur laquelle on a fait des nœuds, pour écarter les éventuels voleurs (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 30 : Autre manière de déposer l'atom : le « fétiche » est attaché à un tronc d'arbre (Photo de l'auteure ; 2003)



Fig. 31 : *Atom* sous forme de feuille de bananier attachée à un tronc d'arbre
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 32 : Détail de l'*atom* planté dans un champ
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 33 : Traitement d'un patient : il défait lui-même son bandage
(au premier plan, une marmite contenant des feuilles et de l'écorce pour le remède)
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 34 : Deuxième partie du traitement : le patient enlève les résidus d'herbes pillées sur sa plaie
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 35 : Ecorce et feuilles bouillies
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 36 : La guérisseuse nettoie la plaie avec la chair d'une racine
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 37 : La racine utilisée pour désinfecter la plaie
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 38 : La guérisseuse dépose le remède à base de feuilles pillées sur la plaie
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 39 : Traitement d'une patiente chez un guérisseur à Akam Engali : sa plaie
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 40 : Le guérisseur avec le remède fait d'herbes pillées qu'il place dans une feuille de bananier (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 41 : Patiente avec la compresse sur sa plaie, avant le bandage.
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 42 : Un guérisseur en train de cueillir les feuilles nécessaires au traitement de son jeune patient
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 43 : Marmite sur le feu contenant des écorces pour le traitement (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 44 : Marmite avec les écorces et les plantes
(Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 45 : Le guérisseur lave la plaie de son patient au moyen de feuilles (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 46 : Une fois la plaie lavée, le guérisseur s'apprête à la désinfecter (Photo de l'auteure, 2003)

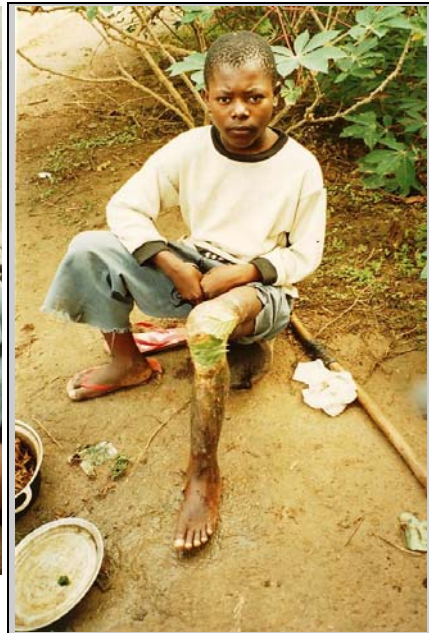


Fig. 47 : Le guérisseur utilise les écorces qui ont bouillies pour désinfecter la plaie (Photo de l'auteure, 2003)

Fig. 48 : Une feuille fraîche est ensuite apposée sur la plaie (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 49 : Le guérisseur termine son traitement par un bandage (Photo de l'auteure, 2003)



Fig. 50 : Quelques semaines plus tard, le jeune patient s'était rendu à l'hôpital pour éviter une ankylose de sa jambe

(Photo de l'auteure, 2003)