

**Institut d'ethnologie**

Faculté des lettres et des sciences humaines

- Rue Saint-Nicolas 4
- CH-2000 Neuchâtel
- <http://www.unine.ch/ethno>

Marie-Cécile FRIEDEN  
Brandards 25  
2000 Neuchâtel  
[marie-cecile.frieden@unine.ch](mailto:marie-cecile.frieden@unine.ch)

Marie-Cécile FRIEDEN

## **L'ENDÉMIE PALUSTRE AU SUD DU MALI : REPRÉSENTATIONS LOCALES ET GESTION THÉRAPEUTIQUE FAMILIALE.**

ETUDE DE CAS DANS LE CERCLE DE SIKASSO.



Mémoire de Licence en Ethnologie

Date de soutenance : 14 février 2008  
Directeur du mémoire : M. Christian Ghasarian  
Membre du jury : Mme Marion Fresia



## Résumé

Ce travail est une recherche en anthropologie médicale portant sur la médecine « familiale » dans la région de Sikasso, au sud du Mali. Il s'agit principalement de déterminer quelles sont les connaissances relatives au paludisme et quelles sont les pratiques de guérison mises en œuvre au sein des unités domestiques. Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par les piqûres d'un moustique, qui contamine entre 300 et 600 millions de personnes et décime près d'1 million d'individus par année. Dans les centres de soins, on le diagnostique grâce à un test sanguin qui détecte la présence du parasite dans le sang. Des traitements curatifs sont ensuite prescrits afin d'empêcher le parasite de se multiplier et finalement de l'éradiquer.

Dans la région étudiée, comme dans la plupart des pays subsahariens, le paludisme sévit à l'état endémique ; c'est donc une maladie fréquente, connue et reconnue. Mais si les populations locales ont identifié les symptômes de cette affection, elles n'utilisent pas le même découpage sémiotique que la médecine occidentale. Adoptant les logiques locales de dénomination, j'ai alors relevé un ensemble d'entités nosologiques populaires relatives à l'endémie palustre et à d'autres affections biomédicalement délimitées. Ainsi, les acteurs locaux traduisent le terme de paludisme par la notion de *sumaya*, qui est une affection à la base de nombreuses autres maladies dérivées. Cette entité s'inscrit dans un ensemble de représentations, de croyances et de pratiques sur lesquelles je me suis penchée tout au long de ce mémoire. J'ai donc tenté de déterminer les cadres idéal, institutionnel et pratique relatifs à cette affection et à ses dérivés, tels qu'ils ont été élaborés par les habitants de deux milieux différents : le village sénoufo de Pimperna et le quartier populaire de Mancourani à Sikasso.



## **Remerciements...**

A *Antenna Technologies*, qui a impulsé le mouvement de base de cette recherche ; à Jacques, Bertrand et Merlin pour leur gentillesse et leurs remarques constructives.

A Haudrey et Patrick Etienne, pour m'avoir offert l'opportunité de collaborer à la DDC-Mali.

A la DDC, pour son financement indispensable.

A tous les collaborateurs du BUCO à Bamako, du DMT à Bamako, du PSDS et du PADE à Sikasso, pour leur soutien théorique et logistique.

Au Maire et au Chef du village de Pimperna, au Chef du quartier de Mancourani, pour l'aide primordiale qu'ils m'ont fournie.

A Lassine Diamouténé, Amadou Sangaré et Ahmed « Vieux » Diallo, mes amis traducteurs.

Aux familles de Pimperna et de Mancourani qui m'ont reçue.

Au Professeur Ghasarian, pour ses précieux conseils.

## **Merci encore...**

Au comité de soutien malien : mes colocataires à Bamako et à Sikasso, ainsi qu'aux amis suisses, français, maliens et burkinabés qui m'ont soutenue lors de mon enquête.

A mes colocs de la Maison du Bonheur et à tous les amis qui ont dû me supporter durant les pénibles heures de rédaction !

A toute ma famille, et surtout à mes parents qui m'ont offert mes études.

A Pierrick : nɛnamaya nogon fɛ, a ka ni !



## Liste des abréviations

ACT	Artemisinin-based Combination Therapy
ADM	Association pour le Développement de Mancourani
BUCO	Bureau de la Coopération suisse (Bamako)
CSCoM	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DFAE	Département Fédéral des Affaires Etrangères
DMT	Département des Médecines Traditionnelles (Bamako)
ENP	Entité Nosologique Populaire
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique (Bamako)
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PADE	Programme d'Appui à la Décentralisation Education (Sikasso)
<i>P. falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
<i>P. malariae</i>	<i>Plasmodium malariae</i>
<i>P. ovale</i>	<i>Plasmodium ovale</i>
<i>P. vivax</i>	<i>Plasmodium vivax</i>
PNLP	Projet National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PSDS	Partenariat Santé Développement Social (Sikasso)
RBM	Roll Back Malaria
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



# Table des matières

<b>I. PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>13</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>13</b>
1.1 Problématique.....	13
1.2 Choix du sujet et motivation .....	16
1.3 Cadre théorique .....	16
<b>2. Cadre de l'étude .....</b>	<b>18</b>
2.1 Le Mali .....	18
2.1.1 <i>Présentation générale</i> .....	18
2.1.2 <i>La région de Sikasso</i> .....	19
2.1.3 <i>Situation socio-économique et sanitaire</i> .....	19
2.2 Le paludisme .....	21
2.2.1 <i>Epidémiologie</i> .....	21
2.2.2 <i>Infection et cycle du Plasmodium</i> .....	21
2.2.3 <i>Symptômes et diagnostic</i> .....	22
2.2.4 <i>Traitements et méthodes pour combattre le parasite</i> .....	22
2.2.5 <i>Lutte antivectorielle : des moyens de combattre les moustiques</i> .....	23
2.2.6 <i>Situation sur le continent africain : pharmacorésistance et Sommet d'Abuja...</i>	23
<b>3. Méthodologie et terrain .....</b>	<b>24</b>
3.1 Le terrain en anthropologie .....	24
3.2 Le statut de stagiaire.....	26
3.2.1 <i>Antenna Technologies</i> .....	26
3.2.2 <i>La Direction du Développement et de la Coopération</i> .....	28
3.2.3 <i>Le Département des Médecines Traditionnelles</i> .....	28
3.2.4 <i>Incidences de ce statut sur l'enquête</i> .....	29
3.3 Choix du milieu d'étude et déroulement de l'enquête de terrain .....	29
3.3.1 <i>Trois milieux, trois phases</i> .....	30
3.3.2 <i>Présentation du village de Pimperna</i> .....	32
3.3.3 <i>Présentation du quartier de Mancourani</i> .....	35
3.4 Méthodes de collectes des données .....	38

3.4.1	<i>Revue documentaire</i> .....	38
3.4.2.	<i>Enquête de terrain</i> .....	38
3.4.2.1	Les entretiens .....	38
3.4.3.2	L'observation .....	40
3.4.3	<i>Deux terrains, deux engagements différents : conséquences sur la qualité des données</i> .....	42
3.5	Problèmes rencontrés sur le terrain .....	43
3.5.1	<i>Période</i> .....	44
3.5.2	<i>Langue</i> .....	44
3.5.3	<i>Le statut assigné à la chercheuse</i> .....	47
3.6	Aspects rédactionnels.....	48
<b>II.</b>	<b>ENQUÊTE DE TERRAIN ET ANALYSE .....</b>	<b>51</b>
<b>4.</b>	<b>Connaissances et représentations relatives au paludisme .....</b>	<b>51</b>
4.1	Le concept d'entités nosologiques populaires.....	51
4.1.1.	<i>Sumaya</i> .....	54
4.1.2.	<i>Sayi</i> .....	59
4.1.3.	<i>Mara</i> .....	61
4.1.4.	<i>Koko</i> .....	62
4.1.5.	<i>Kalyia et autres affections assimilées à sumaya</i> .....	63
4.1.6.	<i>Kono</i> .....	65
4.2	Discussion analytique.....	68
<b>5.</b>	<b>Le pluralisme médical.....</b>	<b>70</b>
5.1	L'importance du réseau d'interconnaissances.....	72
5.2	L'offre de soins à Pimperna et à Mancourani .....	73
<b>6.</b>	<b>Itinéraires thérapeutiques .....</b>	<b>76</b>
6.1	Les acteurs du choix .....	79
6.2	Itinéraires thérapeutiques préférentiels .....	82
6.2.1	<i>Sumaya : l'automédication comme recours favorisé</i> .....	82
6.2.2	<i>Sayi : le danger de la piqûre</i> .....	86
6.2.3	<i>Mara, Koko et Kalyia</i> .....	91
6.2.4	<i>Kono : le pouvoir des secrets</i> .....	94
6.3	Discussion analytique.....	95

<b>7. Le principe d'automédication .....</b>	<b>98</b>
7.1 L'automédication de type traditionnel .....	101
7.1.1 Acquisition des produits médicaux.....	102
7.1.2 Préparation .....	105
7.1.3 Méthodes d'utilisation.....	106
7.1.4 Association de produits .....	108
7.2 Automédication par comprimés .....	110
7.2.1 Acquisition des produits .....	111
7.2.2 Usages .....	113
7.3 Discussion analytique.....	114
<b>8. Pratiques de prévention .....</b>	<b>115</b>
8.1 Prévention thérapeutique.....	118
8.2 Prévention symbolique.....	121
8.3 Prévention technique .....	122
<b>9. Gestion des ressources cognitives.....</b>	<b>124</b>
9.1 Gestion du savoir.....	124
9.2 Le rapport au secret.....	125
9.3 Transmission des savoirs.....	127
<b>III. CONCLUSIONS .....</b>	<b>131</b>
Conclusion.....	131
Bibliographie.....	138
Annexes.....	144



# I. PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

---

## 1. Introduction

Ce travail est une recherche en anthropologie médicale portant sur la médecine familiale. Il s'agit effectivement de déterminer quelles sont les connaissances et les pratiques relatives au paludisme et aux moyens de guérison au sein des familles dans la région de Sikasso au Mali. Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par les piqûres d'un moustique spécifique : l'anophèle femelle. Il se manifeste par d'importantes poussées de fièvre et d'autres symptômes variables comme des douleurs musculaires, des céphalées et des frissons. Selon l'OMS, le paludisme contaminerait entre 300 et 600 millions de personnes et décimerait près d'1 million d'individus par année. La plupart des décès sont enregistrés en Afrique subsaharienne, où la maladie sévit à l'état endémique. Une forme de paludisme, le *Plasmodium falciparum*, s'avère particulièrement dangereux : un accès pernicieux de ce neuropaludisme peut s'accompagner d'hyperthermie, d'ictère (jaunisse), d'anémie ou d'hypoglycémie. Il peut engendrer le décès chez les sujets non traités ou particulièrement faibles, comme les enfants ou les femmes enceintes. Le paludisme peut être diagnostiqué grâce à un test sanguin qui détecte la présence du parasite dans le sang. Des traitements curatifs sont ensuite prescrits afin d'empêcher le parasite de se multiplier et finalement de l'éradiquer. Mais le paludisme est une maladie courante dans les pays subsahariens, et le recours à un centre médical reste inhabituel. D'autre part, peu de Centres de Santé Communautaire (CSCoM) situés en dehors des centres urbains ont à leur disposition le matériel nécessaire pour détecter les parasites palustres. Ainsi, l'endémie étant courante et relativement bien connue des populations locales, ces dernières détectent elles-mêmes les symptômes de l'affection. Dans la plupart des cas, le malade est alors soigné en premier lieu dans la cellule familiale, par une forme d'automédication.

### 1.1 Problématique

Le but de cette étude est de déterminer comment le paludisme est compris et géré au sein de la cellule familiale. Comme toutes les maladies, le paludisme fait l'objet de représentations, de discours, de savoirs locaux et de pratiques qui peuvent différer d'un groupe social à l'autre.

Dans cette recherche, j'ai choisi de me pencher sur la compréhension et les conceptions locales de cette maladie telles qu'elles sont exprimées dans l'unité familiale. Ces perceptions locales de l'endémie palustre m'ont ensuite permis d'identifier plusieurs conduites thérapeutiques, dont de nombreuses se déroulant à l'intérieur ou en relation avec la sphère domestique. On reconnaît généralement deux composantes dans un traitement : une première phase diagnostique s'attache à la définition des symptômes et à la détermination de l'affection. Elle relève directement du cadre idéal conçu par les populations locales. Elle se base sur l'observation des symptômes et des comportements du malade, ce qui permet d'une part d'identifier et de nommer l'affection<sup>1</sup>, et d'autre part d'identifier ses causes<sup>2</sup>. Une attention particulière a donc été accordée au système nosographique local et aux procédés ordinaires de diagnostic tels qu'ils ont lieu au sein d'une famille. La seconde phase rassemble les actions purement thérapeutiques : les diverses pratiques de soins engendrées constituent différents itinéraires thérapeutiques. Comme l'a souligné une étude de l'ONG *Antenna Technologies* auprès de plus de 1000 ménages installés dans les régions de Sikasso et Bandiagara au Mali, les cas de paludisme sont d'abord soignés en famille, par automédication<sup>3</sup>. C'est pourquoi cette recherche s'intéresse plus particulièrement aux modalités de l'automédication, puisqu'elle se déroule en relation avec la sphère familiale.

De cette problématique, je dégage donc plusieurs objectifs :

- Déterminer le système nosographique local et les logiques de nomination concernant les entités nosologiques associées au paludisme,
- Expliciter les symptômes relatifs à ces différentes entités nosologiques et le diagnostic qu'ils peuvent engendrer,
- Définir les différents itinéraires thérapeutiques possibles selon l'affection contractée et dans une situation de pluralisme médical,
- Préciser les différentes dynamiques thérapeutiques en s'attachant particulièrement au phénomène d'automédication dans la sphère domestique,
- Se pencher sur les pratiques relatives à la « médication traditionnelle » en milieu rural et urbain.

---

<sup>1</sup> Cette logique de nomination relève de la nosologie, domaine de la médecine qui étudie et qui classe les maladies d'après leurs caractéristiques.

<sup>2</sup> On parlera plus tard d'étiologie, qui spécifie l'étude des causes de la maladie.

<sup>3</sup> Voir [www.antenna.ch](http://www.antenna.ch)

Le chapitre 4 présente les connaissances et représentations relatives aux diverses affections liées au paludisme. Lors des entretiens, j'ai cherché à savoir quelles étaient les entités pathologiques locales que l'on associait au paludisme : pour tous les acteurs locaux, le paludisme se traduit par le terme *sumaya*. Sans prise en charge efficace, cette entité peut évoluer en prenant la forme de dérivés de cette maladie, ou en se mutant en une autre maladie conjointe. L'ensemble des six affections traitées dans ce chapitre s'inscrit dans un cadre idéal, engendré par les perceptions des populations locales, qui à leur tour les nourrissent selon leur évolution. J'ai ainsi dégagé une « *typologie descriptive des maladies* » (Jaffré, 1999 :64), en décrivant les causes et les symptômes de chacune d'entre elles.

La notion de pluralisme médical et l'étendue de l'offre de soins dans le milieu étudié sont spécifiés au chapitre 5, et le chapitre 6 aborde les différents itinéraires thérapeutiques préférentiels engendrés selon l'affection contractée. Un accent sera posé sur la gestion de la maladie : qui prend la décision du traitement à entreprendre, à quel moment, pourquoi choisir une médication de type traditionnel, pourquoi préférer un recours à la médecine conventionnelle... Cela me permettra notamment de caractériser les raisonnements dialectiques qui engendrent le recours à tel ou tel itinéraire thérapeutique, de souligner les dynamiques thérapeutiques à l'œuvre dans la sphère familiale et de définir les logiques sous-jacentes qui régissent les pratiques de soins dans la cellule familiale.

Le chapitre 7 traite du principe d'automédication. Ce type de médication représente un recours privilégié, dont les modalités s'effectuent au niveau personnel et familial. On peut pratiquer l'automédication tant par les plantes médicinales (médecine dite traditionnelle) que par les comprimés biochimiques (médecine dite conventionnelle). Je me pencherai sur ces deux types de procédés, en déterminant l'acquisition des différents produits ainsi que leurs usages. Cela me permettra de relever les logiques de choix et les relations entre les différents types d'automédication envisageables.

Finalement, les chapitres 8 et 9 apportent des informations complémentaires sur la gestion de l'endémie palustre et sur les différentes représentations qui les constituent. On abordera la notion de prévention ainsi que la manière dont les pratiques préventives sont mises en œuvre par les populations locales pour se prémunir de la maladie. Puis on se penchera sur la gestion des ressources de type cognitif : le rapport au savoir et au secret qui peut parfois l'entourer, ainsi que les procédés de transmission des connaissances.

## **1.2 Choix du sujet et motivation**

Durant tout mon cursus universitaire, j'ai eu la chance d'effectuer plusieurs stages et emplois dans les domaines du médical, paramédical et social. Tous ces stages ont été menés auprès de petites associations locales en Afrique de l'Ouest. Je suis partie pour la première fois au Burkina Faso en 2000, puis j'ai collaboré aux activités de diverses associations au Burkina, au Niger, au Bénin et au Mali. Ces stages, d'une durée de 2 à 4 mois chacun, étaient tous bénévoles et pris en charge personnellement. Arrivant au terme de mes études, il m'a paru naturel d'entreprendre un nouveau séjour en Afrique et, si possible dans le cadre d'un stage. Dans la lignée de mes expériences précédentes, je voulais diriger mes recherches dans le domaine de la santé, et en particulier la santé communautaire.

Par l'intermédiaire d'un contact privilégié travaillant à la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) du Mali, à qui j'avais fait parvenir mon CV et mes intentions de faire un stage pour réaliser mon travail de fin d'études, j'ai été contactée par une ONG genevoise collaborant avec le Bureau de la Coopération Suisse (BUCO) : *Antenna Technologies*. Je suis donc entrée en contact avec deux collaborateurs, qui m'ont proposé plusieurs thèmes de recherche. Après quelques jours de réflexion, j'ai décidé de m'engager auprès d'*Antenna*, en choisissant pour sujet la « médecine traditionnelle familiale ». C'est alors que j'ai obtenu le statut de stagiaire et que j'ai eu droit à un subside financier et une aide logistique de la part de la DDC.

## **1.3 Cadre théorique**

La maladie est une « *forme élémentaire de l'événement* » (Augé et Herzlich, 1984 : 14), un déséquilibre qui s'oppose à un état stable de santé. Aujourd'hui, on la considère comme une construction socioculturelle qui reflète les valeurs, les interdits et les orientations d'une communauté. « *Pour toute société, la maladie fait problème, exige l'interprétation : il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser (...)* La maladie fonctionne comme signifiant social : elle fait l'objet de discours qui mettent toujours en cause l'environnement au sens le plus large » (Augé et Hertzlich, 1984 : 9-11). Ainsi, Augé insiste sur la dimension collective de la maladie : c'est un événement à la fois individuel et social, qui atteint un individu dans son corps biologique, mais concerne également l'ensemble du corps social dont il fait partie. « *Les systèmes d'interprétation font de tout désordre biologique le signe d'un désordre social* » (Augé, 1984 : 35). Un désordre biologique

individuel concerne alors la famille du malade et sa communauté, mais aussi des professionnels de la santé, des institutions publiques et privées, administratives, politiques, sociales... Toute la société est concernée.

Historiquement, la démarche de l'anthropologie médicale est longtemps restée prisonnière d'une série d'oppositions, souvent issues d'une perspective évolutionniste, qui confrontait la médecine « moderne » aux médecines « traditionnelles » ou « primitives ». Ainsi, on a distingué les aspects magico-religieux et empirico-rationnel de la médecine (Sigerist, 1951)<sup>4</sup>, mais également les systèmes médicaux *personalistic* et *naturalistic* (Foster, 1976)<sup>5</sup>, ou encore les maladies à causalité naturelle et surnaturelle (Murdock, 1978). Ces visions doivent aujourd'hui être dépassées, tout comme les distinctions faites entre « anthropologie médicale », « anthropologie de la maladie » et « anthropologie de la santé ». Comme le souligne Rossi, aujourd'hui « *l'anthropologie médicale serait plutôt une nébuleuse de courants de recherche, d'idées, de toutes sortes d'approches* » (Rossi, 1997 : 4).

En effet, et comme le démontre cette recherche, les trois « subdivisions » susmentionnées peuvent être réunies dans le même travail. Ainsi, cette étude tend à démontrer comment le paludisme est lié à l'ensemble des aspects de la vie du groupe (parenté, économie) et que la maladie est l'objet de représentations en lien avec le système de pensée des populations étudiées (anthropologie médicale). Elle se penche également sur les perceptions et les pratiques liées à la maladie, et à leur insertion dans la culture locale (anthropologie de la maladie). Enfin, elle s'intéresse aux facteurs socioculturels influençant les comportements des malades (anthropologie de la santé).

« *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). C'est la perspective de cette étude, qui se penche sur les interprétations des populations locales au sujet du paludisme, sur les modes d'usages mis en place face à un événement morbide, ainsi que sur l'insertion de la maladie dans le contexte socioculturel et économique.

---

<sup>4</sup> La thérapie magico-religieuse est avant tout étiologique : elle vise à expulser le démon ou l'ancêtre tenu pour la cause du mal. La thérapie empirico-relationnelle s'attache à identifier les symptômes morbides, que des remèdes matériels peuvent faire disparaître (Sigerist in Augé, 1984 : 43).

<sup>5</sup> Le système *personalistic* met en cause l'intervention délibérée d'un agent humain, non humain ou surnaturel, alors que le système *naturalistic* assigne le mal à l'influence de forces ou d'éléments naturels. Foster souligne que les deux types d'étiologies sont souvent présents dans une même société, l'un dominant l'autre (Foster in Augé, 1984 : 44-46).

## **2. Cadre de l'étude**

### **2.1 Le Mali**

#### ***2.1.1 Présentation générale***<sup>6</sup>

Le Mali est un état enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, entre la Mauritanie, l'Algérie, le Niger, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal<sup>7</sup>. Il est situé entre la zone désertique du Sahara au nord et une zone soudanaise au sud, la majorité des terres se situant toutefois dans une zone sahélienne relativement sèche. Il est traversé par deux fleuves principaux, le Niger et le Sénégal, mais il est irrigué par de nombreux affluents. Le pays compte 12 millions d'habitants, dont près d'un million résidant à Bamako, la capitale. Environ 70% de la population vit en zone rurale, alors que 30% résident dans les principales villes du pays<sup>8</sup>. La population se divise en plusieurs groupes ethniques : le groupe manding (40%) est représenté par les Bambara, les Malinké et les Dioula ; le groupe soudanien (20%) réunit les Sarakollé, les Songhay et les Dogons ; le groupe voltaïque (12%) rassemble notamment les Sénoufo et les Bobo. Au nord se trouvent des peuples nomades et semi-sédentaires tels les Touareg et les Maures (10%). En raison de la colonisation, le français est la langue officielle du Mali, mais le bambara est largement majoritaire puisque 60% de la population le parle. Cette langue fait d'ailleurs office de langue véhiculaire dans tout le pays et la sous-région, grâce à sa parenté avec le dioula (parlé en Côte d'Ivoire et au Burkina) et le mandéka (parlé en Guinée, en Gambie, au Liberia et en Sierra Leone). L'Islam est la religion principale du Mali, avec plus de 90% de pratiquants. Les chrétiens restent très minoritaires, alors que la cosmogonie dite animiste rassemble près de 10% de la population<sup>9</sup>.

L'histoire du Mali a été marquée par la succession de différents empires et royaumes jusqu'à la colonisation française, au 19<sup>e</sup> siècle. L'indépendance en août 1960 a engendré la création de la République du Mali. Après un coup d'Etat en 1968 organisé par Moussa Traoré, le pays a vécu sous le régime de la dictature. L'année 1991 a marqué la fin de la domination

---

<sup>6</sup> D'après Andriamirado (2006).

<sup>7</sup> Voir les cartes de l'Afrique de l'Ouest et du Mali, Annexe 1.

<sup>8</sup> Bamako, Ségou, Sikasso, Mopti, Gao, Kayes, Tombouctou et San.

<sup>9</sup> Ce chiffre reste toutefois incertain : il est probable qu'un grand nombre d'individus soit attaché à certaines croyances préislamiques. Il est cependant difficile d'estimer à quel point ces traditions restent vivaces et dans quelles mesures elles se sont amalgamées par syncrétisme avec la religion musulmane.

dictatoriale, et après une période de transition, la démocratie a été instaurée. Les élections de 1992 et 1997 ont déclaré Alpha Oumar Konaré président. Depuis 2002, Amadou Toumani Touré assure la présidence ; il a été réélu en avril 2007 pour un nouveau mandat de 5 ans.

### **2.1.2 La région de Sikasso**

Situé à 375 Km de Bamako, 100 Km de la frontière avec la Côte d'Ivoire et 45 Km du Burkina Faso, Sikasso est une ville carrefour entre les pays côtiers et enclavés. Sa situation géographique en fait naturellement une plaque tournante pour la circulation des biens et des personnes. Peuplée de 600'000 habitants, elle est la deuxième ville du pays, et fait partie intégrante de « l'aire culturelle sénoufo », bien que cette dernière soit aujourd'hui fortement imprégnée de la « culture bambara ». Le climat subtropical garantit une production agricole et maraîchère abondante, assurant ainsi l'autosuffisance alimentaire durant toute l'année. L'économie agro-pastorale est au cœur du développement de la région, mais malgré les investissements dans le bétail et l'agriculture, elle se place comme étant l'une des régions les plus pauvres du Mali.

### **2.1.3 Situation socio-économique et sanitaire**

Selon le *Rapport mondial sur le développement humain* du PNUD (2001), le Mali se positionne à la 164<sup>e</sup> place, sur 173 pays : 64% de la population totale vivrait en dessous du seuil de pauvreté, le taux brut de scolarisation est estimé à 28% et le taux d'alphabétisation des adultes à 40%. Avec un PIB par habitant évalué à 797\$ en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA), le Mali se classe dans la catégorie des pays à faible revenu. L'économie malienne est dominée par les secteurs primaire (élevage, agriculture) et tertiaire. Elle est en outre tributaire des conditions climatiques fluctuantes et des cours mondiaux des produits de base.

Au niveau sanitaire, l'OMS souligne d'importantes différences d'accès à la santé selon les moyens financiers des individus, suscitant de ce fait l'établissement d'un « *cercle vicieux entre santé et pauvreté*. En effet, le mauvais état de santé constitue un aspect-clé de la *pauvreté* » (OMS, 2003 : 9). L'OMS souligne que les indigents sont plus exposés aux maladies et met en cause le faible niveau d'instruction, induisant une baisse d'information sur les comportements favorables à la santé<sup>10</sup>. Afin de préserver le capital santé des populations, les autorités se sont engagées dans diverses actions contre la maladie en général, dont

---

<sup>10</sup> Par la suite, je tenterai de proposer une alternative à cette vision, en démontrant l'existence d'une forte dynamique autour des connaissances locales sur les affections communes et de la mise en place d'itinéraires thérapeutiques correspondant aux diverses affections reconnues localement. A ce propos, voir la seconde partie du travail « II. Enquête de terrain et analyse ».

certaines affections sont prioritaires (VIH/Sida, tuberculose, paludisme) et bénéficient de programmes de lutte spécifiques<sup>11</sup>. De nombreux efforts ont été déployés pour éradiquer certaines maladies (poliomyélite, lèpre), ainsi que pour la prévention, la surveillance et le traitement précoce de maladies à potentiel épidémique (rougeole, méningite, fièvre jaune, choléra). En outre, la malnutrition constitue également un problème important pour le pays<sup>12</sup>.

Le système de santé malien comprend les secteurs public, para-public et privé. Ce dernier est constitué essentiellement d'ONG et d'associations axées sur la santé, ainsi que des pharmacies. En 1999, le Mali a créé un Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), qui sert de cadre national à toute action en matière de santé. Les différents buts et interventions du PRODESS « *mettent l'accent sur la décentralisation de la gestion du système de santé et la participation des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé, la disponibilité en médicaments essentiels et la lutte contre l'exclusion* » (OMS, 2003 : 14). Cette politique dite sectorielle met l'accent sur l'implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes sanitaires, ainsi que par l'utilisation de médicaments génériques et de médicaments traditionnels améliorés (MTA)<sup>13</sup>. Les structures de soins sont organisées en forme pyramidale, comprenant 533 Centres de Santé Communautaires (CSCoM), 56 Centres de Santé de Référence (CSRéf), 6 Hôpitaux Régionaux, 3 Hôpitaux Nationaux, un ainsi que des établissements spécialisés. Selon les estimations de l'OMS, les CSCoM permettent de proposer leurs services à 39% de la population dans un rayon de 5 km du lieu d'habitation, et à 63% dans un rayon de 15 km. Mais plus du tiers de la population vit à plus de 15 km d'un centre de santé. Bien que ces chiffres soient à pondérer - l'accessibilité géographique étant très inégale entre Bamako et les régions de l'intérieur du pays, ainsi qu'entre milieux urbain et rural - ils permettent néanmoins de relever que la trop faible utilisation des services de santé est liée à des problèmes d'accès et de qualité. Les prestations limitées des CSCoM peuvent également expliquer de manière significative leur niveau de fréquentation déficient.

---

<sup>11</sup> C'est le cas du Programme de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ou plus largement du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), deux programmes coordonnés par l'Etat malien.

<sup>12</sup> Selon l'OMS 38% des enfants de moins de 3 ans accusent un retard de croissance qui serait lié à la malnutrition, 13% une émaciation et 38% une insuffisance pondérale (OMS, 2003 : 14).

<sup>13</sup> A ce propos le chapitre « 3.2.3 Le Département des Médecines Traditionnelles »

## **2.2 Le paludisme**

### **2.2.1 Épidémiologie**

Le paludisme, également appelé malaria, est une maladie parasitaire transmise par les piqûres de moustiques, et qui se caractérise par de fortes fièvres intermittentes. Près de la moitié de la population mondiale est exposée à cette endémie. Autrefois, la maladie était beaucoup plus étendue, mais elle a été éradiquée dans de nombreux pays au cours du 20<sup>e</sup> siècle ; elle subsiste aujourd'hui essentiellement dans les régions tropicales et subtropicales. Le nombre de personnes contaminées est estimé entre 300 et 600 millions par an. Il décimerait environ un million d'individus par année, dont la plupart en Afrique, où surviennent 90% des décès dus au paludisme. Les femmes enceintes et les enfants sont particulièrement vulnérables face à cette endémie : en Afrique, c'est la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans<sup>14</sup>.

La cause de cette maladie a été découverte à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Cette maladie infectieuse est due à des protozoaires parasites du genre *Plasmodium*, transmis à l'homme par la femelle d'un moustique appelé anophèle. Ce dernier se reproduit dans les zones marécageuses, d'où lui vient son appellation du latin *palus*, *paludis* qui signifie marais. Il existe quatre types de paludismes humains : *Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. ovale* et *P. malariae*. L'infection à *falciparum* est la plus sévère et peut entraîner la mort du patient ; elle est très répandue en Afrique subsaharienne. D'autre part, on souligne également l'existence de formes palustres spécifiques aux animaux.

### **2.2.2 Infection et cycle du Plasmodium**

Le parasite du paludisme pénètre dans l'hôte humain lorsqu'un anophèle femelle fait un repas de sang. Il circule dans le sang et pénètre dans le foie, où il se multiplie par divisions cellulaires pendant 10 à 15 jours. Il y subit une série de transformations complexes qui lui permettra d'échapper au système immunitaire, de se répandre dans le sang et d'infecter les globules rouges. Il se nourrit alors de l'hémoglobine et se multiplie encore, avant de se diffuser en faisant éclater les globules rouges. La destruction de ces globules provoque une

---

<sup>14</sup> Chiffres et informations obtenus sur le site *Roll Back malaria-Faire reculer le paludisme*, qui est un partenariat mondial établi en 1998 par l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale, et qui collabore avec les gouvernements, des organismes de développement, des ONG et des entreprises privées pour réduire l'avancement du paludisme. Les chiffres sont issus des différents rapports de l'OMS.

anémie et, dans les cas de paludisme cérébral, l'obstruction des vaisseaux sanguins du cerveau par les globules rouges infectés provoque la mort.

### **2.2.3 Symptômes et diagnostic**

Les symptômes du paludisme apparaissent entre 9 à 14 jours environ après la piqûre du moustique infecté, mais ce laps de temps est variable selon l'espèce de *Plasmodium*. Ils sont caractérisés par des symptômes de type grippal : fatigue générale, tremblements, possible perte d'appétit, vertiges, hyperthermie, frissons, céphalées, troubles digestifs, diarrhées, douleurs musculaires, ictère (jaunisse). On différencie l'accès palustre simple d'un accès pernicieux : le premier provoque fièvre (40° et plus) et frissons. Le paludisme grave à *P. falciparum*, également nommé neuropaludisme ou paludisme cérébral, débute par une forte augmentation de la température et des convulsions instantanées des muscles, qui peuvent conduire au coma. Il est généralement accompagné de troubles de la vision, d'anémie et d'ictère, ainsi que d'hypoglycémie chez les plus jeunes enfants et les femmes enceintes. Le paludisme peut être diagnostiqué par la mise en évidence du parasite dans le sang, ce qui s'effectue par frottis sanguin ou goutte épaisse. C'est le seul moyen reconnu de détecter l'infection, mais ces résultats peuvent néanmoins être plus ou moins biaisés en cas d'absorption de médicaments antidouleur.

### **2.2.4 Traitements et méthodes pour combattre le parasite**

Les premiers traitements contre le paludisme, principalement à base de chloroquine ou de quinine, furent très efficaces pour lutter contre le parasite mais leur prescription sans contrôle a favorisé l'émergence de souches résistantes. La chloroquine a longtemps été administrée en traitement curatif ; ce médicament présentait de nombreux avantages, dont un faible coût et l'absence d'effet secondaire majeur. De nos jours les préparations à base de chloroquine échouent dans la plupart des pays africains touchés par l'endémie, ce qui n'empêche pas son utilisation encore courante. Pour parer à la pharmacorésistance de la chloroquine au parasite palustre, on utilise un médicament de « deuxième intention » constitué de sulfadoxine-pyriméthamine (SP), et dont le principe actif est de contourner la résistance à la chloroquine. Malheureusement, des souches résistantes se sont également développées à l'égard de cette molécule. On peut alors avoir recours à un médicament de « troisième intention », la quinine. La médication à base de quinine est administrée oralement dans les cas bénins, ou par perfusion lors de cas aigus. Mais ce traitement est également confronté à de nouvelles

résistances. Depuis près de 10 ans, un nouveau groupe d'antipaludiques est de plus en plus utilisé : il s'agit des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ou ACT (*Artemisinin-based combination therapy*). A ce jour, aucune résistance n'a été observée, elles n'ont aucun effet secondaire et sont considérées comme le traitement le plus efficace du moment. Malheureusement, leur coût reste encore très élevé, ce qui les rend inaccessible pour de nombreuses personnes

#### **2.2.5 Lutte antivectorielle : des moyens de combattre les moustiques**

Plusieurs moyens de prévention ont été utilisés pour combattre le vecteur du paludisme. Mis en œuvre correctement, ils s'avèrent tout à fait efficaces, mais leurs coûts élevés empêchent les populations concernées de se les approprier. Les modes de prévention visent d'une part à protéger les populations contre les piqûres de moustiques, et d'autre part à éliminer directement les moustiques vecteurs de la maladie. Dans les années 1960, l'utilisation massive d'insecticide a été employée afin d'éradiquer les anophèles femelles vectrices du fléau. Cette méthode fût fructueuse dans de nombreuses régions qui ont constaté la disparition de l'endémie. Mais l'usage soutenu de ces insecticides a favorisé l'apparition d'espèces de moustiques résistants et a provoqué des intoxications au niveau de la population. Des méthodes alternatives ont alors été développées pour remplacer l'usage des insecticides, dangereux et de moins en moins efficaces : mesures d'assainissement, lutte antilarvaire par épandage de pétrole, utilisation d'insecticides solubles et de poisons s'attaquant aux larves, dispersion de mâles anophèles stériles et interventions génétiques sur les espèces vectrices. On dénombre également des moyens techniques, physiques et chimiques qui visent essentiellement à réduire le risque de piqûres : installation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, port de vêtements longs et larges recouvrant le corps dès la tombée de la nuit, utilisation de crème répulsive. Ces moyens simples suffiraient à abaisser considérablement le nombre de personnes infectées, mais leur application reste trop onéreuse pour les populations.

#### **2.2.6 Situation sur le continent africain : pharmacorésistance et Sommet d'Abuja**

La majorité des décès dus au paludisme surviennent en Afrique. La plupart des cas sont dus au *P. falciparum*, et le continent abrite les espèces de moustiques les plus opérants et donc les plus mortels pouvant transmettre la maladie. Le paludisme est considéré à la fois comme une maladie de pauvreté et une cause de pauvreté, car il constitue un obstacle certain au développement socio-économique des pays infectés. Il provoque en effet une baisse de

productivité en affectant directement les ressources humaines (maladie et décès). L'Afrique pose en outre un sérieux problème dans la lutte antipaludique dû à la pharmacorésistance. En effet, depuis quelques années on observe une résistance à la chloroquine, ainsi qu'une progression de la résistance à la SP. Ces transformations importantes obligent de nombreux pays à modifier leur politique thérapeutique en utilisant des associations médicamenteuses plus coûteuses, qui deviennent alors moins accessibles aux populations vivant en situation précaire.

En avril 2000, quarante-quatre des cinquante pays africains touchés par le paludisme ont participé au Sommet africain pour *Faire reculer le paludisme (Roll back malaria)* à Abuja au Nigéria<sup>15</sup>. Cette rencontre a permis d'établir une action politique tangible en approuvant une stratégie de lutte antipaludique dans toute l'Afrique. L'objectif est de réduire la charge de morbidité et de mortalité due au paludisme d'ici 2010. Depuis lors, une vingtaine de pays ont abaissé ou supprimé les taxes et droits de douane sur les moustiquaires imprégnées afin de les rendre plus abordables. La plupart des pays se sont doté de « plans stratégiques de pays », qui reposent tous sur les quatre éléments techniques de *Faire reculer le paludisme* : l'accès rapide au traitement, la promotion des moustiquaires imprégnées et la promotion de la lutte antivectorielle, la prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, ainsi que l'amélioration de la prévention des épidémies de paludisme dans les situations d'urgences.

### **3. Méthodologie et terrain**

#### **3.1 Le terrain en anthropologie**

« L'expression « faire du terrain » (*fieldwork*) est certainement l'un des impératifs les plus catégoriques de la discipline » (Pulman in Copans, 2005 : 6). Comme le souligne Copans dans *L'enquête ethnologique de terrain* (2005), l'ethnologie moderne est née le jour où le chercheur a quitté son bureau pour aller lui-même recueillir ses propres données, sur son lieu d'étude. On eut vite fait l'amalgame ethnologie = terrain, et terrain = ethnologie, sous prétexte qu'il n'y a pas d'ethnologie sans ethnographie, et il n'y a pas d'ethnographie sans terrain. Dès

---

<sup>15</sup> A ce propos, voir : OMS.- 2003.- *La Déclaration d'Abuja et le plan d'action*. Disponible en ligne sur [http://www.rbm.who.int/docs/abuja\\_declaration\\_fr.pdf](http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration_fr.pdf)

le début de la pratique de terrain, le chercheur en anthropologie<sup>16</sup> s'est vu se confondre dans un modèle idéal-type : un ethnologue, une monographie, une population (de préférence exotique), un terrain. Ladite pratique est rapidement devenue une sorte de tradition scientifique, d'originalité professionnelle, de rite d'entrée dans la profession, confortée par les mœurs coloniales.

Le terrain reste avant tout une aventure intellectuelle personnelle, et cette autoproduction des données est l'un des critères majeurs discriminant cette pratique. Il est vrai que le terrain est une réalité floue, où vie sociale et vie scientifique sont réunies dans le même quotidien. Pour Copans, c'est incontestablement la « *création artificielle d'une situation sociale où l'on fréquente des gens avec lesquels on n'a aucune relation préétablie et qui n'ont pas demandé qu'on vienne s'intéresser à eux et encore moins qu'on s'installe à demeure* » (Copans, 2005 : 15). La présence de l'ethnologue est exceptionnelle, mais la pratique de l'ethnologie doit tout mobiliser pour faire comme si elle ne l'était en rien. Malgré son apparente facilité, l'apprentissage du terrain n'est pas évidente : il demande du temps et des moyens (financiers, techniques, logistiques...). Pour nombre d'ethnologues, le terrain reste la condition *sine qua non* pour être un bon chercheur en sciences sociales. Selon eux, le terrain est avant tout un état d'esprit, un feeling, un genre de vie, une capacité plus ou moins innée : il ne peut s'apprendre et ne peut être enseigné. Le terrain, son lieu, sa pratique, sa procédure, s'élabore progressivement selon le contexte.

Qu'en est-il maintenant de l'étudiant lambda, désirant mener une enquête personnelle pour marquer la fin de son cursus universitaire ? Dans mon cas, la question du terrain exotique – partir au loin ou ne pas partir, telle est la question – s'est naturellement imposée. Comme une envie mais également comme un défi, dont l'enjeu serait de faire partie de cette « clique scientifique » que représentaient pour moi les ethnologues du lointain. Je me rends compte aujourd'hui que je nourrissais une sorte de « fantasme du terrain », dont je n'avais aucunement conscience avant mon départ ! Mais cette volonté de défi était également nourrie par un désir de scientificité : après plusieurs séjours de type touristique dans la région de l'enquête, il me tenait à cœur d'aller au-delà des simples relations d'amitié et d'approfondir un pan de ces pratiques allogènes auxquelles tout voyageur se trouve confronté.

---

<sup>16</sup> Je ne fais pas ici de différence entre ethnologie (culturelle) et anthropologie (sociale).

Ma première enquête m'a entraînée dans un village sénoufo, situé à une vingtaine de km du centre urbain le plus proche. Une fois sur ce terrain, exotique à souhait, mon enthousiasme pour cette pratique du terrain s'est largement modifié. En effet, une multitude de questions se sont posées : quel est le sens de ma présence ici ? Comment cette présence étrangère est-elle perçue et vécue par les acteurs locaux ? Et finalement, pourquoi l'exotisme ? C'est dans la phase d'écriture et de réflexion post-terrain que je me suis posée cette question, mais elle m'a aussi été soufflée sur le terrain : pourquoi faire un terrain exotique, et pourquoi se confronter à tant de difficultés en partant si loin ? Je n'ai pas eu de réponse directe à cette question, mes convictions quant au bienfondé de l'anthropologie et de l'enquête de terrain ont été sérieusement dérangées lors de cette première enquête, mais elles se sont finalement renforcées lorsque j'ai obtenu avec satisfaction les premiers éléments « ethnologiquement intéressants » pour l'enquête. Avec le recul, j'ai l'impression d'être passé au travers des trois étapes du rite de passage selon van Gennep : séparation, marge et agrégation. Mais qu'il soit exotique ou non, le terrain n'est pas simplement un autre lieu, c'est avant tout une expérience : expérience des autres, et de l'Autre, et surtout expérience de soi.

### **3.2 Le statut de stagiaire**

Comme je l'ai mentionné plus haut, cette enquête s'est inscrite dans le cadre d'un stage de recherche mené pour l'ONG genevoise *Antenna Technologies* et financé par la DDC. Lors de mon stage au Mali, j'ai été confrontée à plusieurs acteurs qui ont tenu une place conséquente dans le déroulement de mes activités. Avant de mieux expliquer ma position de stagiaire et les conséquences de ce statut, il me semble important de présenter ces différents acteurs qui ont tenu un rôle important dans le déroulement de mon enquête. Il s'agit également de préciser ma position envers chacun d'eux et d'exposer les relations qu'ils entretenaient entre eux.

#### **3.2.1 *Antenna Technologies***

*Antenna Technologies* est une association reconnue d'utilité publique. Elle regroupe des scientifiques, des chercheurs et des ingénieurs organisés en réseau. Un bureau à Genève assure la gestion et le suivi des différents projets en partenariat avec les antennes locales. La collaboration avec les institutions internationales et des ONG du terrain garantit une participation directe des populations concernées, pour développer ainsi un processus de bonne gouvernance et favoriser l'autonomie des groupes. *Antenna Technologies* s'est donné pour but premier « d'innover et de simplifier certaines technologies afin de les rendre accessibles et

*appropriées aux conditions socioculturelles*<sup>17</sup> » des populations. Les activités de cette ONG sont axées autour de trois pôles principaux : la nutrition, l'eau potable et les médecines dites traditionnelles. Pour chacun de ces pôles, l'association développe des outils techniques permettant de résoudre des questions liées à ces problèmes. Dans le domaine des médecines traditionnelles, *Antenna* pose un regard scientifique sur les connaissances « traditionnelles » locales et tente d'en améliorer l'efficacité tout en réduisant les risques liés à certaines pratiques. De nombreuses recherches et enquêtes ont été menées en Haïti, en Mauritanie, au Mali mais également en Suisse, dans l'espoir de contribuer à la sauvegarde de ce type de connaissances et de rehausser leur prestige auprès des jeunes générations. Un des objectifs est de créer de nouveaux liens entre les connaissances actuelles et « traditionnelles », dans une optique de développement mutuel.

*Antenna* a joué un rôle de « mandataire » et d'encadreur envers cette enquête. En effet, c'est suite à une rencontre avec deux de ses collaborateurs<sup>18</sup> que j'ai décidé de m'investir dans cette recherche. Dès la confirmation de mon engagement, j'ai été suivie durant toutes les étapes de mon enquête par MM. Graz et Falquet. D'après le type de recherches que mène l'association et les différents souhaits de ces protagonistes, j'ai ressenti qu'on attendait de moi des résultats plutôt empiriques sur les remèdes traditionnels : les questions de fond qui intéressaient ces « mandataires » étaient essentiellement centrées sur l'utilisation des plantes et les effets de ces dernières sur le paludisme. Ce sont notamment eux qui m'ont suggéré de mener une enquête au niveau rural, afin de couvrir le plus grand nombre de pratiques familiales dans l'emploi des plantes médicinales. Bien que j'aie toujours été encadrée et conseillée par ces collaborateurs, ils m'ont laissé une grande liberté dans l'organisation de mon enquête. D'autre part, cette ONG collabore étroitement avec la DDC et le DMT : alors que la Coopération Suisse leur octroie un soutien financier et logistique, les relations avec le DMT sont de natures scientifiques. En effet, les deux institutions contribuent à la recherche médicale sur le terrain, notamment concernant le paludisme, et au développement de nouveaux médicaments à base de plantes médicinales (MTA).

---

<sup>17</sup>Voir [www.antenna.ch](http://www.antenna.ch)

<sup>18</sup> B. Graz (médecin) et J. Falquet (biochimiste).

### **3.2.2 La Direction du Développement et de la Coopération**

La Direction du Développement et de la Coopération (DDC) est l'organe de la coopération internationale du Département Fédéral des Affaires Etrangères (DFAE). Elle coordonne la coopération au développement et l'aide humanitaire suisse, en développant ses propres projets et en soutenant des programmes d'autres organisations multilatérales, conjointement avec d'autres agences de la Confédération. Elle cofinance des projets d'entraide suisses et internationaux, et a pour but de « *lutter contre la pauvreté en aidant, dans les pays partenaires, les personnes concernées à s'aider elles-mêmes*<sup>19</sup>. » Les différents programmes soutenus par la DDC encouragent l'accession à l'autonomie politique et économique des Etats, favorisent les conditions de production, participent à la résolution des problèmes écologiques, développent un meilleur accès à la formation, aux soins de santé primaire et à la culture pour les groupes de population les plus défavorisés.

Le Mali est un pays prioritaire de la DDC depuis 1977 : par l'intermédiaire du Bureau de la Coopération suisse (BUCO) sis à Bamako, elle coordonne ses actions selon les priorités fixées par le Gouvernement malien dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Ses interventions sont centrées sur les secteurs de l'agriculture, de l'artisanat, de la santé et de l'éducation. Elle se concentre essentiellement sur la région administrative de Sikasso, en soutenant notamment le développement social et sanitaire ainsi que la décentralisation de l'éducation à travers deux programmes spécifiques : le Partenariat Santé Développement Social (PSDS) et le Programme d'Appui à la Décentralisation Education (PADE). À travers le BUCO de Bamako, la DDC-Mali m'a offert un contrat de stagiaire qui m'a permis de bénéficier d'un soutien financier, théorique et logistique sur le terrain. La DDC- Mali était donc mon « bailleur de fond », alors que le BUCO était chargé de l'assistance technique. Ma recherche s'inscrivait dans leur entreprise de revalorisation des savoirs locaux et des méthodes traditionnelles de soins.

### **3.2.3 Le Département des Médecines Traditionnelles**

Cet organe, basé à Bamako, fait partie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Le DMT effectue des recherches scientifiques en matière de médecine dite traditionnelle dans le but d'améliorer la couverture sanitaire du pays, tout en réduisant les importations de spécialités pharmaceutiques étrangères, d'un coût et d'un revenu

---

<sup>19</sup> <http://www.ddc.admin.ch/fr/Accueil>

excessivement cher. Dans le domaine de la promotion de la médecine « traditionnelle », le DMT travaille ainsi étroitement avec des « tradithérapeutes », des herboristes, des « accoucheuses traditionnelles », en vue de recueillir des informations sur les remèdes de type traditionnel. Ces investigations ont permis d'aboutir à la formulation de plusieurs médicaments à base de plantes pour la prise en charge de pathologies fréquentes, comme le paludisme. Ces médicaments, appelés Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) sont issus de recettes de la médecine « traditionnelle ». Pour le Département des Médecines Traditionnelles, les MTA constituent une opportunité permettant d'obtenir des réponses thérapeutiques adaptées au pays en joignant la rigueur scientifique (sécurité, efficacité, qualité) à une accessibilité économique et culturelle optimale pour les populations. Actuellement, sept MTA sont produits par le DMT à partir de la flore malienne, dont un médicament spécifiquement contre le paludisme, le *Malarial 5*.

#### ***3.2.4 Incidences de ce statut sur l'enquête***

Le fait d'avoir obtenu un statut de stagiaire, tant envers *Antenna Technologies* qu'envers la DDC et ses différents organes au Mali, a évidemment créé des facilitations pour le déroulement du terrain : soutien financier, encadrement, assistance théorique et logistique. Mais cette place spécifique a aussi occasionné des situations délicates et des conséquences préjudiciables sur ma recherche. En effet, cela me positionnait au sein d'une institution dont je devais respecter les règles d'usage et de hiérarchie. J'ai ainsi dû me plier aux rapports de pouvoir et d'autorité dans le système institutionnel local, et respecter les différents protocoles et l'officialité en usage. Ceci a notamment retardé le début effectif de l'enquête. D'autre part, j'ai parfois eu le sentiment que l'on se réappropriait ma recherche : chacune des personnes rencontrées étant prête à m'aider dans mes investigations, mais l'impression que certaines d'entre elles voulaient tirer profit de ma présence s'est rapidement imposée. Il a donc fallu que je me repositionne face aux acteurs, afin de coupler une recherche de type anthropologique pour mon mémoire de fin d'études et une recherche de type plus « scientifique », pratique, empirique pour les trois mandataires susmentionnés.

### **3.3 Choix du milieu d'étude et déroulement de l'enquête de terrain**

L'enquête de terrain a duré 5 mois entre janvier et juillet 2007, et était basée dans la région de Sikasso, au sud du Mali. Le choix de ce milieu a été dicté par la présence active de la DDC dans cette région, où une cellule régionale dirige les opérations locales. C'est également dans

cette zone que se déroulent les principales recherches d'*Antenna Technologies*, qui collabore avec le BUCO.

### **3.3.1 Trois milieux, trois phases**

L'enquête s'est déroulée en trois phases principales : une première phase de prise de contacts, de recherche documentaire et d'organisation logistique ; une seconde phase centrée sur une enquête en milieu rural ; une troisième phase focalisée sur une enquête en milieu urbain.

La première phase a pris la forme d'un préambule à l'enquête, entre la capitale Bamako et le lieu de recherche Sikasso. Il s'agissait principalement de rencontrer les personnes qui encadreraient ma recherche, dont les membres du Bureau de la Coopération Suisse (BUCO) à Bamako. Grâce aux membres du BUCO, je suis entrée en contact avec D. Diallo, professeur au Département des Médecines Traditionnelles (DMT), et avec N. Kanté, professeur de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Ces personnes m'ont permis d'accéder à des travaux effectués par leurs étudiants (thèses de doctorat en pharmacologie, sociologie et anthropologie) ainsi qu'à des ouvrages spécialisés. Ils m'ont également aidé à formuler la problématique, la méthodologie et la grille d'entretiens. A Sikasso, j'ai collaboré avec les membres du bureau régional de la DDC, chargé des programmes sur la santé (PSDS) et l'éducation (PADE). Ces derniers étaient chargés de m'encadrer sur le terrain et d'assurer les points logistiques et techniques de l'enquête. Grâce à eux, j'ai pu entrer en contact avec la Mairie de Sikasso, le Chef du quartier de Mancourani, le Maire et le Chef traditionnel du village de Pimperna. Ces différents contacts en milieux urbain et rural m'ont permis d'une part de récolter des données statistiques et qualitatives concernant le quartier et le village<sup>20</sup>, et d'autre part de m'introduire auprès des familles avec lesquelles j'allais mener mon enquête.

L'enquête en milieu rural a composé la seconde phase : elle s'est déroulée dans le village de Pimperna<sup>21</sup>. En raison du climat soudanien de la région, qui impose de grandes chaleurs dès le mois d'avril puis de fortes précipitations dès le mois de juin, il était plus favorable de mener cette recherche en début de terrain. C'est ainsi que j'ai séjourné 6 semaines à Pimperna, entre les mois de février et de mars 2007. J'ai également passé plusieurs week-ends dans le village, afin de rendre visite à mes hôtes et d'approfondir certains résultats. Ce village a été choisi pour sa position géographique (18 Km de Sikasso sur l'axe goudronnée Sikasso-Ségou) et par

---

<sup>20</sup> Ces données étaient nécessaires afin de compléter les fiches quartier et village. Voir Annexe 2.

<sup>21</sup> Pour plus d'informations sur le village de Pimperna, consulter le chapitre « 3.3.2 Présentation du village de Pimperna ».

ses contacts avec des membres de la cellule, étant donné que plusieurs projets avaient déjà été mis en œuvre dans cette Commune Rurale (construction d'un CSCoM, projet d'Education et Développement). Grâce au Maire et au Chef du village, j'ai pu m'installer dans le village et bénéficier des services d'un agent de la Mairie chargé de m'accompagner lors des différentes démarches et d'assurer la traduction avec la population locale. Le jour après mon arrivée au village, le Maire et le Chef du village ont réunis les chefs des différentes familles afin de m'introduire et de présenter ma recherche. Durant les deux premières semaines, j'ai profité de m'accoutumer à la vie villageoise tout en menant une première série d'entretiens formels. Par la suite, j'ai investi du temps au niveau du CSCoM, en participant aux différentes activités (consultations, vaccinations, accouchements) en tant qu'observatrice. L'idée de faire de l'observation participante dans le centre de santé est venue principalement du Maire, pour qui il était important que j'aie un point de vue sur l'ensemble des pratiques thérapeutiques possibles dans la Commune de Pimpérna.

L'enquête en milieu urbain a constitué la troisième phase de cette recherche. Elle s'est déroulée durant les mois de mai et juin dans le quartier de Mancourani<sup>22</sup>, à Sikasso. Le choix de ce quartier, sélectionné pour son ancienneté, avait été effectué lors de mon séjour à Bamako avec D. Diallo du DMT et le Dr. Dicko, responsable du PSDS à Sikasso. Les deux protagonistes de ce choix, bientôt rejoints par d'autres membres du BUCO ainsi que par le Chef du quartier de Mancourani, insinuaient l'hypothèse sous-jacente suivante : *un quartier « traditionnel » a des pratiques « traditionnelles » encore vives*. Cette supposition, admise comme une réalité par les acteurs qui m'encadraient, devait me permettre de déceler un « fond de pensée traditionnelle » qui engendrait des pratiques « traditionnelles ». Grâce au Dr. Dicko, j'ai été présentée au Chef de quartier qui m'a invitée lors d'une rencontre des femmes de l'Association pour le Développement de Mancourani<sup>23</sup>. J'ai pu alors me présenter et exposer ma recherche. Lors de cette séance, le Chef de quartier m'a désigné un traducteur, chargé de m'accompagner lors de toutes mes démarches dans le quartier.

---

<sup>22</sup> Pour plus d'informations sur le quartier de Mancourani, consulter le chapitre « 3.3.3 Présentation du quartier de Mancourani ».

<sup>23</sup> L'Association pour le Développement de Mancourani (ADM) est une petite association de quartier qui a pour but d'améliorer les conditions de vie de ses habitants. Fondée en mars 2007, elle a notamment établi un programme de micro-crédits pour les femmes et élabore un projet d'assainissement et d'évacuation des eaux usagées.

### **3.3.2 Présentation du village de Pimperna**

Situé aux abords de l'axe goudronné reliant Sikasso à Ségou, le village de Pimperna est le chef-lieu de la Commune Rurale de Pimperna, qui regroupe 12 villages. Selon les statistiques<sup>24</sup>, le village de Pimperna comptait 479 personnes au moment de l'enquête. A quelques 18 Km de la ville de Sikasso, le village fait partie de l'aire culturelle sénoufo, qui englobe toute la région sud du Mali ainsi que le nord de la Côte d'Ivoire et la partie sud-ouest du Burkina Faso. Les habitants de Pimperna sont donc majoritairement sénoufo, mais on compte également de nombreux Bambara, ainsi que des familles peuls et dogons. Hormis dans un cadre familial restreint et spécifique (peul, dogon), les langues parlées sont le sénoufo et le bambara. Par la diversité des ethnies présentes à Pimperna, la langue bambara tend à s'imposer comme langage véhiculaire, alors que le sénoufo « pur » se perd peu à peu. La proximité de la ville accentue encore la présence du bambara, généralement utilisé dans les échanges commerciaux.

Le village est composé de 5 quartiers, dont les quartiers principaux se sont reformés au bord de la route menant à Ségou lorsque celle-ci a été bitumée. Les autres quartiers sont accessibles à pied, à vélo ou à moto, en empruntant de petits chemins de brousse plus ou moins accidentés. En saison sèche, on rejoint facilement les divers quartiers, mais la présence d'un marigot aux environs du village rend l'accès à certains quartiers plus difficile pendant la saison des pluies. En effet, l'eau de pluie accroît le marigot qui se transforme alors en un cours d'eau, qui peut s'avérer profond et dangereux. Il faut alors emprunter d'autres pistes qui contournent le marigot, ce qui augmente le temps d'accès à ces quartiers. Le village ne possède ni électricité, ni eau courante. En revanche, deux forages équipés de pompes permettent aux habitants d'avoir accès à l'eau potable en tout temps. On recense également de nombreux puits dans les différents quartiers ainsi que dans les champs et les jardins potagers.

Les ressources économiques proviennent essentiellement de l'agriculture : chaque famille possède des terres arables où l'on cultive des céréales (mil, sorgho, maïs), du coton et de l'arachide. Le climat favorable de la région a permis le développement de la culture maraîchère (pommes de terre, choux, salades, carottes) et des arbres fruitiers (orangers, papayers, manguiers). On pratique également l'élevage, la pêche et la chasse du petit gibier. D'autres activités lucratives se sont développées au bord de l'axe goudronné : ateliers de

---

<sup>24</sup> Les statistiques de population se basent sur le recensement effectué en 2000, auquel on ajoute chaque année 0,27% pour obtenir la population effective du village.

mécanique, petites boutiques, vente de nourriture, boucherie... Le marché hebdomadaire de Pimperna a lieu chaque samedi : il permet aux habitants du village et des villages avoisinants de vendre leurs produits et de se ravitailler en vivres, en habillement et en petit matériel. De nombreux villageois participent également au grand marché hebdomadaire de Sikasso, rejoignant la ville à pied grâce à divers types de véhicule (charrette, vélo, moto, moto-taxi ou mini-bus).

La majorité des habitants déclarent être de confession musulmane. Bien que le village ne dispose pas de sa propre mosquée, de nombreux villageois pratiquent la prière<sup>25</sup> et certains se rendent dans un village voisin pour la grande prière du vendredi. La population est très imprégnée par la notion de destin, qui est prégnante dans l'idéologie musulmane. Parallèlement à l'Islam, certaines croyances et pratiques relèvent de ce que les habitants eux-mêmes nomment « la tradition ». Il s'agit de coutumes de type animiste accomplies lors de certains événements. Chaque quartier possède également un « vestibule traditionnel », qui est une petite pièce de banco munie de deux portes face à face. Cette pièce est essentiellement dédiée aux rencontres, mais elle peut servir de lieu de réunion pour la prière du soir ou pour la conclusion d'un mariage. On note également des lieux « sacrés » ou « tabous » qui font preuve d'un certain respect, voire d'une crainte de la part des villageois : c'est le cas d'un endroit spécifique du marigot qui serait habité par des génies malfaisants (*djinnns*). Il existe également un champ en amont du village qui se recouvre de pois sucrés. D'après les villageois, il est impératif d'arracher les plants de ces pois sucrés, sous peine de provoquer un grand malheur : par exemple, il y a quelques années, un grave accident de camion a provoqué la mort de 60 personnes. L'incident s'est déroulé non loin dudit champ, et après vérification, il s'est avéré que personne n'avait arraché les pois sucrés. On a alors immédiatement associé les deux faits, dans une logique de cause à effet.

Le village est dirigé par un chef qui représente l'administration. Il est notamment en charge de régler les conflits entre particuliers, d'accueillir les étrangers et d'assurer le recouvrement des impôts. A Pimperna, le chef de village est choisi selon son âge parmi trois familles, qui sont

---

<sup>25</sup> Selon la doctrine musulmane, le fidèle doit accomplir cinq prières quotidiennes, qui constituent le « deuxième pilier » de l'Islam. La première prière est offerte aux alentours de 6h, la seconde vers 14h, la troisième vers 16h, la quatrième au coucher du soleil vers 18h, et la cinquième vers 20h. Selon leurs disponibilités, les villageois pratiquent la totalité des prières, ou tentent de « regrouper » plusieurs prières au même moment.

historiquement les premiers hommes du village<sup>26</sup> : l'homme le plus âgé entre ces trois familles assure cette fonction jusqu'à son décès. S'il vient à mourir, c'est le doyen parmi les trois familles reprendra ce rôle. Ainsi, ce pouvoir n'est pas exclusif et peut passer d'une famille à l'autre. Concernant l'autorité coutumière, elle est exercée par le chef d'une seule famille, qui fait d'ailleurs partie des trois familles dont le chef peut potentiellement être élu en tant que chef de village. Le chef coutumier préside certaines cérémonies, comme le sacrifice de volailles lors de la fête traditionnelle du village. En raison de sa position de chef-lieu d'une commune rurale, Pimperna abrite également les locaux de la Mairie. Le maire est chargé de l'administration publique et incarne l'autorité. Il est élu par le peuple et représente le Président de la République.

Au niveau des structures sanitaires, le village est doté d'un Centre de Santé Communautaire (CSCoM). Financé par la Coopération Suisse, il a remplacé un petit dispensaire qui était muni d'un dépôt de médicament. Les activités du CSCoM de Pimperna ont débuté en février 2004 et sa fréquentation a largement augmenté depuis les premiers mois, ce qui démontre notamment un changement dans les pratiques thérapeutiques des habitants. Il assure les soins médicaux dans l'aire de santé de Pimperna, composée de 12 villages<sup>27</sup>. Le centre emploie cinq agents de santé : une cheffe de poste, deux matrones responsables de la maternité, un responsable du dépôt de vente des médicaments et un aide-soignant responsable de la salle de soins. D'après le registre des consultations, les principaux problèmes médicaux sont le paludisme<sup>28</sup>, les problèmes intestinaux (amibes, diarrhées) et les infections respiratoires (bronchite), la toux, les avortements.

Depuis 1998, le village possède sa propre école. Composée de six classes dirigées par trois enseignants, elle assure le premier cycle. L'établissement d'une structure scolaire dans le village a augmenté le taux de scolarisation des enfants, cependant le taux de fréquentation reste faible. En effet, les parents n'envoient pas tous leurs enfants à l'école : ils préfèrent employer certains d'entre eux pour les travaux champêtres, pastoraux ou domestiques afin d'assurer l'exploitation familiale, qui fournit revenus et nourriture à l'ensemble de la famille.

---

<sup>26</sup> Bien qu'étant actuellement trois grandes familles distinctes, toutes trois portent le patronyme du fondateur du village : Diamouténé.

<sup>27</sup> Parmi ces 12 villages, Pimperna et Tola sont les seuls à être situés à moins de 5km du CSCoM. Les autres villages sont quant à eux situés à une distance inférieure à 15 km. Certains patients viennent aussi de villages qui ne font pas partie de l'aire de santé de Pimperna, mais dont le CSCoM est plus éloigné que celui de Pimperna.

<sup>28</sup> Durant la période de l'enquête, près de la moitié des patients venus en consultation ont été diagnostiqués paludéens.

A cause de ces mêmes travaux, les enfants scolarisés ne fréquentent pas l'école tous les jours et prennent ainsi du retard, ce qui les contraint souvent à abandonner leurs études. Ainsi, peu d'écoliers achèvent leur parcours scolaire. D'autre part, ceux qui ont la chance de continuer leurs études à Sikasso préfèrent par la suite s'installer en ville, où les conditions de vie sont meilleures et les chances d'obtenir un emploi plus grandes. Outre l'école, certaines femmes du village ont eu l'occasion de participer à un cours d'alphabétisation en bambara et en sénoufo. Elles ont ainsi appris à lire, à écrire et à compter dans ces deux langues.

### **3.3.3 Présentation du quartier de Mancourani**

Mancourani est l'un des plus anciens quartiers de Sikasso. Situé au sud de la ville, il est délimité à l'ouest et au sud par l'ancienne muraille du *Tata*<sup>29</sup>, à l'est par le quartier de Sanbougou et au nord par le quartier de Kaboïla. Depuis le centre-ville, on y accède soit par le quartier de Sanbougou, soit par une route goudronnée qui passe sur un petit pont surplombant un marigot. La présence du pont et des murailles du *Tata* donne l'impression d'un îlot bien délimité par rapport aux autres quartiers de Sikasso. Mancourani recouvrant une large superficie, il a été divisé en trois parties : Mancourani I, où s'est déroulée mon enquête, Mancourani II et Mancourani-Nantien ou Plateau. La majorité de la population est d'ethnie sénoufo ou bambara, mais une forte mobilité a concentré plusieurs groupes ethniques dans le quartier. On retrouve ainsi des Minyanka, des Dogons, des Peuls, des Touaregs, des Bozos, une grande partie des ethnies présentes sur le territoire malien, mais également du Ghana et du Burkina voisins. La langue majoritairement parlée est le bambara, qui surpasse aujourd'hui de loin le sénoufo originel. Le bambara étant la langue utilisée pour le commerce, elle tend à s'imposer comme langage véhiculaire au Mali. De plus, la ville de Sikasso est très proche des frontières burkinabé et ivoiriennes, où les habitants sont de langue dioula et avec qui les échanges sont notables. La plupart des informateurs rencontrés m'ont même avoué ne pas connaître du tout le sénoufo, bien qu'étant d'ethnie sénoufo ! Seules certaines personnes âgées ou des personnes ayant effectué un long séjour dans un village sénoufo maîtriseraient encore cette langue. Certaines jeunes gens ont même eu l'air de se moquer alors que je leur posais la question de leur langue usuelle : ils m'ont assuré que le sénoufo était uniquement l'apanage des milieux ruraux.

Comme à Pimperna, la majorité des habitants déclarent être de confession musulmane. Le

---

<sup>29</sup> Muraille de banco édifée en 1890 afin de protéger la ville contre l'envahisseur français.

quartier de Mancourani I est d'ailleurs doté d'une imposante mosquée de brique peinte en blanc, qui sert de lieu de rencontre pour les croyants mais aussi de repère au sein du quartier. Plus encore qu'au village, il m'a semblé que les gens étaient fortement attachés aux pratiques et conceptions relatives à la religion. Parallèlement, la ville a semble-t-il apporté une plus grande liberté des mœurs quant à certains comportements, comme la consommation d'alcool chez les jeunes ou l'autonomie de la femme face à son mari. D'autre part, les pratiques de type animiste, encore très marquées au village, semblent amoindries, étant même dans certains cas largement dépréciées. Personne n'a jamais mentionné de lieux sacrés ou tabous, comme c'était le cas à Pimperna. Le marigot qui marque symboliquement la frontière du quartier est apparemment exempt de tout génie, mais n'ayant pas approfondi cet aspect spécifique du quartier, il est possible qu'un lieu spécifique et relatif à quelque croyance n'ait pas été cité lors de mes investigations, volontairement ou par mégarde.

Le niveau de vie à Mancourani est très variable selon les familles. Comme je l'ai mentionné en début de chapitre, Mancourani est un vieux quartier inclus dans les limites du *Tata*, donc datant probablement de la première construction de la ville au début du 19<sup>e</sup> siècle. Les habitations sont généralement en banco ancien ou rénovées et peintes, mais on voit de plus en plus de maisons faites de brique en ciment. La richesse ne se démontre pas par la superficie d'une cour ou par le nombre de chambres disponibles, mais par l'agencement de la maison et l'aménagement de la cour. Une famille aisée possèdera par exemple un salon aménagé de fauteuils et de l'inévitable télévision, d'un frigidaire, et de nombreuses chaises en plastique pour accueillir les visiteurs de passage. La maison sera équipée de l'électricité et possèdera une arrivée d'eau privée dans la cour et parfois à l'intérieur de la maison. Un ménage à revenus plus bas se contentera de nattes et de chaises, dans une maison parfois vétuste, sans eau ni électricité. Il faut toutefois noter que la plupart des cours sont aménagées d'un puits permettant aux habitants de se ravitailler en eau.

Les axes goudronnés sont dépourvus de lumière, excepté l'avenue Abdoullaye Wade qui traverse le quartier et mène au centre-ville. L'évacuation des eaux usagées est un problème récurrent, présent dans l'ensemble de la ville et particulièrement dans le secteur de l'enquête. Sikasso n'est doté d'aucun système pour se débarrasser des eaux usagées, hormis quelques caniveaux creusés le long des principales voies goudronnées. Mon secteur de travail est particulièrement touché par ce problème, étant donné qu'une savonnerie déversant plusieurs litres d'eau souillée par jour est installée en amont. Le niveau d'insalubrité est accentué par

les ménages qui renvoient leurs déchets domestiques dans la rue, ainsi que des détritiques qui jonchent en permanence le sol.

Le quartier possède en lui-même de nombreuses possibilités de ressources économiques : outre des vendeurs provenant du marché informel, on note la présence de nombreuses boutiques de ravitaillement en produits divers et petite alimentation, d'ateliers d'artisanat (menuiserie, tissage, savonnerie, couture...) ou d'autres services (ateliers de mécanique et vente d'essence, maquis et petits restaurants...). Evidemment, la proximité du centre-ville offre aux habitants de Mancourani de multiples occasions de trouver une activité lucrative, particulièrement dans le domaine du commerce et de la sous-traitance. Parmi les familles ciblées pour l'enquête, j'ai noté une forte proportion de chauffeurs. Sikasso étant sur un axe routier privilégié entre le Mali, le Sud du Burkina et les pays côtiers tels le Ghana et le Togo, les occasions de travailler dans les transports sont proportionnelles au taux d'échanges commerciaux entre ces pays.

La gestion du quartier est assurée par un chef, désigné par les habitants. Comme à Pimperna, la chefferie est accordée à un certain nombre de familles, qui se trouvent être les plus anciennes du quartier. Au décès d'un chef, on désigne parmi les volontaires issus de ces familles le nouveau chef. Ses fonctions seront d'ordre administratif, tel que représenter le quartier à la mairie ou superviser le recouvrement des impôts annuels. Mais il endosse également les fonctions d'un chef traditionnel, assurant notamment la gestion des litiges. Le chef de quartier actuel a repris cette fonction suite au décès de son père ; personne ne voulant assurer ce poste, il s'est porté volontaire mais à titre provisoire. En outre, il est également conseiller municipal, ce qui permet à Mancourani d'avoir une visibilité renforcée au sein de la mairie.

Au niveau sanitaire, le quartier est doté d'un CSCom qui prend en charge les consultations ambulatoires ainsi que les vaccinations. Une maternité fait également partie du centre. Le CSCom emploie 5 agents de santé, tout comme à Pimperna. Comme je n'ai pas visité personnellement cette infrastructure, je ne peux émettre aucun jugement sur le niveau de maintenance, ni sur l'efficacité des soins offerts. Le quartier abrite aussi une école publique regroupant les niveaux élémentaires (premier cycle) ainsi que des institutions privées.

### **3.4 Méthodes de collectes des données**

Deux méthodes ont guidé cette recherche dans la production des données nécessaires : premièrement j'ai effectué une prospection littéraire, puis j'ai mené une enquête de terrain.

#### **3.4.1 Revue documentaire**

Ce travail documentaire s'est principalement déroulé en Suisse, avant mon départ sur le terrain et à mon retour. Il a fourni des informations sur le cadre théorique général et a permis l'élaboration de la problématique. Il a également procuré des renseignements sur le milieu où se déroulerait l'enquête, ainsi que des informations et des données sur le paludisme. Outre des ouvrages d'anthropologie médicale, j'ai consulté des livres, articles et sites Web qui portaient sur l'endémie paludique et la construction sociale des maladies en Afrique de l'Ouest. En plus de ces nombreuses informations théoriques et contextuelles, j'ai aussi parcouru des textes portant sur la recherche de terrain en anthropologie, sur le statut du chercheur et sur la manière de mener des entretiens. Au cours de ces lectures, j'ai pu compléter la grille d'entretien qui me servirait de canevas lors de l'enquête de terrain. Par la suite, cette revue documentaire a également servi de base pour l'analyse des données récoltées sur le terrain.

#### **3.4.2. Enquête de terrain**

Comme je l'ai mentionné plus haut, le terrain d'une durée totale de 5 mois s'est déroulé en plusieurs phases et plusieurs lieux. Au niveau de la récolte des données, une première partie s'est déroulée en milieu rural et une seconde partie en milieu urbain. Lors de ces deux phases, j'ai appliqué deux techniques propres à la démarche anthropologique : l'organisation d'entretiens avec divers informateurs, et l'observation du contexte socioculturel. En plus d'une grille d'entretiens, j'ai également établi des fiches d'informations pour le village et le quartier étudiés, ainsi que pour les familles interrogées<sup>30</sup>.

##### **3.4.2.1 Les entretiens**

J'ai mené des entretiens approfondis semi-directifs et libres, formels et informels avec des membres issus de 18 familles au total, dont 8 à Pimperna et 10 à Mancourani. Je me suis également entretenue avec des représentants de l'administration publique, des agents de santé et des guérisseurs (2 à Pimperna, 1 à Tola – un village voisin de Pimperna – et 1 à

---

<sup>30</sup> A ce propos, voir l'Annexe 2.

Mancourani). De plus j'ai eu de nombreuses conversations spontanées avec des personnes d'origine et de statut variés, tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au village, les entretiens formels se déroulaient de la manière suivante : après avoir ciblé une famille avec la personne qui me servait d'interprète, nous nous rendions auprès du chef de famille pour nous présenter, expliquer notre projet et demander l'autorisation de mener des entretiens au sein de sa famille. Nous n'avons jamais rencontré de refus formel, bien que l'on puisse parfois ressentir une gêne de la part des futurs informateurs. Avec l'accord du chef de famille, nous fixions un rendez-vous ultérieur avec certains membres de la famille. En milieu urbain, mon interprète se chargeait de prendre contact avec les familles ciblées par lui-même. Il s'organisait pour avoir au moins deux entretiens à mener dans la même famille et de préférence le même jour, l'un avec les femmes, l'autre avec les hommes. Mon expérience rurale m'a permis de mieux agencer les entretiens dans le quartier, d'imposer mon organisation et mon timing à l'interprète, ce que je n'ai pas pu faire au village. De ce fait, je n'ai mené que 13 entretiens formels à Pimperna<sup>31</sup>, contre 37 à Mancourani<sup>32</sup>.

Les entretiens se déroulaient très souvent sur le lieu d'habitation de la famille, sous un hangar de la cour. Les activités à l'intérieur de la cour variaient selon l'heure de l'entretien. Hormis les individus ciblés, il pouvait donc y avoir d'autres personnes présentes sur le lieu de l'entretien, par exemple des femmes préparant le repas, des enfants, des gens de passage ou des visites. Ces personnes prenaient parfois part à l'entretien. Même lorsque ce n'était pas le cas, ce climat n'inspirait pas toujours aux confidences, mais cela permettait également de percevoir les relations entre les différents membres de la famille, et notamment les rapports institués par le pouvoir et le savoir<sup>33</sup>. La technique des entretiens individuels que j'avais prévu de mettre en place n'a pas pu être appliquée pour les raisons précitées. A la place, j'ai mené des entretiens de type « focus group », soit avec les hommes (chef de famille et chefs de ménage<sup>34</sup>), soit avec les femmes, et parfois les deux réunis. Dans le quartier de Mancourani, j'ai effectué dans chaque famille sélectionnée un second tour, afin d'approfondir les éléments abordés durant les premiers entretiens. Malheureusement, je n'ai pas pu faire de même au

---

<sup>31</sup> 7 avec des chefs de famille et de ménage, 3 avec des femmes, 1 avec un chef de famille et les femmes de la famille, 2 avec des guérisseurs.

<sup>32</sup> 16 avec des hommes, 20 avec des femmes, 1 avec un guérisseur.

<sup>33</sup> A ce propos, voir le chapitre « 9. gestion des ressources cognitives ».

<sup>34</sup> Dans ce document, je distingue les chefs de famille, qui sont les fondateurs des grandes familles du village ou du quartier, et les chefs de ménage, qui dirigent les « unités familiales » composée des épouses et des enfants de ces derniers.

village, ce qui explique le petit nombre d'interviews réalisées à Pimperna. En revanche, j'ai eu beaucoup plus d'occasions de mener des discussions informelles, me permettant de récolter d'autres types d'informations et dans un cadre plus détendu.

La grille d'entretien élaborée dans la phase de pré-terrain m'a servi de canevas, mais la discussion libre était privilégiée afin de recueillir le plus de données qualitatives possibles. Les premières questions portaient sur les maladies les plus fréquentes durant la période de l'enquête (février-mars pour l'enquête rurale, mai-juin pour l'enquête urbaine). Puis nous abordions plus précisément le paludisme, en recensant les différentes entités nosologiques locales liées au paludisme (traduit par le terme *sumaya*), les définitions et les symptômes de ces affections, ainsi que les itinéraires thérapeutiques empruntés pour résoudre ces événements morbides. Par la suite, la discussion était focalisée sur les pratiques d'automédication, les remèdes dits traditionnels, les plantes médicinales utilisées, les pratiques de prévention ainsi que sur la question de la transmission des savoirs. Tous les entretiens formels que j'ai réalisés au village ont été retranscrits par prise de note directe. En effet, ne maîtrisant pas les langues vernaculaires, j'étais toujours accompagnée d'une personne qui se chargeait de la traduction<sup>35</sup>. Pendant qu'il traduisait mes questions et les propos de mes interlocuteurs, j'avais amplement le temps de retranscrire la discussion et de réfléchir à la suite à donner à l'entretien. Quant aux entretiens menés en milieu urbain, ils ont été enregistrés sur support mp3, après accord préalable des acteurs en présence, puis retranscrit selon une méthode thématique.

Outre ces conversations de type formel, j'ai eu l'occasion d'aborder le sujet de la maladie et du paludisme à de nombreuses reprises, lors des visites de courtoisie dans les différentes familles ciblées pour l'enquête, pendant l'épisode palustre d'un malade ou lors de discussions informelles avec des amis. Lors de ces discussions libres, j'ai pu recueillir un grand nombre d'informations sur les représentations de la maladie, les perceptions du phénomène morbide, ainsi que ces conséquences au niveau social, économique et symbolique.

#### *3.4.3.2 L'observation*

L'observation, qu'elle soit directe ou participante, est un moyen supplémentaire de collecter des données qualificatives. Cette méthode a été principalement utilisée durant l'enquête en

---

<sup>35</sup> A ce propos, voir le chapitre « 3.5.2 Langue ».

milieu rural, où j'ai tenté de m'insérer au mieux parmi la population en participant aux activités quotidiennes et aux événements qui ponctuaient la vie villageoise. Dans un premier temps, j'ai essentiellement fait de l'observation directe du milieu d'étude. En effet, durant les deux premières semaines, j'étais considérée comme une invitée et en tant que telle, je me devais d'adopter un comportement adéquat pour ne pas vexer les personnes qui m'accueillaient. Par la suite, j'ai peu à peu réussi à m'imposer et j'ai pu mener quelques occupations, telles qu'aider à la construction des maisons en banco ou accompagner les hommes au champ. Mon insertion dans la communauté villageoise s'est d'ailleurs essentiellement déroulée à travers les hommes et les vieux, plus ouverts et moins méfiants que les femmes. Après quelques temps, j'ai quand même pu entrer dans l'« univers féminin », par exemple en accompagnant les femmes puiser de l'eau ou en les aidant à préparer les repas. En plus d'occuper mon temps en dehors des entretiens, cela m'a permis d'observer les comportements quotidiens des individus, la relation qu'ils entretiennent avec leur environnement et leurs pairs à travers leurs activités, ainsi que leurs interactions tant verbales qu'implicites. Ainsi, j'ai tenté de saisir les motivations de leurs actes, de comprendre leurs systèmes de valeurs et d'appréhender leur vision de l'univers. Par l'observation, j'ai aussi pu vérifier l'écart entre les discours et les pratiques. Enfin, participer à la vie du village m'a également permis d'acquérir une place et de me forger un statut au sein du village, qui oscillait entre hôte et résidente temporaire. Ce statut privilégié que l'on m'a accordé m'a permis de tisser des liens basés sur l'amitié, la confiance et le respect, ce qui a grandement prévalu pour ma recherche. Malgré cela, il m'a fallu garder un minimum de recul critique pour ne pas « se faire absorber par le terrain ». Maintenir une certaine distance avec les sujets étudiés a été un exercice difficile : alors que sur le terrain, tout (entourage, environnement, déroulement des activités quotidiennes) poussait à se fondre dans le milieu, il s'agissait de sortir du statut assigné<sup>36</sup> afin de considérer d'un œil neutre et à travers des « lunettes ethnologiques » les événements et les individus. Cette démarche m'a notamment incitée à me recentrer sur ma problématique et à la redéfinir constamment.

Cet exercice de distanciation a été facilité lors de l'enquête urbaine, étant donné que je ne résidais pas sur mon lieu d'études. En effet, je logeais dans un quartier éloigné de Mancourani, où je me rendais chaque jour. L'observation du milieu en a son doute été amoindrie : en effet, malgré une bonne connaissance du secteur ainsi que des familles

---

<sup>36</sup> A ce propos, voir le chapitre « 3.5.3 Le statut assigné à la chercheuse ».

concernée par l'enquête, je n'ai pas eu beaucoup d'occasions de participer à la vie quotidienne et usuelle du quartier. Je me suis tout de même engagée au niveau de l'Association pour le Développement de Mancourani<sup>37</sup>, par le biais de laquelle j'avais été présentée aux habitants du secteur. Lors de balade dans le quartier avec mon traducteur, j'ai également visité quelques ateliers d'artisanat (savonnerie, tissage, menuiserie) et profité de la présence de boutiquiers pour me ravitailler. J'ai également pris part à quelques activités d'une association luttant contre le VIH/Sida et dont faisait partie mon interprète (projections de films de prévention, débats-causeries). De ce fait, les gens du secteur me reconnaissaient, me saluaient, mais je n'ai pas pu créer de véritables liens d'amitié comme ce fût le cas à Pimperna, à l'exception de la famille de mon interprète et d'une autre famille ciblée qui abritait le quartier général de l'Association de Mancourani.

#### ***3.4.3 Deux terrains, deux engagements différents : conséquences sur la qualité des données***

Comme je l'ai présenté au cours de ce chapitre, les deux milieux étudiés se révèlent être deux types de terrain fondamentalement différents, non seulement par leur contexte mais particulièrement par la manière dont ces deux expériences ont été vécues. En effet, il me semble qu'il subsiste un fort déséquilibre entre l'enquête de terrain menée à Pimperna et celle de Mancourani, qui consiste essentiellement en un type d'engagement fondamentalement différent.

Dans le village de Pimperna, qui a été mon premier terrain de recherches anthropologiques, mon engagement envers les habitants était de type émotionnel, personnel et social. L'objectif principal qui s'est rapidement dégagé, était de se faire accepter par les villageois, à me « fondre dans la masse » pour essayer de mieux comprendre les réalités de la vie en milieu rural. Bien que ce ne fût pas ma première immersion dans un milieu villageois en Afrique de l'Ouest, c'était ma première approche de type anthropologique de la culture malienne, et sénoufo en particulier. La récolte de données me semblait certes importante et je me sentais dans un cadre privilégié pour exécuter ce type d'activité, mais mon envie de rencontrer les gens, de les connaître et de tisser des liens d'amitié prévalait sur celui d'appréhender le chapitre de la maladie et des pratiques thérapeutiques. Il me tenait à cœur de me faire accepter

---

<sup>37</sup> L'Association pour le Développement de Mancourani (ADM) est une petite association de quartier qui a pour but d'améliorer les conditions de vie de ses habitants. Fondée en mars 2007, elle a notamment établi un programme de micro-crédits pour les femmes et élabore un projet d'assainissement et d'évacuation des eaux usagées.

par mes confrères en tant qu'individu plutôt qu'en tant que chercheuse, une image qui me paraissait impersonnelle et relevant un peu du voyeurisme. Malheureusement, cela peut se ressentir au niveau des données récoltées, car je n'ai pas su imposer ma vision sur l'organisation de l'enquête et la rigueur nécessaire à ce type d'investigation.

Dans le quartier de Mancourani, mon approche fût tout autre. Le fait de ne pas habiter sur mon lieu de recherches m'a permis de garder à l'esprit une distance critique tout au long du déroulement de l'enquête. Désireuse de rester maître de ma propre enquête, j'ai très vite imposé mon organisation et mon rythme à mes collaborateurs. Pour ce faire, j'ai décidé de rémunérer mon traducteur d'après le travail effectué (nombre d'entretiens), ce qui a établi entre nous une relation professionnelle. Suite à mon expérience au village, et compte tenu du peu de données récoltées de manière formelle (par entretien), mon désir de scientificité s'est largement accru durant mes investigations en milieu urbain, où je désirais avant tout recueillir des faits ethnographiques exploitables. Après un premier passage dans les familles, je retranscrivais régulièrement les entretiens effectués, ce qui me permettait de souligner les points importants et essentiels à approfondir au cours du deuxième entretien mené dans ces mêmes familles. Cette méthode rigoureuse a permis de soulever de nombreuses pratiques thérapeutiques fondant la pertinence de cette enquête.

Il est évident que les deux terrains effectués n'ont pas eu la même répercussion sur l'enquête dans sa totalité, et spécifiquement dans la quantité et la qualité des données. Les deux types d'engagement soulignés ci-dessus expliquent le déséquilibre entre le nombre d'entretiens menés au village (13) et en ville (37). Bien que mon expérience en milieu rurale soit substantielle, la majorité des pratiques et des réflexions exposées dans ce travail s'appuient sur mes investigations en milieu urbain. Toutefois, étant toujours restée en contact avec le village de Pimperna, j'ai eu l'occasion de confronter et vérifier certains aspects de l'enquête urbaine. De plus, je n'ai pas relevé de différences fondamentales dans la gestion de la maladie entre les deux milieux. Ceci m'a donc permis d'insérer sans problème les données rurales à l'analyse des entretiens urbains.

### **3.5 Problèmes rencontrés sur le terrain**

« *On croit qu'on va faire un voyage, et petit à petit c'est le voyage qui nous fait, ou nous défait* ». Cette citation de l'écrivain-voyageur suisse Nicolas Bouvier semble bien convenir à

l'expérience du terrain ethnologique : on pense qu'on va faire un terrain, et finalement c'est le terrain qui nous fait ! Alors qu'on tente de délimiter au mieux le terrain en définissant la période, la durée, le nombre d'entretiens, et en gérant son insertion dans le milieu socioculturel, la qualité de production des données, la relations avec les informateurs, les aspects économiques et symboliques, ces différents paramètres sont souvent dictés par le terrain lui-même. Ainsi, tout au long de cette recherche, j'ai été confrontée à plusieurs difficultés qui ont sans aucun doute modifié le déroulement et les résultats de cette investigation, dont le premier était, comme je l'ai déjà mentionné, mon statut de stagiaire<sup>38</sup>.

### **3.5.1 Période**

Concernant la période de l'enquête, il aurait été plus judicieux de mener ma recherche durant l'hivernage et les mois suivants (juin-novembre), car c'est à ce moment que les épisodes palustres sont les plus fréquents, en raison de l'abondance des pluies. Malheureusement, pour des questions d'organisation de mon cursus universitaire, il ne m'a pas été possible de partir à cette période, et mon terrain s'est donc déroulé entre la saison sèche et le début de la saison pluvieuse. Je pensais alors que peu de cas de paludisme seraient enregistrés dans les semaines de mon enquête, mais les premiers résultats ont démontré que le paludisme, ou du moins les épisodes morbides qui étaient considérés comme des épisodes palustres par les populations, étaient récurrents durant toute l'année. A ce propos, il faut souligner que certaines formes du *Plasmodium* peuvent survivre dans l'organisme plusieurs mois, voire plusieurs années. Le virus contracté peut ainsi entraîner un épisode morbide bien après la piqûre par le moustique infecté. Même si peu d'accès pernicieux ont eu lieu durant la période de l'enquête, on peut toutefois affirmer que les données récoltées font état d'une perception générale de la maladie.

### **3.5.2 Langue**

Le problème le plus important rencontré durant toute l'enquête a été la barrière de la langue. En effet, ne parlant ni le bambara (langue véhiculaire au Mali et maîtrisée par une grande majorité), ni le sénoufo (langue majoritaire parlée au village), je n'ai pas pu avoir accès aux interactions discursives quotidiennes, qui constituent pourtant une dimension fondamentale de l'observation participante. Par conséquent, une grande partie des discours usuels m'ont échappé, ce qui m'a empêché de comprendre au mieux les relations interindividuelles qu'entretenaient les individus entre eux, les problèmes locaux auxquels ils étaient confrontés

---

<sup>38</sup> A ce propos, voir le chapitre « 3.2 Le statut de stagiaire ».

et les multiples représentations qu'ils avaient de leur environnement et des différentes situations quotidiennes qui se présentaient.

Afin de récolter les informations nécessaires lors des entretiens, j'ai eu recours à des interprètes. Tant en milieu rural qu'urbain, je me suis adressée à un membre de l'autorité locale afin de trouver la personne adéquate, compétente et consentante pour remplir cette fonction. A Pimperna, le Maire a d'emblée mis à ma disposition deux de ses collaborateurs. L'une de ces personnes, qui était également mon logeur, faisait partie de la famille du chef coutumier. Autochtone, il était totalement intégré au village et il est rapidement devenu un informateur privilégié pour mes investigations: il m'a introduite auprès des habitants du village et surtout auprès des différentes familles que j'ai interrogées. Il a joué le rôle d'interprète-traducteur lors des entretiens formels, m'a fourni la plupart des informations concernant le village et m'a accompagnée lors de mes sorties en brousse pour découvrir les différentes plantes médicinales recensées. J'ai développé avec lui une relation basée sur la confiance et l'amitié, ce qui a grandement prévalu pour les investigations. La deuxième personne était originaire d'un village situé à 50 Km de Pimperna. Bien qu'étant sénoufo, il ne parlait pas tout à fait le même dialecte que celui des habitants du village. Selon mon informateur privilégié, le fait qu'il soit « étranger » au village a passablement modifié les informations que j'ai pu récoltées lors des entretiens menés en sa présence<sup>39</sup> : « *il existe certains secrets qui ne seront pas dévoilés à sa face, parce qu'il vient d'ailleurs et que ceux-là n'ont pas le cœur ouvert* » (Pimperna, Traducteur, discussion informelle, 15 février 2007).

A Mancourani, le Chef de quartier m'a désigné un homme du quartier faisant partie de l'Association pour le Développement de Mancourani (ADM) et qui avait déjà mené des activités dans le domaine de la santé (participation à une association de lutte contre le VIH/Sida ainsi qu'à plusieurs cours relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, aux MST/IST, etc.). Sa famille était installée depuis très longtemps à Mancourani et il y a passé toute son enfance ainsi qu'une partie de sa jeunesse. De plus, son père était le chef des chasseurs de la région de Sikasso, une congrégation très réputée dans tout le pays et dont les membres sont initiés à certains secrets thérapeutiques. De part ses activités et sa présence assez charismatique, il était très connu dans le secteur de l'enquête. C'est lui qui se chargeait de cibler les familles et de prendre contact avec elles. Par ce fait, j'ai sans doute été la proie du

---

<sup>39</sup> En raison de ses activités professionnelles et privées, mon informateur privilégié n'était pas disponible en tout temps pour m'accompagner lors de mes entretiens, ce qui explique le recours à un deuxième traducteur.

phénomène d'enclichage, pour reprendre un terme d'Olivier de Sardan<sup>40</sup>. Malgré cela, cette personne était très consciencieuse dans son travail, et tout comme avec mes interprètes de Pimperna, j'ai développé avec lui des liens d'amitié qui ont rapidement supplanté le fondement professionnel de notre relation.

Bien que j'aie fortement apprécié la démarche du Maire de Pimperna et du Chef de quartier de Mancourani, ainsi que l'engagement de mes interprètes vis-à-vis de l'enquête, le problème de la langue a eu de fortes implications sur la recherche et les résultats obtenus. Premièrement, je n'ai pas pu échapper à une certaine instrumentalisation de la part de mes traducteurs. Par exemple, à Pimperna, mes traducteurs s'impliquaient parfois tellement dans les entretiens qu'ils corrigeaient mes questions en argumentant que « *ce n'était pas là qu'il voulait en venir pour le moment* » (Pimperna, Traducteur in Famille Zanga, 14 février 2007). Cette perte de contrôle lors de certaines entrevues m'a donné le sentiment d'être dépossédée de ma recherche, ne pouvant dès lors plus la conduire comme bon me semblait. Cependant, avec le recul, je constate que la manière de faire de mes traducteurs était plus adéquate pour récolter le type d'informations que je recherchais. Etant issu du milieu étudié, ils savaient par conséquent comment mener une discussion et obtenir des résultats éloquentes pour l'enquête. Dans le cadre des enquêtes à Mancourani, mon traducteur prenait également part au débat, donnait souvent des exemples de cas ou me livrait sa propre interprétation, parfois en dépit de celles des informateurs. Au lieu de le censurer, j'ai préféré le considérer comme un informateur de plus, dont le statut se rapprochait de celui d'informateur privilégié.

Je me permets toutefois de conserver une certaine réserve quant à la qualité des traductions effectuées. Bien que les traducteurs maîtrisaient le français de manière correcte, ils n'étaient pas interprètes de métier, et vu la complexité des langues vernaculaires et surtout les différences conceptuelles qu'elles entretiennent avec le français, j'ai certainement perdu une grande part de finesse dans le sens des discours. Certaines expressions, tournures de phrases et interprétations provenaient sans doute directement du traducteur-même, et non des interlocuteurs interrogés. De ce fait, il a été difficile de trier les informations entre les dires

---

<sup>40</sup> Selon Olivier de Sardan, « *l'insertion du chercheur dans une société ne se fait jamais avec la société dans son ensemble, mais à travers des groupes particuliers. Il s'insère dans certains réseaux et pas d'autres* » (2003 : 49). Mon interprète m'a sans doute introduite auprès des familles qu'il connaissait le mieux dans le secteur de l'enquête et qui représente d'après l'auteur sa « clique ».

des personnes interviewées et les ajouts de l'interprète. Pour contrer de telles difficultés, il aurait fallu maîtriser la langue vernaculaire et connaître toutes les représentations qui lui sont reliées. Cela demande une grande implication de la part du chercheur ; pour des questions de temps, il ne m'a pas été possible d'apprendre les dialectes locaux assez en profondeur pour être capable de conduire des entretiens dans ces langues. Recourir à un traducteur implique également une triple subjectivité, de la part de l'informateur, du chercheur et de l'interprète, qu'il est essentiel de prendre en compte à la lecture des résultats.

### ***3.5.3 Le statut assigné à la chercheuse***

Lors de deux terrains, j'ai tenu à exposer les raisons de ma présence et à clarifier mon statut de chercheuse dès le début. Malgré ces précautions, les habitants de Pimperna m'ont rapidement assimilée au domaine médical, pensant que j'étais médecin ou que le but de ma visite était la distribution de médicaments. Ceci s'est encore accentué lorsque j'ai commencé à fréquenter le CSCoM, et particulièrement les deux matrones qui sont devenues des personnes proches. Malheureusement pour moi, je ne me suis pas assez vite rendue compte que ces deux femmes étaient passablement externes au village, car affectées ici pour leurs compétences en soins infirmiers. Malgré cela, et grâce à mon informateur principal, je me sentais tout de même privilégiée dans ce milieu, et j'ai réussi à tisser des liens basés sur l'amitié, la confiance et le respect, ce qui a facilité la recherche. Lorsque j'ai quitté Pimperna, on m'a proposé de garder ma case à ma disposition, afin que je puisse aisément rendre visite aux gens du village, ce que j'ai fait régulièrement. Durant le reste de mon séjour au Mali, j'avais ainsi à Pimperna un statut oscillant entre l'hôte de marque et la résidente temporaire. Quant à ma présence à Mancourani, elle a été relativement bien comprise par les habitants. Sans doute que le fait de ne pas me voir loger dans le quartier a facilité mon insertion en tant que chercheuse. J'ai craint être trop vite assimilée à l'Association pour le Développement de Mancourani, puisque c'est à travers elle que j'ai été présentée aux habitants du quartier et que je côtoyais souvent des personnes engagées dans l'association (mon interprète ainsi que la famille qui accueillait les réunions). Mon inscription à l'ADM et ma participation active aux séances n'ont toutefois pas empiété sur ma volonté de rester avant tout une chercheuse, et malgré mes questions indiscretes et insistantes, mes informateurs m'ont toujours fait part d'un sentiment d'amitié.

Concernant mon statut de « blanche », mon âge et mon genre, il est certain que cela a prévalu sur l'enquête. Être étrangère, provenant d'Europe de surcroît, m'a probablement empêché

d'avoir accès à certaines données, et a suscité quelques demandes, spécifiquement d'ordre financier. Mais ce statut d'étrangère m'a également permis de récolter de précieuses informations, surtout avec les anciens et les guérisseurs. En effet, ces personnes ont été sensibles à mon intérêt pour leur environnement socioculturel, et le fait de m'être déplacée « de si loin » pour les rencontrer et me pencher sur les pratiques thérapeutiques m'ont valu un bon sentiment de la part de ces personnes. Concernant plus particulièrement mon genre, j'ai passé durant les deux enquêtes de nombreuses heures avec mes interprètes, tous trois de sexe masculin<sup>41</sup>. Ceci m'a valu de récolter de nombreuses remarques de la part des autres femmes, même si ces constatations étaient souvent édictées sur le ton de la plaisanterie<sup>42</sup>.

### **3.6 Aspects rédactionnels**

La recherche littéraire, l'enquête de terrain, son organisation, son déroulement, les problèmes rencontrés sont les points habituellement relatés dans la partie méthodologique de chaque travail académique en anthropologie. Mais le chercheur omet souvent de décrire l'exercice rédactionnel auquel il est soumis, phase ultime de son enquête prospective. Pourtant, il me semble que ce travail d'écriture fait partie intégrante du processus de recherche. C'est un élément de réflexion aussi important que les aspects littéraires et pratiques de la recherche, qui fait partie intégrante de la démarche réflexive.

En ce qui concerne ce travail, la partie rédactionnelle a commencé avec la recherche documentaire, s'est poursuivie durant tout mon séjour au Mali, et s'est finalisée dans la phase post-terrain. En Suisse, j'ai commencé à élaborer ma problématique, à définir le cadre théorique et à esquisser les contours de la méthodologie à appliquer. Grâce aux nombreuses lectures que j'ai faites, j'ai pu préparer mon enquête de terrain, notamment en développant des fiches d'informations et une grille d'entretien<sup>43</sup>. Au Mali, je ne me séparais jamais de mon carnet de bord, dans lequel je consignais mes observations et autres réflexions sous forme de notes. D'autre part, le BUCO avait mis à ma disposition dans ses locaux, un bureau équipé d'un ordinateur. J'avais également emporté mon ordinateur portable personnel, que je pouvais utiliser chez moi lors de mes séjours en ville. A partir du moment où j'ai délimité

---

<sup>41</sup> A Pimperna, l'informateur principal était marié deux fois, alors que l'autre traducteur était célibataire. A Mancourani, l'interprète était marié mais séparé de sa femme, qui vivait à Bamako.

<sup>42</sup> La parenté à plaisanterie est très répandue au Mali, elle s'appuie essentiellement sur le patronyme. Dans mon cas, vu le nombre de plaisanteries que j'ai recueillies, et bien qu'ayant reçu un nom sénoufo par lequel tout un chacun m'appelait, je pense que mon statut de blanche était également pris en compte...

<sup>43</sup> A ce propos, voir l'Annexe 2.

mon sujet jusqu'à la fin de mon enquête de terrain, je n'ai donc cessé d'effectuer ce travail rédactionnel. Au fil du temps, le cadre se déterminait et ma problématique se précisait, ce qui m'amenait à remanier continuellement les textes réalisés. De retour en Suisse, un temps de recul s'est avéré nécessaire afin de « digérer » cette expérience humaine et professionnelle. Ce n'est que 3 mois après avoir quitté le Mali que j'ai repris l'analyse des données et la rédaction. Cette pause m'a permis de mieux (re)considérer les différents paramètres constitutifs de l'enquête et d'apporter un peu de recul à mes réflexions, comme le propose la démarche réflexive.



## II. ENQUÊTE DE TERRAIN ET ANALYSE

---

### 4. Connaissances et représentations relatives au paludisme

Avant de me pencher plus précisément sur les traitements thérapeutiques mis en place lors d'accès palustres, il a été nécessaire de faire un point sur l'ensemble des connaissances et des représentations des populations locales au sujet du paludisme. En effet, bien que les itinéraires thérapeutiques se veuillent au centre de cette recherche, ils s'inscrivent dans un registre cohérent de représentations du corps et de la maladie. Ainsi, pour décrire au mieux les pratiques de soins mises en œuvre pour gérer l'accès morbide, il me fallait préalablement approcher les conceptions des populations locales concernant l'endémie palustre, c'est-à-dire le cadre idéal et le mode de significations présents dans les milieux étudiés. Pour se faire, j'ai utilisé le concept d'*entité nosologique populaire*, développé notamment par Olivier de Sardan (1999b : 15-40).

#### 4.1 Le concept d'entités nosologiques populaires

Lors de la présentation du cadre de l'étude, j'ai exposé différentes considérations biomédicales concernant l'endémie malarique. Bien qu'étant une affection spécifique scientifiquement et biomédicalement déterminée qui peut se diagnostiquer par un test sanguin, un accès palustre s'accompagne souvent d'autres maux, et peut contribuer au développement de maladies conjointes. Ainsi, même au niveau biomédical, l'affection n'est pas un trouble strictement délimité : ses frontières semblent au contraire poreuses, ce qui influe beaucoup sur la capacité réelle de détection de la maladie.

Au niveau local, les connaissances et les représentations des populations au sujet des différentes maladies ne correspondent pas toujours aux représentations biomédicales : l'on assiste alors à un écart plus ou moins grand entre les deux systèmes de pensées (local et biomédical). Dans le cadre de l'Afrique de l'Ouest, Olivier de Sardan précise que les représentations populaires ont été produites dans les langues et les cultures précoloniales, et n'ont donc aucun lien avec la médecine moderne ; les catégories populaires et les catégories biomédicales ne sont pas constituées ni structurées de la même manière, elles sont dotées

d'une logique et d'une configuration propre, et sont donc par conséquent non-superposables. Pour nommer les affections localement déterminées, l'auteur avance le terme d'*entités nosologiques populaires* (ENP) : ce sont des maladies du sens commun, qui ont peu de relations avec le système nosologique de la biomédecine, car élaborées antérieurement au colonialisme qui a véhiculé des connaissances de type occidental. Bien que ces ENP soient des catégories constituées de manière fortement *emic*, il est aujourd'hui possible d'observer des traces du discours biomédical dans les représentations populaires. Face à une médecine de plus en plus présente et longtemps imposée comme repère unique, l'on a assisté à l'émergence de nouvelles entités : de caractère plus *etic*, ces dernières sont soit adoptées à l'identique des catégories biomédicales<sup>44</sup>, soit issues d'un processus de syncrétisation. Ces ENP sont avant tout un moyen pour les populations locales de déchiffrer un corps crypté où il faut créer du sens et un ordre, afin de penser le dysfonctionnement de manière cohérente. « *Les entités nosologiques sont organisées autour d'un nom qui individualise un ensemble de signes, symptômes, douleurs sous un terme générique. Chaque nom renvoie à un noyau de représentations partagées à peu près stable, avec de nombreuses variantes à la périphérie (...) elles se détachent (...) sur une toile de fond culturelle de représentations non directement sanitaires* » (Olivier de Sardan, 1999b : 26-32), et s'insèrent dans un espace plus vaste de représentations et de pratiques. La plupart entretiennent ainsi un rapport avec des registres extérieurs de représentations, telles les conceptions locales de la contagion, les forces surnaturelles, l'environnement naturel, le régime alimentaire, etc.

La localisation des douleurs et des symptômes, la prévalence<sup>45</sup>, la durée et l'évolution de la maladie, le type de traitements envisagés ainsi que les conséquences et connotations sociales entraînées par la maladie sont autant de traits constitutifs permettant de « *dresser une typologie descriptive des maladies et de les mettre en relation avec les représentations qu'elles suscitent* » (Jaffré, 1999 : 64). Cette caractérisation des maladies par leur dispositif est une manière de dresser le tableau des ENP présentes au sein d'une population locale, et la démarche adoptée pour cette recherche : partant de la notion d'entité nosologique populaire, j'ai commencé par me pencher sur la logique de nomination des maladies apparentées au paludisme. Nommer une maladie, c'est avant tout la déterminer, faire un diagnostic et donner un sens aux symptômes. Lors de mes entretiens, je me suis donc intéressée aux différentes nosologies, et j'ai recensé plusieurs noms vernaculaires liés à cette maladie. Chacune de ces

---

<sup>44</sup> C'est le cas par exemple du VIH/Sida.

<sup>45</sup> Fréquence et nombre de malade.

entités regroupant un ensemble de connaissances partagées au sein de la population, j'ai ensuite inventorié les différents symptômes reliés à ces entités, ainsi que les périodes de forte prévalence. Je me suis également intéressée à l'étiologie, aux causes et aux vecteurs de ces maladies. Selon Fainzang, « *l'étiologie est essentielle à la perception sociale de la maladie, dans la mesure où elle constitue le cadre de référence à l'intérieur duquel la maladie retient l'attention. Parler de la maladie et la nommer n'a de sens que si on la réfère d'emblée à sa cause. Une chose existe, on la nomme, et nommer une chose c'est lui attribuer une cause* » (Fainzang, 1985 : 187). L'origine d'une maladie est donc ce qui rend intelligible l'irruption de l'événement pathologique dans la vie de l'individu. Ainsi, face au phénomène morbide, on reconstitue l'origine de la pathologie (pourquoi), on se représente la cause instrumentale de la maladie (comment) et on en identifie l'agent (qui, quoi) (Zempleni in Roger, 1993 : 92). Bien que les instances causales aient fait l'objet de nombreuses études<sup>46</sup>, peu d'informateurs interrogés sur les origines de l'endémie palustre ne répondaient en termes d'étiologie comme l'entend Fainzang. La majorité des informateurs induisent le paludisme à Dieu, dans le sens où seule la volonté de Dieu peut expliquer la survenue de la maladie : « *La maladie de Dieu est la maladie sans cause, c'est la dernière instance causale citée lorsqu'aucune autre ne peut être citée* » (Roger, 1993 : 93). Hormis certains informateurs ruraux qui ont mentionnés les sorciers, les génies, les esprits de lieu et la magie instrumentale comme pouvant être des facteurs de diffusion de certaines ENP, la plupart des personnes interrogées se positionnent d'un point de vue plus prosaïque et citent des facteurs mécaniques ainsi que la transgression d'interdits (spécifiquement alimentaires).

Pour chacune des entités recensées et présentés ci-après, j'évoque donc les symptômes généraux, la prévalence, les périodes de contraction fréquente de la maladie ainsi que les agents causatifs les plus cités par les personnes interrogées dans le village de Pimperna et le quartier de Mancourani. Il s'agit de déterminer le plus précisément possible l'ensemble des ENP relatives au paludisme et recensées lors de l'étude, ce qui permettra de mieux conceptualiser les logiques sous-jacentes aux choix thérapeutiques.

---

<sup>46</sup> Je retiens ici les travaux de Fainzang et de Sindzingre. Fainzang détermine les origines possibles des maladies selon sept causes : les ancêtres, les génies, les possesseurs de *nyese* (force occulte), les sorciers, les jumeaux, le destin, et finalement Dieu. Quant à Sindzingre, elle étudie les catégories causales chez les Sénoufos, et relève onze modèles d'explications : une cause déterministe rassemblant relations troubles et facteurs mécaniques, Dieu, l'instance gardienne de l'individu, les jumeaux du matrilignage, les ancêtres du matrilignage, l'instance protectrice, les esprits de lieu, les sorciers du matrilignage, la magie instrumentale et les objets fétiches, la poursuite et la transgression d'interdits.

#### 4.1.1. *Sumaya*

En langue bambara, le mot *sumaya* désigne la fraîcheur, et spécifiquement la fraîcheur de l'hivernage provoquée par les pluies qui rafraîchissent le climat après plusieurs mois de sécheresse. Mais cette expression est communément utilisée, tant par les locuteurs Bambara que Sénoufo, pour traduire le terme français de paludisme. On identifie généralement deux types de paludisme: le « simple » et le « grave ». Le paludisme simple est très courant dans la zone étudiée : il présente de légers symptômes, et n'est de ce fait pas toujours pris en charge ; néanmoins il se soigne relativement facilement<sup>47</sup>. Les symptômes les plus fréquemment cités concernant le *sumaya* sont les maux de tête, les maux de ventre, le corps chaud ou la fièvre, les vomissements et les courbatures. Outre ces principaux symptômes, d'autres signes ont été mentionnés à plusieurs reprises, comme les vertiges, les diarrhées et/ou la constipation, la sensation de froid, les tremblements et la fatigue. A ce stade, on remarque que les symptômes sont bien délimités par les populations locales, chez qui les réponses se recoupent de manière fréquente tant en milieu rural qu'urbain. On peut également souligner que cet ensemble symptomatique correspond relativement bien aux signes biomédicaux recensés lors d'un épisode palustre.

Interrogées sur les origines de l'endémie palustre, quelques informateurs affirment que le paludisme est une maladie de Dieu, excluant tout agent ou cause surnaturel. Mais pour la plupart des individus interrogés, les causes de *sumaya* sont multiples et peuvent être attribuées à trois facteurs principaux : le climat, les usages alimentaires et les moustiques. Suivant le milieu étudié, rural ou urbain, l'importance accordée à l'un ou l'autre facteur diffère.

A Pimperna, le climat est sans aucun doute l'élément causal le plus mentionné, alors qu'il n'a que peu d'importance pour les habitants de Mancourani. Comme je l'ai expliqué, le terme *sumaya* désigne à l'origine la fraîcheur de l'hivernage<sup>48</sup> ; les pluies et l'humidité sont d'ailleurs souvent mentionnées lorsque l'on évoque ce type de fraîcheur. Mais au village, nombre de personnes citent également le froid de la saison sèche (*nene*)<sup>49</sup>, ainsi que le vent, bien que l'harmattan qui souffle durant cette période soit un vent chaud et sec provenant du

---

<sup>47</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.2.1 Sumaya : l'automédication, un recours favorisé ».

<sup>48</sup> La langue bambara distingue la fraîcheur de l'hivernage essentiellement due aux pluies (*sumaya*), la fraîcheur de la période sèche (*nene*) et la fraîcheur des aliments (*kene*).

<sup>49</sup> Entre décembre et février, les températures minimales se situent autour de 12°C, les maximales entre 30 et 35°C. A titre de comparaison, durant la saison chaude (mars-mai), les températures s'élèvent entre 20 et 45°C.

nord. De ce fait, se laver à l'eau froide ou ne pas assez se couvrir sont des attitudes favorisant l'apparition des premiers symptômes de *sumaya*. D'autre part, les changements de température entre les différentes saisons peuvent également provoquer le début de cette maladie. Selon les représentations des citadins de Mancourani, ces changements de température sont l'unique cause relative au climat pouvant provoquer un accès de *sumaya* : ni la fraîcheur, ni le vent ne sont considérés comme d'envisageables origines de la maladie.

Les usages alimentaires sont le premier élément causal pour les habitants de Mancourani, et le second à Pimperna. Dans la pensée locale, la consommation de certains aliments est susceptible de déclencher un accès palustre : c'est le cas notamment des aliments doux ou gras, mais comme l'explique Roger (1993 : 102), « *qu'il y ait adjonction de sucre ou non, tous les aliments qui ne sont ni insipides, ni amers, ni piquants sont considérés comme doux* ». Par conséquent, les fruits (la mangue et le karité étant les plus fréquemment cités, mais aussi les plus fréquemment consommés), les légumes frais, les arachides fraîches et les épis de maïs grillés<sup>50</sup>, mais également le riz, le tô<sup>51</sup>, l'attiéké<sup>52</sup>, le lait et le dégué<sup>53</sup>, la viande ou les œufs peuvent provoquer le *sumaya*. Outre la douceur de ces aliments, c'est essentiellement le changement des habitudes alimentaires et le grignotage qui sont mis en cause. En effet, de nombreux fruits et légumes, ainsi que les arachides et le maïs, sont des aliments frais essentiellement consommés durant l'hivernage. L'apparition de ces aliments sur le marché alimentaire coïncide donc avec une période paludique hautement endémique, qui prend place entre juin et novembre.

Quelques interlocuteurs accusent des éléments médiateurs pouvant infecter la nourriture. C'est le cas des pesticides employés dans les champs: « *Maintenant, il y a des repas que le cultivateur mange et qu'il ne devrait pas manger... Autrefois, on n'avait pas besoin de phosphate à mettre dans les champs, on n'utilisait pas d'engrais chimique, on ne traitait pas les champs avec des herbicides chimiques. Aujourd'hui, si tu mets pas d'engrais, tu peux rien avoir. Donc c'est les engrais chimiques et les herbicides qui causent certaines maladies. C'est ça qui cause la plupart des maladies* » (Pimperna, Famille Coulibaly, F, 21 février 2007)<sup>54</sup>, ou

---

<sup>50</sup> Dans la région de Sikasso, on peut trouver du maïs entre mai et octobre, et la récolte des arachides prend place dès octobre.

<sup>51</sup> Préparation à base de farine de mil ou de maïs, le tô constitue la base de l'alimentation en milieu rural.

<sup>52</sup> Semoule de manioc.

<sup>53</sup> Préparation à base de farine de mil et de lait.

<sup>54</sup> Les références des citations des enquêtés sont présentées comme suit : lieu de recherche (village de Pimperna ou quartier de Mancourani), nom de la famille dans lequel se déroule l'entretien, genre de l'interviewé et n° de

de l'eau souillée utilisée pour arroser les cultures maraîchères : « *On a peur de la salade dû aux insalubrités, parce que la saison chaude, y a pas assez d'eau pour arroser les choses, donc ils les arrosent avec n'importe quelle eau. Il y a de l'insalubrité si c'est pas bien lavé* » (Mancourani, Famille Sanogo, F1, 23 mai 2007). Les pesticides et l'eau souillée sont négativement considérés car ils altèrent la qualité des produits, qui deviennent impurs et donc impropres à la consommation.

Comme on le constate, la majorité des aliments peuvent occasionner la maladie, particulièrement si l'on n'a pas l'habitude de les consommer ou que l'on en consomme en trop grande quantité. Beaucoup relie la consommation de ces aliments au fonctionnement de l'appareil digestif : « *Si tu manges certains aliments, surtout les aliments trop huilés, et si tu es proche du palu, tu attraperas sumaya. En mangeant des aliments trop huilés, la digestion ne sera pas facile, donc tu es proche du sumaya. Les gens sentent l'approche du palu dû à leur digestion. Parce que, toutefois, si tu manges certains aliments, tu sens même l'odeur des aliments à chaque fois, donc la digestion ne sera pas facile. Tant que la digestion n'est pas facile, donc tu es proche du palu (...) Tant que la digestion est faible, même si tu manges du tô et que ça n'a pas été digéré, tu seras atteint du sumaya* » (Mancourani, Famille Sanogo, H1, 25 mai 2007). De même, un guérisseur de Pimperna arguait : « *Le palu s'attrape avec les repas. Si tu manges beaucoup et que tu ne pars pas aux WC, tu as le palu. Les microbes dans ton ventre ne sortent pas, ton ventre devient dur. Les déchets restent dans ton ventre et tu commences à avoir le palu.* » (Pimperna, Soumaïla Diamouténé, guérisseur, 8 février 2007). Certains informateurs assurent que le *sumaya* peut provoquer d'autres maux affectant le système digestif, comme les maux d'estomac (*furudimi*, *konodimi*) ou les ulcères (*konojoli*). La consommation de produits alimentaires trop gras ou trop sucrés, frais ou en trop grande quantité amène des « déchets » dans le ventre, qui stagnent et provoquent incontestablement des suites au niveau digestif. Celles-ci peuvent se manifester par des maux de ventre, des vomissements, des diarrhées ou la constipation. Or, dans la pensée locale, il s'avère que ces manifestations sont les principaux signes symptomatiques du *sumaya*. Ainsi, toute difficulté digestive est susceptible de représenter le début d'un accès de *sumaya* ou d'une maladie connexe comme le *koko*<sup>55</sup>.

---

l'entretien (pour les interlocuteurs de Mancourani), date. Tous les noms apparaissant dans cette étude sont les noms réels des interviewés, tous ayant donné leur accord pour les citer dans cette recherche.

<sup>55</sup> A ce propos, voir le chapitre « 4.1.4 Koko ».

Les moustiques ont été mentionnés comme seconde cause du *sumaya* à Mancourani ou comme troisième cause à Pimperna. Lorsque l'on fait allusion à ce vecteur, l'idée de contamination est prégnante, mais très peu mentionnée comme telle : il est généralement admis que le moustique joue un rôle d'intermédiaire entre des « *microbes* » et une personne infectée. A Pimperna, le moustique est un vecteur évoqué au détour d'une phrase : il ne suscite ordinairement aucune explication et la piqûre n'est pas toujours mentionnée. D'après les informations récoltées, il semble que cette cause ait été introduite par le discours des agents de santé : « *Le palu est traditionnellement provoqué par les repas, mais les agents de santé disent que c'est les moustiques.* » (Pimperna, Famille Diamouténé Massala, H, 8 février 2007). Dans cet énoncé, le discours biomédical est stigmatisé, car il ne correspond pas aux représentations et valeurs que les populations locales entretiennent à propos de leurs ENP. Mais ce type de discours peut parfois faire l'objet d'une réappropriation partielle et s'insérer dans les schémas explicatifs populaires, comme le démontre ce commentaire entendu au village : « *Le moustique est un autre vecteur (...) Mais le sumaya de maintenant, c'est pas les moustiques qui le donnent* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007). D'après cet informateur, les différentes causes du *sumaya* agissent donc de manière plus ou moins prégnante selon la période de l'année : en l'occurrence, le *sumaya* de la période froide est provoqué par la fraîcheur et le vent, alors que le *sumaya* de l'hivernage (juin-octobre) est engendré par la consommation de certains aliments ou par les moustiques.

Dans le quartier urbain de Mancourani, le moustique est la seconde cause mentionnée, suite aux usages alimentaires. Ici, les habitants invoquent couramment la piqûre comme vecteur de transmission de l'affection, mais ils y associent toujours une conception relative au manque d'assainissement : « *Les moustiques, ils prennent la saleté dans le fossé. Il va sécréter ça en piquant, c'est pour ça que tu auras le palu* » (Mancourani, Famille Konaté, H1, 9 mai 2007). Là aussi, on constate les traces d'un discours de type biomédical. Mancourani est un quartier qui rencontre d'importants problèmes d'assainissement : durant l'hivernage, les rues de latérite se parsèment de nappes d'eau plus ou moins étendues, qui recouvrent parfois toute la largeur de la voie. Grâce aux campagnes de sensibilisation effectuées au niveau des CSCom, reprises par certaines associations et retransmises par les médias courants (TV, radio), les habitants ont inséré dans leurs représentations des normes d'hygiène<sup>56</sup> dissuadant la prolifération des moustiques. Si le moustique est alors considéré comme un élément causal à part entière et que

---

<sup>56</sup> A propos de la notion d'hygiène, voir le chapitre « 8. Pratiques de prévention ».

la piqûre est toujours mise en cause, l'élément infectieux n'est jamais clairement indiqué : les populations parlent d'un « *microbe* » résidant essentiellement dans les eaux stagnantes et souillées. La chaîne de transmission diffère ainsi de celle établie par la médecine moderne.

Sporadiquement, les informateurs ont tendance à incriminer la province de Sikasso, qui serait une région hautement endémique du fait de son climat subtropical : « *La région de Sikasso est une région climatisée, donc il y a beaucoup de sumaya (...)* Dans la région de Sikasso, c'est les aliments qui provoquent le sumaya » (Pimperna, Famille Diallo, H, 13 février). « *C'est spécialement à Sikasso : Sikasso, c'est le sud du Mali, Sikasso est plus arrosées avec la pluie que les autres. La température est plus basse à Sikasso que les autres. C'est pour ça que les gens l'appellent le Kéné Dougou (...)* Kéné, c'est frais. Les légumes frais, les fruits frais, tu vois, à Sikasso, y en a beaucoup ici » (Mancourani, Famille Konaté, F1, 9 mai 2007). La fraîcheur et les habitudes alimentaires habituellement mises en cause sont ainsi spécifiquement reliées au site géographique.

Au niveau des symptômes et des causes, on constate donc une bonne homogénéité entre population rurale et population urbaine. Mais ce n'est pas le cas concernant les périodes de forte prévalence. A Pimperna, on ne distingue pas de saison spécifiquement associée au *sumaya*. Bien que la saison des pluies (juin-septembre) et la période qui suit (octobre-novembre) soient parfois invoquées, beaucoup estiment que *sumaya* « s'attrape » tout autant lors de la saison sèche (novembre-mai), et surtout dans les périodes de fraîcheur (décembre-février). Toutefois, certains reconnaissent que le *sumaya* de la saison sèche ne ressemble pas à celui de la saison pluvieuse. Ils définissent alors ces deux entités d'après leur cause : le *sumaya* de la saison des pluies est lié à l'humidité et aux durs travaux champêtres qui affaiblit le corps et le rend plus vulnérable. Quant au *sumaya* de la saison froide, il est principalement dû au changement de températures et à la fraîcheur qui rafraîchit le corps. A Mancourani, la période la plus citée est l'hivernage (début, milieu et fin, c'est-à-dire entre juin et septembre).

Il est intéressant de souligner que pour certains informateurs, le *sumaya* peut se contracter en tout temps : « *Certains trouvent le sumaya à tout moment. Ça dépend des individus même, sinon il y a des gens qui peuvent faire des années sans atteindre le sumaya, mais d'autres, à chaque mois ils sont atteints du sumaya. Ça dépend du manque de moyens : si tu dors bien, sous moustiquaire, et puis des endroits propres aussi, et tu manges bien, que tu es loin*

*d'attraper le sumaya. Tu es loin du sumaya. Tandis que si tu n'as pas de moyen, tu dors mal, tu manges mal, tu es toujours exposé au terrassement du sumaya* » (Mancourani, Famille Diabaté, F1, 24 mai 2007). Cette interlocutrice relève l'importance de la qualité de la nourriture et des conditions de vie, qui peuvent fortement agir sur la résistance du corps face à la maladie. Ainsi, la fatigue et un certain affaiblissement physique représentent un état favorable à la contraction et au développement du *sumaya*. En effet, l'état de santé général est un élément central dans la potentialité de contracter ou d'éviter la maladie. Il est intimement lié au concept bambara *ni*, qui représente le souffle, la force vitale, et qui peut être plus ou moins fort ou faible selon les individus. Ainsi, la qualité de cette force vitale, tout comme la qualité du sang, détermine la qualité de l'individu, qui sera alors plus ou moins résistant. Par exemple, certaines activités comme les travaux champêtres provoquent une fatigue générale et un affaiblissement du corps. Ce dernier devient alors plus vulnérable aux affections comme le *sumaya*. Cependant, cette faiblesse physique n'est pas un élément suffisant pour contracter le *sumaya* : c'est un mauvais climat, l'absorption de certains aliments ou la présence de nombreux moustiques qui provoquera le début du *sumaya* dans un corps déjà affaibli. « *On peut avoir le palu, mais ça s'est pas développé d'abord. Si tu prends certains aliments, comme le dégué, ça se soulève, ça provoque* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007).

#### **4.1.2. Sayi**

L'affection dénommée *sayi* représente la conséquence la plus courante d'un épisode de *sumaya* persistant dans le temps, ou résistant aux éventuels traitements entrepris. Les informateurs soulignent unanimement l'impossibilité de contracter *sayi* sans développer préalablement le *sumaya*: le *sayi* dérive donc directement du *sumaya*. La question des causes de cette ENP ne se pose jamais, puisque la maladie est le résultat d'une précédente affection : « *Le sumaya compliqué, ça devient le sayi. Si tu as le sumaya et que tu te traites pas, le sumaya se complique jusqu'à ce que le sumaya installe à l'intérieur. En ce moment, le sumaya se transforme en sayi (...) le sayi atteint les organes internes. C'est pour ça qu'en même temps, les gens disent encore que c'est un même sumaya compliqué qui se transforme en sayi (...). Le sumaya se transforme pour donner beaucoup de maladies* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007).

Généralement, toutes les personnes interrogées reconnaissent deux types de *sayi* : le *sayi*

*neremugulama*<sup>57</sup> ou jaune, et le *sayi djé(ma)* ou blanc. Deux personnes rencontrées ont affirmé qu'il existait neuf types de *sayi*, mais cette information n'a pas pu être confirmée au niveau des familles, ni au niveau des guérisseurs. Un *sayi* rouge a été une fois mentionné, mais là encore, aucune information supplémentaire n'a pu être récoltée à ce propos. Je m'en tiendrai donc aux deux formes les plus couramment citées.

En plus des signes recensés pour le *sumaya*, les symptômes principaux du *sayi* sont le changement de couleur de la peau, des conjonctives, des paumes de la main et parfois des urines : ces parties du corps prennent alors la couleur jaune ou blanche, selon l'affection contractée. Durant l'explication de ces symptômes, la plupart des informateurs accompagnent leurs paroles de gestes significatifs, en désignant l'intérieur des yeux (conjonctive) ou en passant la main sur l'intérieur des paumes. Cette gestuelle récurrente démontre qu'il est relativement aisé de détecter le *sayi*, mais ceci semble n'être valable uniquement pour la forme jaune : « *C'est le sayi jaune qui transforme l'urine en jaune et la main en jaune, et le corps aussi. Tout ceux qui connaissent le sayi, s'ils voient quelqu'un atteint du sayi, il sait, parce que dû au changement du corps, les yeux et tout ça* » (Mancourani, Famille Diallo, H1, 22 mai 2007). Pour tous les interlocuteurs, la forme blanche entraîne des symptômes supplémentaires tels que de violents maux de tête, des malaises, des troubles du sommeil, le corps chaud ou le dégoût des aliments. Cette configuration est d'autant plus grave qu'elle peut être fatale : « *Le blanc est plus pire parce que c'est intraitable. Si tu as le sayi blanc, tu es mort (...) Au moment où les gens savent que c'est le sayi blanc, ça trouve que ça a tout pris tes organes, tu es déjà mort* » (Mancourani, Famille Traoré, F1, 10 mai 2007). En effet, pour les populations locales, le *sayi* blanc atteint les organes vitaux très rapidement, mais surtout il provoque un manque de sang ou d'eau dans le corps : « *Si tu es atteint de blanc, là, sayi djema, ça détruit les organes. C'est ça le plus pire même (...) Si c'est jaune, tu dors trop. Le blanc, tu ne dors pas. Donc si tu as le blanc aussi, tu as toujours des vertiges. Si tu es couché, tu as toujours des vertiges. Des forts maux de tête. Tu fais n'importe quelle erreur si tu as ça (...) si tu es atteint du sayi, ça affaiblit les organismes. Et pis tu auras un manque de sang aussi (...) le sang s'en va du corps (...) ça devient la mort. C'est comme ça que les gens disent que le sayi blanc c'est très pire* » (Mancourani, Famille Koné, F1, 8 mai 2007). Certains informateurs expliquent d'ailleurs la pigmentation blanche de la peau par ce manque de sang : « *Tu sens que ton corps n'a pas assez de sang, que c'est pour ça que le corps devient blanc* » (Mancourani, Famille Traoré, H1, 10

---

<sup>57</sup> En langue bambara, l'adjectif *neremugulama* renvoie littéralement à la couleur des fleurs du néré, qui sont rouges.

mai 2007). Afin de mieux illustrer la blancheur et le manque de sang, quelques interlocuteurs enrichissaient la gestuelle commune par une pression du doigt sur un ongle, qui semble être un moyen de détecter ce type d'anémie. Ce manque de sang chez les sujets infectés est une composante essentielle dans la représentation de la maladie, car elle influera grandement les itinéraires thérapeutiques à entreprendre ou à éviter<sup>58</sup>.

#### **4.1.3. Mara**

Je n'ai découvert l'entité nosologique dénommée *mara* que tardivement durant l'enquête rurale, durant un entretien avec un guérisseur dogon. Les informations récoltées sont issues des entrevues réalisées avec cet homme de Pimperna et avec un autre guérisseur installé à Tola, situé à 4 Km de Pimperna, ainsi que des entretiens que j'ai menés dans le quartier de Mancourani.

Les signes symptomatiques du *mara* sont d'intenses maux de tête, des vomissements, des troubles oculaires, des troubles du sommeil ainsi que des démangeaisons et la sensation que les pieds, les mains et les yeux se chauffent. « *Ça joue sur la tête et sur la vision, on dirait que c'est quelque chose qui est en train de se promener dans ton corps, et en même temps tu dis des mots bizarres... tu peux te réveiller brusquement avec de la peur parce que tu as quelques signes de ça. C'est le sumaya compliqué qui est devenu mara (...)* Le mara donne même la folie. Les fous se promènent trop (...) Si tu as le mara, tu te grattes » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007). Le fait que la maladie bouge dans le corps a été mentionné de nombreuses fois durant les entretiens. Cette logique ambulatoire de la maladie permet notamment de mettre en rapport des symptômes pourtant éloignés les uns des autres dans l'espace corporel (Olivier de Sardan, 1999c : 77) : la même affection atteint ainsi la tête, puis les yeux et/ou les oreilles, le ventre, avant de revenir à la tête et de « *provoquer la folie* ». Selon le guérisseur dogon de Pimperna, il existe deux types de mara, dont l'un engendre une importante perte de poids, et l'autre une importante prise de poids. Bien qu'il soit le seul à évoquer ces symptômes, ceci marque à nouveau un lien avec la nourriture et le système digestif.

L'avis des informateurs sur les origines de *mara* diffère : pour certains, cette ENP provient de l'évolution de *sumaya*, éventuellement muté en *sayi* avant d'atteindre la forme de *mara* : «*Tu*

---

<sup>58</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.2.2 Sayi : le danger de la piqûre ».

*fais le palu, tu traites 1-2 mois, au troisième mois, ça chute, tu tombes malade du mara »* (Pimperna, Daouda Ouattara, guérisseur, 13 mars 2007). Mais pour d'autres, cette maladie n'a aucun lien avec le *sumaya*, et pourrait se contracter lors d'un contact avec des eaux souillées, par la consommation ou la baignade : « *Le mara là se trouve dans les marigots. Y a des moments même, il y avait un projet à Sikasso ici, il parle de l'onchocercose-mara. Chaque jour, ils viennent mettre des médicaments dans le marigot, chaque jour ils soignent ça* » (Mancourani, Famille Koné, F1, 8 mai 2007). Par ses symptômes, cette maladie est souvent associée à l'onchocercose<sup>59</sup>, et il est probable que les agents de santé aient utilisé cette ENP - un terme issu des représentations locales - afin de mieux informer et sensibiliser les populations sur l'onchocercose. Par ce fait, il est courant de déceler chez les populations locales des traces de discours biomédical. Par exemple, de nombreuses personnes ont évoqué le traitement du marigot de Mancourani afin d'éradiquer le *mara*, ce qui expliquerait d'ailleurs pourquoi ce n'est plus une maladie fréquente de nos jours. Malgré cette tentative de sensibilisation, les informations biomédicales ont été filtrées et les populations locales ont conservé de ce discours allochtone uniquement les faits pouvant s'accorder aux croyances et représentations populaires du *mara*. On est donc en présence d'une sorte d'ENP « syncrétisée », dont les représentations oscillent entre connaissances locales et discours biomédical : bien que cette entité existait préalablement au niveau local, elle a subi des transformations en raison de la proximité du discours biomédical.

#### **4.1.4. Koko**

Tout comme le *mara*, l'entité nosologique *koko* n'a été découverte que tardivement durant l'enquête rurale, grâce à un guérisseur habitant Tola. Par la suite, les villageois m'ont avoué reconnaître cette maladie, mais c'est essentiellement au niveau urbain que j'ai pu approfondir les connaissances et représentations liées à cette affection. D'après les informateurs interrogés, cette maladie est originaire des pays côtiers (Côte-d'Ivoire, Ghana) et aurait atteint le Mali au travers des mouvements migratoires. D'autre part, elle touche essentiellement les chauffeurs et les couturiers, deux professions qui forcent à rester assis durant de longues périodes.

Les causes provoquant le *koko* font l'objet d'une certaine confusion de la part des habitants de

---

<sup>59</sup> L'onchocercose, ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire d'Afrique subsaharienne et d'Amérique du Sud, due à un ver de l'espèce *Onchocerca volvulus*. Affectant plus de 12 millions de personnes, l'onchocercose est la deuxième cause de cécité infectieuse dans le monde.

Mancourani : certains informateurs citent le *sumaya* comme cause principale, d'autres évoquent la constipation, d'autres encore ne diffèrent pas ces deux types de maux. Il est probable que les deux restent fortement reliés, ce qui empêche toute représentation très nette des agents causaux : « *Le sumaya, c'est la constipation. Tandis que le koko, c'est la constipation qui provoque même le koko. Donc si tu vois que le sumaya est dû au constipation, et le koko est dû au constipation, donc les deux vont ensemble* » (Mancourani, Famille M. Traoré, F1, 19 mai 2007). Ainsi, le *koko* semble souvent accompagné du *sumaya*, alors que le *sumaya* ne provoquera pas forcément le *koko*. Dans tous les cas, les deux affections sont très souvent traitées conjointement, afin d'augmenter les chances de guérison.

Les symptômes connus pour cette ENP sont la constipation, les maux de ventre et de tête ainsi que de petites éruptions au niveau des pommettes ou du globe oculaire : « *Pour avoir koko, tu ne vas pas aux toilettes pendant 2-3 jours, ton ventre fait un bruit comme grur-grur, tes estomacs crient. Tu as la fièvre mais tu ne vomis pas (...) Ton ventre est dur, tu chies dur, l'estomac est déchiré et tu as du sang (dans les selles, ndlr)* » (Pimperna, Daouda Ouattara, guérisseur, 13 mars 2007). Les informateurs les plus avisés reconnaissent un type de *koko* interne et un externe. On reconnaît la forme externe par l'apparition de petits fibromes aux alentours de l'anus, alors que la forme interne reste difficilement décelable. Dans tous les cas, cette affection engendre de fortes conséquences sur l'appareil digestif, qu'elle perturbe de manière chronique. L'aspect persistant, voire constant des maux précités est également un signe manifeste de cette maladie. Cette chronicité engendrera notamment une recherche incessante de traitements et une multiplicité des cheminements thérapeutiques<sup>60</sup>.

#### **4.1.5. Kalyia et autres affections assimilées à sumaya**

Très peu de personnes enquêtées n'ont pu apporter de renseignements sur *kalyia*, également dénommé *suma* ou *sumaya ba*<sup>61</sup>. Il semble que sous cette appellation se cachent deux types de maladies. Premièrement, un genre de *sumaya* mobile et violent, atteignant les yeux par rougissements. Cette forme se promène dans le corps et s'installe au niveau des côtes, du dos ou des reins : « *C'est très très très très dur. Si tu es atteint du sumaya ba, ça se promène dans ton corps. Si ça s'installe d'un côté, tu ne peux même pas te lever... ça, c'est très très dur (...)* *Pour les hommes, c'est très pire. Ce sera l'homme impuissant* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2,

---

<sup>60</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.2.3 Mara, Koko et Kalyia ».

<sup>61</sup> En langue bambara, *sumaya ba* signifie littéralement « grand paludisme », mais cette locution n'est jamais utilisée comme telle et représente toujours la maladie décrite dans ce chapitre.

31 mai 2007). La seconde forme connue, qui est vraisemblablement l'évolution de la première, atteint uniquement les hommes, en provoquant un gonflement de leurs testicules : « *Si le sumaya se complique trop et devient le sumaya ba, ça descend chez les hommes, dans leurs testicules, ça grossit les testicules jusqu'à ce que tu fasses l'opération pour sortir le... l'eau qui descend dans les testicules et ça grossit. La couleur de cette eau est jaune.* (Mancourani, Famille Konaté, HF2, 16 mai 2007). Mais cette maladie reste relativement rare et peu connue, ce qui explique en partie le peu d'informations récoltées à son sujet. Son origine peut résider dans un *sumaya*, mais la sorcellerie a été évoquée une fois : « *certains pensent aussi que c'est quelqu'un qui l'a envoyé ça, sorcellement, alors que c'est une maladie* » (Mancourani, Famille Konaté, HF2, 16 mai 2007).

Hormis *sumaya*, *sayi*, *mara*, *koko* et *kalyia*, de nombreuses autres maladies ont été mentionnées durant les entretiens. C'est le cas de la fièvre typhoïde, de la poliomyélite, de l'ulcère de l'estomac (*konojoli*, « plaie du ventre »), des crampes stomacales (*furudimi*, « douleurs de l'estomac »), de la méningite (*kandianbana*, « maladie du cou dur »), de la lèpre (*kuna*) ou encore du VIH/Sida. Si la polio est reconnue comme étant une maladie épidémique indépendante, la fièvre typhoïde, le *konojoli*, le *furudimi* et le *kandianbana* sont des affections souvent fortement reliées au *sumaya*. Par exemple, pour la fièvre typhoïde : « *S'il y a palu compliqué, ça donne aussi la fièvre typhoïde. Ce sont les mêmes signes que sumaya. Même à l'hôpital, si tu as la typhoïde, les médecins commencent le traitement du sumaya* » (Mancourani, Famille O. Traoré, H1, 11 mai 2007). Cette confusion dans les signes symptomatiques peut entraîner des conséquences tragiques, mais elle démontre surtout à quel point le *sumaya* est une affection modulable, qui sert de base interprétative à de nombreuses autres maladies. L'itinéraire diagnostique de cet homme, oscillant entre *sumaya* et méningite, renforce cette présomption : « *Un frère était malade de sumaya, il était en train de soigner son sumaya à l'hôpital, au dispensaire du village, à peu près à 40-30 Km d'ici. Bon, ils ont appelé l'ambulance de l'hôpital même, pour partir à l'hôpital de Sikasso. Bon, ça trouve que ça a été compliqué. Arrivé à Sikasso, c'était le vendredi, avec les analyses, ils ont dit que c'est la méningite. C'était la méningite, tandis qu'au départ, c'était du sumaya, mais à la finition, le sumaya s'est transformé en méningite. Le sumaya peut donner toutes maladies, le sumaya amène beaucoup de maladies* » (Mancourani, Famille Sanogo, F1, 23 mai 2007).

Dans les conceptions locales, la lèpre et le Sida<sup>62</sup> sont également des formes évoluées d'autres entités nosologiques populaires : la lèpre peut provenir du *mara* et le Sida du *sayi* blanc. La lèpre est souvent associée au *mara* du fait de l'analogie des symptômes typiques de ces affections : « *Ceux qui ont le mara, c'est la même chose que la lèpre : ils sont tout le temps nerveux* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007). Outre la nervosité, les démangeaisons sont un signe commun aux deux maladies. Concernant le Sida, « *les gens disent encore que c'est un même sumaya compliqué qui se transforme en sayi et encore qui se transforme en Sida. Le sumaya se transforme pour donner beaucoup de maladies* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007). L'apparition du Sida dans les représentations locales a visiblement subi un changement d'étiologie par rapport aux connaissances biomédicales, et à nouveau, le *sumaya* est considéré comme le fondement d'une affection.

#### **4.1.6. Kono**

En langue bambara, le terme *kono* signifie « oiseau » et représente une entité apparentée au *sumaya* et frappant exclusivement les enfants en bas âge. Suit à la lecture d'un article intitulé « *Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution* » où l'auteur explique que « *cette pathologie peut être consécutive à sumaya ou être imputée à un oiseau* » (Roger in Brunet-Jailly, 1993 : 89), je me suis penchée sur les connaissances des populations locales à propos de cette affection. Cependant, je me dois de préciser que la thématique de cette maladie n'a jamais été abordée spontanément par les interlocuteurs. J'ai d'ailleurs souvent relevé un certain malaise en mentionnant cette affection, spécifiquement lors des entrevues avec des femmes. Les informateurs se trouvaient régulièrement gênés, arguant qu'ils ne connaissaient pas cette maladie, ou qu'ils ne pouvaient donner aucune information du fait que leurs propres enfants ne l'avaient pas contractée. Malgré cette « primo-résistance », j'ai constaté que les populations possédaient plus de connaissances qu'elles ne le pensaient, ou voulaient le faire croire

Les principaux symptômes du *kono* sont le raidissement des membres (bras, mains, pieds, articulations, cou), les tremblements, la fièvre, la sécrétion de salive de couleur blanche, et un changement d'apparence des yeux qui deviennent blancs, très ouverts et fixés vers le haut. Si l'on soulève une bonne homogénéité dans la description des symptômes entre les deux

---

<sup>62</sup> En langue bambara, la lèpre est traduite par les termes *banaba* (« la grande maladie ») ou *kuna*, alors que le VIH/Sida n'a pas de locution spécifique et se dit simplement Sida.

populations étudiées, ce n'est pas le cas de son étiologie, qui diffère selon le milieu.

Pour les habitants de Pimperna, *kono* ressemble au *sumaya* dans sa présentation symptomatique, mais n'a pas aucun rapport avec cette ENP. Les femmes avouent qu'« *elles mélangent avec sumaya, mais leur maris reconnaissent et soignent ça* » (Pimperna, Famille Coulibaly, F, 9 février 2007). Contrairement aux autres maladies abordées lors de cette enquête, cette entité envisage une étiologie beaucoup plus variée : elle peut être l'action d'un sorcier, d'un génie, d'un esprit rattaché à un lieu, d'un oiseau ou encore être la conséquence d'une trahison. Bien que certains informateurs aient mentionné ces causes étiologiques, il a été très difficile d'obtenir des explications précises sur le fonctionnement de ces entités, hormis concernant l'action de l'oiseau, qui a été citée chez trois familles du village. Cet oiseau, qui pourrait être la luciole ou le hibou, agit toujours la nuit ou à la tombée du jour, et s'attaque aux femmes enceintes ou directement aux enfants en bas âge : « *Ça peut venir à l'enfant quand on a pas encore accouché... si l'enfant voit ça, ou si l'ombre de l'oiseau arrive sur l'enfant ou la femme enceinte. Par exemple si une femme enceinte dort dehors, l'ombre passe dessus...* » (Pimperna, Famille Diallo, H, 13 mars 2007). La transmission de l'oiseau à la femme enceinte ou à l'enfant n'est jamais expliquée que par son passage (ou celui de son ombre) au-dessus des victimes, ou par le regard que les victimes posent sur lui. Pour les populations, cette étiologie ne nécessite pas d'autre éclaircissement et se suffit pour expliquer la transmission de la maladie. Elle mériterait pourtant d'être approfondie : il est probable que ce type d'oiseau malfaisant ait un rapport avec la mythologie locale. Selon Amadou Hampâté Ba, dans l'imagerie africaine, le hibou accompagne toujours le sorcier (Hampâté Ba, 1992 : 156), ce qui pourrait expliquer son action nocive. Mais de nombreuses questions restent à approfondir, comme le fait qu'il ne s'attaque qu'aux enfants. Malheureusement, aucune autre information n'a pu être obtenue sur les lieux de l'enquête.

A Mancourani, *kono* est toujours indiqué comme étant une conséquence de *sumaya* : « *Le kono, c'est pour les enfants. Si le sumaya se complique chez les enfants, c'est en ce moment que les enfants ont le kono. C'est le sumaya compliqué pour les enfants. Ça prend seulement les enfants, pas avec les adultes* » (Mancourani, Famille Diabaté, F1, 24 mai 2007). L'oiseau n'est pas considéré comme une cause explicative crédible : « *Ce sont les anciens qui l'ont appelé kono, que c'est l'oiseau qui vient prendre l'enfant. Sinon, c'est le sumaya* » (Mancourani, Famille Sanogo, F1, 23 mai 2007), « *Ceux qui disent que ce sont les oiseaux qui donnent la maladie aux enfants, ce sont des rumeurs. Ça, c'est pas vrai, ce sont des rumeurs* » (Mancourani, Famille

Koné, F1, 8 mai 2007). Certains expliquent l'attribution de ce nom à cette ENP par le comportement de l'enfant atteint de *kono*, qui ressemble à un oiseau battant des ailes (convulsions), ou parce les yeux de l'enfant sont fixés vers le haut et qu'il regarde les oiseaux.

Tant au village qu'en milieu urbain, de nombreux informateurs s'accordent à dire que *kono* est une maladie en voie de disparition, notamment grâce à l'action des CSCCom<sup>63</sup>. A Pimperna, un chef de famille commentait : « *Maintenant, avec l'évolution, la maladie a tendance à disparaître. Dès que la femme est enceinte, on part au CSCCom pour suivre son état, donc kono a disparu* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 mars 2007). Cependant, dans l'explication de ce chef de famille, aucun lien n'est fait entre les CPN et l'action de l'oiseau. Ce dernier représente pourtant une cause étiologique sérieuse pour les villageois, qui est subitement négligée en faveur de ce nouvel élément qu'est la CPN. On observe le même phénomène à Mancourani, où l'action des CSCCom est expliquée de la manière suivante : « *Le kono là, ça commence depuis que la femme est enceinte. Quant elle est enceinte, si elle a le sumaya là, et qu'elle n'a pas soigné, aussi l'enfant, puisque l'enfant se nourrit du sang de sa maman. A cause que l'accouchement, l'enfant est venu au monde avec le sumaya. A ce moment là, le sumaya deviendra petit à petit chronique. Quand l'enfant commence à ramper, que c'est cette période même que ça attaque beaucoup les enfants (...) Si c'est pas l'accouchement là, et puis la grossesse, y a des sages-femmes qui connaissent ça, que ça provoque le kono chez les enfants. Donc, avec la consultation à l'hôpital étant enceinte, les sages-femmes te donnent l'ordonnance, et tu fais le traitement, ton enfant n'a pas le kono* » (Pimperna, Famille Koné, F1, 8 mai 2007). Pour cette femme, la CPN symbolise une action préventive contre le *kono*, mais elle n'a aucune action spécifique sur le *sumaya*, qui est pourtant considéré comme la première cause étiologique de cette ENP en milieu urbain. Ainsi, au village comme en ville, la consultation prénatale représente pour les populations une occasion de diminuer la prévalence de *kono*, mais paradoxalement, cet élément n'entretient aucune influence avec le système d'explication causale. En effet, dans les deux milieux étudiés, les populations ont généré des formes d'explications causales qui s'inscrivent dans une logique de représentations. La consultation prénatale, un élément externe à cette logique, parvient à s'imposer comme une pratique usuelle chez les populations et s'insère de ce fait dans le système de représentations locales. Sa prétendue action sur le *kono* permet d'établir un

---

<sup>63</sup> Toute femme enceinte est invitée à se rendre dans un CSCCom pour effectuer les Consultations Périnatales (CPN). Les CPN permettent d'assurer un suivi médical tout au long de la grossesse. En plus de conseils, les femmes y reçoivent 4 doses de vaccins antitétaniques ainsi qu'un traitement prophylactique à base de nivaquine contre le paludisme.

lien direct avec cette dernière, mais je n'ai pas réussi à engendrer de lien probant avec le système d'explications causales. On relève ainsi un décrochage dans le schéma interprétatif et représentationnel, car la CPN agit sur la conséquence, mais n'influence pas la cause. Si cette chaîne logique d'explication paraît a priori brisée, cela ne soulève toutefois aucun problème de cohérence pour les populations, qui font cohabiter ces deux éléments dans le même système de représentations.

## **4.2 Discussion analytique**

Afin de déchiffrer un corps crypté et de mieux appréhender les affections courantes dont elles font l'objet, les populations locales ont mis en place un ensemble d'entités nosologiques permettant d'organiser leurs représentations populaires, ce qui constitue un cadre idéal à toutes réflexions centrées sur le corps, la maladie et particulièrement les affections reliées à l'entité malarique. La dénomination de ces ENP amorce le schéma explicatif et la recherche de soins attachés à toute affection, car identifier les symptômes permet dans un premier temps l'établissement d'un diagnostic, puis l'amortissement d'un cheminement thérapeutique.

Concernant cette étude, six ENP relatives au paludisme ont été recensées, et trois apparaissent comme étant centrales : *sumaya*, *sayi* et *kono*. Non que le *koko*, *mara* et *kalyia* aient moins d'importance pour les populations, mais elles se semblent appartenir à un ensemble d'affections périphériques, tout comme la fièvre typhoïde, la méningite et le Sida, et dont le développement trouverait ses origines dans le *sumaya*. Ainsi, comme on l'a vu durant tout ce chapitre, l'ENP *sumaya* occupe une place primordiale dans les représentations locales, car elle s'inscrit comme le fondement de nombreuses maladies<sup>64</sup>. Concernant ses causes, trois facteurs ont été développés : le climat, les usages alimentaires et les moustiques.

D'après les données récoltées, les symptômes du *sumaya* correspondent assez bien aux symptômes du paludisme, tel qu'il est décrit biomédicalement. On observe alors une tendance à juxtaposer ces deux notions, voire à identifier le paludisme au *sumaya*. Les ressemblances symptomatiques entre ces deux formes ainsi que leur aspect polymorphe établissent une superposition des termes, tant dans le milieu biomédical que dans le discours commun. Pourtant, ces deux entités sont issues de deux systèmes de pensées différents (local et

---

<sup>64</sup> « *Le sumaya peut donner toutes maladies, le sumaya amène beaucoup de maladies* » (Mancourani, Famille Sanogo, F1, 23 mai, 2007).

biomédical) et ne reposent pas sur les mêmes expériences, connaissances et représentations. En effet, les populations locales ont accès à une information qui ne se base pas toujours sur des expériences scientifiques, mais plus sur l'observation, l'interprétation et la compréhension de faits, élaborées selon le contexte culturel. Dès lors, il me semble évident que ces deux entités ne peuvent se synchroniser de manière exclusive, même si l'on peut établir des liens probants entre les entités nosologiques locales et les nosologies occidentales de la médecine conventionnelle. Bien que les deux affections soient comparables, l'on constate des abus de traduction et d'interprétation. Et même s'il est tentant de penser les différentes entités nosologiques à travers les catégories de la biomédecine, cette démarche se révèle totalement contraire à l'approche anthropologique, qui cherche à comprendre les représentations et les systèmes logiques mis en place par un groupe social. De plus, « *L'étude des classifications des maladies ne devrait pas prendre une place abusive, car elle reprend à tort un schéma spécifique à la médecine occidentale (...) Vouloir retrouver ailleurs des catégories pathologiques opérantes relève d'une attitude ethnocentrique* » (Walter, 1981 :412).

Les abus de traduction et d'interprétations précédemment cités engendrent un troisième type d'abus, qui se situe au niveau du diagnostic. En effet, les erreurs de diagnostic, tant au niveau des familles que dans les structures de santé en milieu rural<sup>65</sup>, restent très fréquentes : ainsi, tout sentiment de malaise et tout symptôme fébrile est assimilé à une crise de paludisme. De plus, le caractère évolutif de la maladie, de même que sa symptomatologie hautement polymorphe provoquent un éclatement du diagnostic (Bonnet, 1990 : 244). Le *sumaya* est une affection modulable, qui sert de base interprétative à de nombreuses autres maladies. Il n'est pas reconnu comme une entité unique et indivisible par la population, puisqu'il engendre le développement d'entités nosologiques connexes, et fait office de « maladie fourre-tout ». On constate donc des abus de diagnostic concernant les accès palustres.

Concernant les usages alimentaires, considérés par les populations locales comme une cause tangible d'un épisode palustre, j'ai souligné que les aliments mis en cause (fruits, légumes, arachides, maïs) apparaissent sur les marchés locaux à la même période que lors des fortes prévalences de paludisme, à savoir lors de l'hivernage. En partant du principe que le paludisme biomédical correspond à une forme de *sumaya*, on peut ainsi soulever une certaine confusion des causes de la part des populations locales, qui incriminent les aliments

---

<sup>65</sup> Par exemple, le CSCOM de Pimperna ne possède par le matériel nécessaire pour une détection scientifique de cette affection.

consommés lors de l'hivernage, alors que la biomédecine impute les accès palustres au parasite transmis par la piqûre des anophèles, qui prolifèrent spécifiquement durant la période des pluies, comme tous les moustiques. J'ai également signalé les liens entre le *sumaya* et le système digestif, qui paraissent évident pour les populations locales. Ces liens résultent sans doute d'une méconnaissance de l'anatomie interne du corps humain : « *Les symptômes internes sont généralement énigmatiques pour le profane. D'autre part, de nombreux symptômes externes et visibles proviennent manifestement de l'intérieur et y trouvent leur source. Le circuit digestif, et celui sexuel et reproductif sont au centre de cet intérieur et au cœur de ses troubles* » (Olivier de Sardan, 1999c :71). Ainsi, les problèmes liés à la digestion sont à la fois compris comme des causes et des symptômes possibles de l'affection. On se retrouve alors à l'intérieur d'un cercle de causes à effets où il devient difficile de repérer la prime origine des maux, mais qui donne un sens au corps crypté.

Comme je l'ai déjà évoqué, les approches de la maladie, ses représentations, ses discours et ses pratiques diffèrent d'un groupe social à l'autre. A plusieurs reprises, j'ai noté l'influence de discours externes sur les perceptions locales<sup>66</sup> : j'ai ainsi déterminé un processus d'imprégnation, voire d'intégration d'une partie ou de tout le contenu de ces discours dans la pensée locale. Les diverses institutions gouvernementales, publiques et privées, les ONG, les agents de santé ont donc un impact notable sur les populations locales, mais leur discours repose essentiellement sur la vision biomédicale : ils n'utilisent de ce fait pas la même la division sémiotique que les populations, et leurs messages sont alors moins bien assimilés. Je reviendrai sur ce point particulier dans la conclusion, mais avant cela, je désire aborder les pratiques mises en place pour résorber un épisode morbide de *sumaya* ou de l'un de ses dérivés.

## **5. Le pluralisme médical**

Les différentes pratiques de soins envisageables lors d'un épisode de *sumaya* (ou de l'un de ses dérivés) dépendent de l'offre de soins présente sur les lieux où se déroule l'événement morbide, ainsi que de l'accès géographique, économique et socio-culturel de ces soins ou d'autres offres de soins présentes dans la région. C'est pourquoi il me semble important de

---

<sup>66</sup> Le moustique comme vecteur du *sumaya*, l'affection du VIH/Sida, l'action de la CPN sur la contraction du *kono*, etc...

s'arrêter sur le concept de pluralisme médical, ainsi que de décrire l'offre de soins en présence à Pimperna et à Mancourani. Dans l'ouvrage collectif *Soigner au pluriel*, Benoist définit le pluralisme comme l'agencement de « *médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, utilisés en même temps ou successivement par les mêmes personnes* » (Benoist, 1996 : 492). Dans le même milieu se retrouvent donc de nombreux modèles de soins, de types autochtones, allogènes et hybrides, se superposant partiellement et permettant de proposer une diversité de soins hétérogènes. Comme le souligne Rossi, « *dans cette perspective, chaque soignant et chaque soigné sont des producteurs de savoirs et de pratiques spécifiques, qui agissent à la fois comme émetteurs et comme récepteurs de ce pluralisme. De fait, la nouvelle logique socio-culturelle, et en même temps économique, de l'offre et de la demande de soins, place le patient et son choix au centre de la problématique du pluralisme médical, en lui permettant des comparaisons, des confrontations et des utilisations variées* » (Rossi, 1999 : 2). La notion de pluralisme médical définit donc la palette de choix concernant la résolution d'un épisode morbide, mais également la pluralité de comportements envisageables envers ces divers choix. Comme on le verra plus bas, ainsi qu'au chapitre traitant spécifiquement des itinéraires thérapeutiques<sup>67</sup>, cette diversité des comportements est mue par des forces sociales, économiques et culturelles diverses plus ou moins influentes.

Cette vision du pluralisme médical permet de s'éloigner du dualisme habituellement dissimulé derrière cette notion. A bien des égards, le pluralisme médical a été considéré comme un ensemble regroupant deux « systèmes de soins » : l'un dit moderne, constitué de la biomédecine occidentale, et l'autre dit traditionnel, rassemblant les pratiques autochtones. Cette représentation dichotomique paraît toutefois peu probable, si l'on considère la multiplicité des thérapeutiques dites traditionnelles, ainsi que les nombreuses formes d'hybridation qui se sont développées aux contacts de cette multitude. La classification des principes thérapeutiques exposée dans l'ouvrage de Coppo s'avère plus adaptée au milieu étudié ici. Se basant sur la répartition des systèmes soins de Kleinmann<sup>68</sup>, l'auteur propose

---

<sup>67</sup> Voir le chapitre « 6. Les itinéraires thérapeutiques ».

<sup>68</sup> En 1980, Kleinmann répartit les ressources thérapeutiques en un système de soins comprenant trois secteurs, partiellement superposés : le secteur « populaire », qui regroupe les croyances et pratiques du malade, de sa famille et de sa communauté ; le secteur « professionnel », représenté par les connaissances et pratiques des agents professionnels de la santé, des représentants de la médecine conventionnelle ou d'autres médecines institutionnalisées ; le secteur « ethnique », qui englobe les connaissances et pratiques ne rentrant pas dans les deux premiers secteurs : dans le premier parce qu'elles impliquent un agent doté du statut social de thérapeute ; dans le second parce que les agents de ce secteur ne reçoivent pas de formation institutionnalisée et le soutien direct de l'Etat. Pour l'auteur, chaque société exprime un système de soins à travers ses autres systèmes

une nouvelle distribution, conçue suite à une enquête menée sur les acteurs et les itinéraires thérapeutiques au Mali :

1. Le secteur de la « *médecine conventionnelle professionnelle* », représenté par la médecine allopathique et symbolisé par les agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et matrones, aides-soignants).
2. Le secteur de l' « *automédication* », qui correspond au secteur « *populaire* » de Kleinmann, c'est-à-dire le patrimoine des populations locales, le recours à toutes les croyances et pratiques connues par les malades et leur entourage. Ce secteur se divise en deux composantes : l'automédication par remèdes « *conventionnels* » (comprimés) et l'automédication par remèdes « *traditionnels* » (composés pour la plupart à base de plantes médicinales).
3. Le secteur de la « *médecine traditionnelle savante* », regroupant les tradipraticiens (guérisseurs, « *faiseurs de médicaments* ») auxquels les communautés d'appartenance reconnaissent le rôle et le statut de thérapeutes (Coppo, 1990 : 11-12).

Bien que j'aborde ces trois modèles thérapeutiques, le but de cette étude est de se pencher sur les pratiques de soins telles qu'elles sont effectuées dans la cellule domestique. L'automédication étant généralement le premier recours utilisé lors d'un épisode palustre<sup>69</sup> et ayant essentiellement lieu dans le cercle familial, j'ai décidé d'aborder spécifiquement ce secteur, qu'il soit pratiqué par « *remèdes conventionnels* » ou « *traditionnels* ». Mais avant de m'attarder plus longuement sur ce principe d'automédication, je désire cerner l'importance du réseau d'interconnaissance autour du malade, ainsi que définir l'offre de soins en présence dans les deux milieux étudiés.

### **5.1 L'importance du réseau d'interconnaissances**

Autour du malade gravite un ensemble hétéroclite de personnes, constitué de sa parenté consanguine et d'une série d'individus apparentés (amis, voisins, membres de la famille éloignée ou de familles alliées). Tous partagent son quotidien, du moins en partie, mais certains d'entre eux sont plus ou moins engagés dans le processus de résolution du

---

culturels : langue, religion ou parenté. Le système de soins est constitué par le réseau des connexions qui s'établit entre l'événement morbide, la réponse individuelle et sociale, l'ensemble des croyances et des pratiques liées à la maladie et les institutions censées être compétentes en la matière (in Coppo, 1990 : 10).

<sup>69</sup> Voir notamment Coppo (1990) et [www.antenna.ch](http://www.antenna.ch)

phénomène morbide. Selon le statut du malade, et selon leur propre statut, ils pourront influencer certains choix concernant l'itinéraire thérapeutique.

Selon l'ampleur de l'affection, sa gravité et sa durée, le recours au réseau de connaissances, tout comme le réseau en lui-même, fluctue en taille et en diversité de personnes. Alors qu'un *sumaya* simple ne mobilisera que peu d'individus, une entité nosologique plus complexe requerra plus de compétences et sollicitera un cercle d'individus plus élargi. De même, les membres de la parenté ou de la parentèle du malade peuvent à leur tour mobiliser leur propre réseau, et ainsi de suite, dans un modèle de cercles concentriques au centre duquel se trouve la personne atteinte. Les réseaux sociaux qui entourent le malade et ses proches représentent donc une importante source de savoirs et même de recours thérapeutiques. Grâce au réseau d'interconnaissance, on a donc accès à un savoir diversifié concernant l'affection et les possibilités d'y recourir : les membres de ces réseaux partagent leurs connaissances, qui font partie du sens commun ou qui appartiennent aux citoyens bien informés. Le savoir de l'expert est quant à lui l'apparat des différents professionnels de la santé. En cas de maladie, le réseau d'interconnaissance sous-tend donc toute la démarche liée aux itinéraires thérapeutiques. Je reviendrai ci-dessous plus en profondeur sur cet aspect de la gestion de l'épisode morbide<sup>70</sup>.

## **5.2 L'offre de soins à Pimperna et à Mancourani**

J'aimerais dans ce chapitre présenter la palette de choix envisageables lors d'un épisode morbide relatif au *sumaya* (ou à l'un de ses dérivés), dans les deux milieux étudiés, soit le village de Pimperna et le quartier de Mancourani. Cette liste, qui représente le cadre institutionnel à l'intérieur duquel se déroule toutes les pratiques de type thérapeutiques, tente d'être la plus exhaustive possible, mais ne se veut pas exclusive. Les différents recours sont classés selon leur fréquence, de la plus courante à la plus inhabituelle.

Dans le village de Pimperna, les possibilités de recours thérapeutiques comprennent :

- L'automédication, qui recouvre les initiatives du malade et celles de sa famille proche. La mobilisation du réseau d'interconnaissance, pour des conseils et informations concernant l'affection contractée et le parcours de soins à entreprendre, entrent dans cette catégorie, tant que les acteurs externes au cercle familial (parenté consanguine) ne prennent pas une part active dans le processus de soins.

---

<sup>70</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.1 Les acteurs du choix ».

- Le recours à un vendeur de médicaments. Ces médicaments peuvent être de type « traditionnel » à base de plantes médicinales brutes ou déjà préparées (sous forme de mélange d'éléments, de poudre, de breuvage), ou de type biochimique, constitué de comprimés. Lors d'un recours à ce niveau, je reconnais deux cas de figure : soit la personne en quête de remèdes demande un produit spécifique qu'elle connaît déjà (ou dont elle a entendu parler) ; soit elle s'adresse au vendeur en lui expliquant les douleurs et ce dernier prescrira un remède. A ce moment, le vendeur intervient directement sur les pratiques de son client, en lui proposant un médicament et sa posologie ; l'on passe alors à recours plus dépendant. Ce phénomène, très courant dans toute la sous-région, est localement dénommé « pharmacie par terre » ou *yalayala fura*<sup>71</sup>.
- Le recours à une/plusieurs personnes extérieures à la famille possédant un ensemble de connaissances spécifiques concernant l'affection et les moyens de la résoudre. Il s'agit essentiellement de membres de la parentèle ou de la communauté qui pratiquent une activité de thérapeute à temps plein ou partiel. Dans la commune de Pimperna, j'ai recensé un guérisseur dogon et un « faiseur de médicaments » (sic), mais d'autres tradipraticiens agissent dans les villages alentours, comme celui rencontré à Tola.
- Le Centre de Santé Communautaire (CSCoM). A Pimperna, le CSCoM est fonctionnel depuis 2002 et accueille environ une dizaine de patients par jours. Il est composé de deux bâtiments : l'un est réservé à la maternité (bureau et salle de consultations, salle d'accouchement, salle de soins) et l'autre abrite le dépôt de médicaments, le bureau (équipé d'une radio) et la salle de consultation de l'infirmière-chef, ainsi que d'une salle de pansement et d'une salle de soins. Le personnel se compose de 6 membres :
  - L'infirmière-chef de poste dirige l'ensemble de l'infrastructure, procède aux consultations, supervise les petites opérations de chirurgie (pansements, points de suture), conduit les séances de vaccinations et de sensibilisation. Diplômée d'Etat, elle a suivi une formation de 3 ans dans une école professionnelle. Elle est installée dans la ville de Sikasso et se rend au village chaque jour en

---

<sup>71</sup> A ce propos, voir le chapitre « 7.2.1 Acquisition des produits ».

voiture. Durant la période d'observation, elle assurait sa présence au village en moyenne 4 jours par semaine, de 9h à 16h.

- Deux matrones<sup>72</sup> sont en charge d'assurer les activités liées à la maternité. Elles procèdent aux consultations pré- et post-natales, aux consultations de planning-familial ainsi qu'aux accouchements. En cas d'absence de la cheffe de poste, elles procèdent aux consultations. Hébergées non loin du CSCoM, elles garantissent une présence médicale permanente au village et prennent en charge les urgences médicales en-dehors des heures de présence de l'infirmière.
- Le responsable de la salle de soins est un jeune aide-soignant prodiguant les soins de base tels les pansements, les points de suture, les poses de perfusions.
- Le responsable du dépôt-vente contrôle la gestion des stocks et procède à la vente des médicaments selon les ordonnances délivrées par la cheffe de poste ou les matrones.
- Une femme du village est présumée au nettoyage du centre.

Selon le cahier de consultations, 176 examens médicaux ont été effectués durant la période du 5 février au 6 mars 2007. 74 cas de paludisme ont été détectés, dont 38 chez des enfants de moins de 15 ans (19 simples et 19 graves) et 36 chez les adultes (24 simples et 12 graves). Les autres motifs de consultations sont principalement les problèmes intestinaux et les infections respiratoires.

Au village, les personnes sont généralement peu disposées à se déplacer pour trouver d'autres moyens de guérison. En ce qui concerne le *sumaya* particulièrement, la maladie étant courante et commune, on cherchera presque toujours des solutions dans l'environnement le plus proche. Mais ce n'est pas le cas de toutes les maladies : par exemple, le guérisseur rencontré à Tola évoque des patients venus de Côte-d'Ivoire pour remédier à leur *koko*.

Dans le quartier de Mancourani, on retrouve le même type d'offre qu'au village : l'automédication est également grandement répandue, tout comme les demandes de conseils à la parenté, à la parentèle, le recours aux vendeurs de médicaments et aux guérisseurs. Toutefois, le phénomène de *yalayala fura y* est très développé, bien plus qu'au village qui ne présentait que quelques cas de revendeurs de plantes au marché et de comprimés dans les

---

<sup>72</sup> Ce terme est couramment utilisé pour nommer des sages-femmes ayant reçu une formation accélérée qui sont employées dans les infrastructures de soins comme les CSCoM.

boutiques. L'offre est donc très conséquente et l'accès facilité. Les plantes et les comprimés se trouvent aisément aux stands du marché, chez certains boutiquiers, chez des guérisseurs, et dans la rue grâce aux nombreux revendeurs ambulants.

Mancourani possède également un CSCom. Bien que je ne l'aie pas visité, son mode de fonctionnement doit être identique qu'au CSCom de Pimperna. De nombreuses pharmacies, officines et dépôts de médicaments, plus ou moins bien achalandés et rattachés ou non à une infrastructure (privée ou publique), offrent la possibilité de se ravitailler en comprimés. Le recours à d'autres CSCom ainsi qu'à l'Hôpital Régional de Sikasso, tout comme aux autres infrastructures privées (cabinets de consultation) est également envisageable, étant donné leur proximité géographique. D'autre part, il semblerait que les citoyens soient plus enclins à se mobiliser. Lors de l'enquête, j'ai effectivement entendu parler de personnes prêtes à se déplacer dans certains villages pour consulter un tradipraticien. Certains n'hésitent pas non plus à traverser la frontière, à parcourir plusieurs centaines de kilomètres pour soigner leurs maux. Néanmoins, ces cas restent des exceptions et pour ce qui est des accès de *sumaya*, les individus se contentent d'exploiter l'offre de soins que présente leur quartier, ou la ville.

De manière générale, on peut admettre que l'offre de soins est plus étendue à Mancourani, où le pluralisme médical peut se développer de manière plus intense. L'accès aux soins est facilité dans le milieu urbain, car on dénote plus de possibilités thérapeutiques, mais également plus de « libertés » quant aux choix de l'itinéraire. De même, les distances géographiques sont réduites et le réseau social plus étendu. Maintenant que le cadre institutionnel a été défini, je peux me pencher plus en détail sur les différents itinéraires thérapeutiques choisis par les malades en cas de *sumaya* ou de l'un de ses dérivés.

## **6. Itinéraires thérapeutiques**

La notion d'itinéraire thérapeutique est largement liée à celle de pluralisme médical. Le lien entre ces deux concepts ayant déjà été abordé précédemment, j'aimerais ici me pencher plus particulièrement sur le choix effectif des malades et de leur entourage quant aux pratiques de soins entreprises lors d'un épisode palustre : qui choisit l'itinéraire thérapeutique à suivre et quels sont les soins préférentiels selon l'affection contractée ? Après avoir défini le cadre

idéal<sup>73</sup> et le cadre institutionnel<sup>74</sup>, il s'agit à présent de déterminer le cadre pratique, englobant les usages thérapeutiques. Ces derniers s'inscrivent dans un registre de cohérence, et permettent de confirmer les représentations du cadre idéal. Après avoir introduit la notion centrale d'*itinéraire thérapeutique* et souligné l'importance des acteurs présents autour du malade, j'aimerais reprendre chacune des entités nosologiques recensées afin d'en décrire les parcours de soins préférentiels et les attitudes favorisant la guérison.

Le concept d'itinéraire thérapeutique est défini par Coppo comme « *les chemins parcourus par les malades et leur entourage dans la quête de solution aux problèmes de santé* » (Coppo, 1990 :9). Il consiste en la recherche d'un soulagement de la douleur à travers différentes approches curatives, formant un parcours thérapeutique. Selon mes observations, et contrairement à l'idée que je m'en faisais initialement, les itinéraires thérapeutiques sont pluriels et dynamiques : « *plusieurs modes de réponses thérapeutiques sont envisageables à partir d'une seule et même détermination étiologique* » (Laplantine in Bonte, 2000 : 707). Les individus étant généralement en présence d'un pluralisme médical, ceci leur permet d'entreprendre différents itinéraires thérapeutiques, tour à tour ou simultanément, en fonction des savoirs et perceptions du malade ainsi que de son réseau de connaissances, et dans le but avoué d'optimiser les chances de guérison. A une seule entité nosologique peuvent donc correspondre une multitude d'itinéraires possible, regroupant une multitude de pratiques. Soulignons tout de même que « *si l'on a souvent tendance à déterminer la logique des traitements à partir des représentations de la maladie, il semble que le traitement influe tout autant sur la manière de concevoir la maladie* » (Chillio, 2003 :461). Par exemple, dans un article consacré à l'entité *kono*, Roger explique que cette affection reste attribuée à l'action d'un oiseau pour peu que les convulsions cessent sans recours à la médecine moderne, ou que l'enfant meurt malgré ce recours. Si l'intervention des agents de santé s'avère efficace, l'épisode peut être considéré comme étant consécutif à *sumaya*<sup>75</sup>. Ainsi, suivant le résultat des soins réalisés, l'étiologie de la maladie peut changer (Roger, 1993 : 92). Dans cet exemple, le traitement mis en place permet de déterminer l'étiologie et le type de maladie. Les résultats des médications adoptées sont donc susceptibles de modifier les perceptions et représentations liées à l'ENP. Cependant, selon mes observations, les acteurs entreprennent souvent plusieurs médications simultanément, il devient alors difficile de reconnaître avec exactitude laquelle

---

<sup>73</sup> Voir le chapitre « 4. Connaissances et représentations du paludisme ».

<sup>74</sup> Voir le chapitre « 5. Pluralisme culturel ».

<sup>75</sup> La biomédecine serait apte à guérir le *sumaya* et ses dérivés, mais pas la « maladie de l'oiseau ».

est efficace, et laquelle confirme ou infirme l'étiologie

S'il est relativement aisé d'effectuer le recensement des différentes pratiques thérapeutiques en présence, comme cela a été réalisé au chapitre précédent<sup>76</sup>, il reste toutefois difficile d'étudier avec exactitude les véritables itinéraires empruntés par les malades. Je me suis donc essentiellement basée sur les discours de mes interlocuteurs lors des entretiens. Malheureusement, ces discours ne représentent pas toujours la réalité des comportements : souvent, les réponses données « *mettent en relief des choix-types, conformes à des modèles que l'interlocuteur explicite en tenant compte à la fois de ce que sa culture lui a appris à juger bon et de ce qu'il pense de l'attente de son interlocuteur* » (Benoist, 1996 : 8). Seule l'observation permet d'évaluer le décalage entre le discours sur les choix et la pratique réelle des itinéraires de soins, or il est très délicat et assez exceptionnel de pouvoir observer un malade tout au long de son parcours, de la détermination de l'affection à la guérison. Durant mes investigations, j'ai tenté de cerner au mieux les pratiques effectives de mes interlocuteurs, mais j'ai eu l'occasion de remarquer à plusieurs reprises un décalage entre discours et pratiques. Ce décrochement a été particulièrement observé concernant l'utilisation de comprimés achetés aux *yalayala fura* et pour la fréquence du recours à une structure de santé conventionnelle. Pour exemple, dans un premier entretien mené dans une famille en milieu urbain, les femmes ont assuré qu'elles se fournissaient en comprimés à la pharmacie : « *Et les yalayala fura ? - Ayi<sup>77</sup> ! Les yalayala fura là... Comme il y a des comprimés qui sont... peut-être ils sont périmés. Nous, on a peur de ça. Si tu les prends, ça se complique encore, c'est pour ça qu'on préfère la pharmacie* » (Mancourani, Famille Koné, F1, 8 mai 2007). Mais lors de ma seconde visite dans cette famille, l'une des femmes était atteinte du *sumaya*, et elle venait de se fournir en Nivaquine chez un vendeur ambulancier. Alors que je sollicitais un éclaircissement de sa part, mon traducteur m'a affirmé que « *beaucoup disent qu'ils n'utilisent pas le yala, mais si ça se chauffe, ils paient...* » (Mancourani, Traducteur in Famille Koné, F2, 15 mai 2007). Cette situation démontre bien l'écart constant qu'il peut y avoir entre discours et pratiques, et ce décalage est un biais notable dont il faut tenir compte à la lecture des résultats.

Dans les familles avec lesquelles je me suis entretenue, la majorité des alternatives thérapeutiques possibles avait été expérimentée au moins une fois par un des membres de la

---

<sup>76</sup> « 5. Le pluralisme médical »

<sup>77</sup> Non ! exprimé de manière très vindicative.

parenté ou de la parentèle. Par cet état de fait, les personnes interrogées disposaient d'une opinion substantielle sur chacun des recours médicaux envisageables<sup>78</sup>. Bien que chacun aie sa position et nourrisse une préférence pour l'une ou l'autre des alternatives, on admet assez facilement qu'aucune d'entre elles ne soit assez fructueuse ou parfaitement garantie pour l'adopter en permanence, tout en éliminant les autres possibilités. Même s'il est possible de soulever des tendances générales, il s'avère inutile de classer la population entre les adeptes des différentes méthodes. De même, « *tout essai de systématiser les itinéraires thérapeutiques nous place devant l'évidence que si les comportements ont une certaine régularité lors des débuts d'une maladie bénigne, ils la suivent d'autant moins que l'état morbide est grave aux yeux du malade ou de son entourage familial immédiat. Lorsque, à la suite des premiers soins, la maladie persiste, qu'elle s'aggrave ou non, l'éventail des comportements s'ouvre de telle façon que la possibilité de systématiser des itinéraires devient tout à fait illusoire* » (Sturzenegger in Benoist, 1996 : 8). Le certain ordre « logique », qui prévaut au début de l'épisode morbide, cède la place à une suite de comportements orientés par les interférences de plusieurs champs du social avec celui de la maladie. Cette incohérence des malades et de leurs proches dans la quête de soins est la conséquence de logiques multiples (accès géographique ou économique, compréhension symbolique), de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) (Benoist, 1996 : 8-9). La tentative de formaliser d'une manière stricte les itinéraires thérapeutiques empruntés selon l'affection contractée devient alors impossible. Les parcours de soins varient conséquemment aux individus, à leurs expériences présentes et passées, et les itinéraires thérapeutiques cheminent entre de multiples pratiques qui s'entrelacent.

### **6.1 Les acteurs du choix**

Dans les milieux étudiés, le processus d'identification de la maladie (par auto-diagnostic) ainsi que les prises de décisions du cheminement thérapeutique ont un caractère fortement collectif. Ces deux phases constitutives de l'itinéraire thérapeutique se déroulent en premier lieu avec les membres de la parenté, au sein la concession familiale, qui représente également le centre d'administration des soins de premier recours. Comme le souligne Dozon, « *les pratiques thérapeutiques sont investies d'enjeux sociaux et insérées dans un système de relations de pouvoir au sein de la concession* » (Dozon in Faye, 2006 : 237). Les rapports

---

<sup>78</sup> Décrits au chapitre « 5.2 L'offre de soins à Pimperna et Mancourani ».

d'autorité occupent une place centrale dans la détermination des parcours de soins. Par conséquent, les pratiques curatives se voient investies d'enjeux sociaux, implantées dans un système de relation de pouvoir. Implicitement, l'organisation familiale détermine la distribution des rôles et des responsabilités concernant la prise en charge des malades (Faye, 2006 : 237).

Selon l'âge, le sexe et le statut du malade, la personne qui décidera de l'itinéraire thérapeutique à emprunter varie. Un homme, qu'il soit chef de famille, chef de ménage ou simple membre de l'unité domestique, prendra généralement son parcours thérapeutique en charge. Même s'il s'adresse à d'autres pour recevoir des conseils, la décision n'appartient qu'à lui, c'est lui qui gère sa médication et ses différents recours. S'il n'est pas en assez bonne santé pour se procurer les remèdes nécessaires à son traitement, il pourra envoyer un membre de la famille les acquérir pour lui. En règle générale, et spécifiquement lorsqu'il s'agit d'extraits végétaux, la préférence se portera sur un membre masculin et de confiance. Les jeunes hommes ont souvent déjà acquis certaines connaissances basiques leur permettant de se soigner par automédication, soit « traditionnelle » soit « conventionnelle ». S'ils désirent avoir recours à une personne externe, ils sont généralement amenés à en demander la permission à leur père ou à un membre masculin plus âgé (oncle, grand-père), essentiellement pour des questions financières.

Le milieu de résidence n'est pas un facteur primordial concernant les choix du recours thérapeutiques des hommes, mais il a son importance auprès des femmes. En milieu rural, une femme malade s'adressera toujours à un membre masculin de sa famille, soit pour obtenir un remède en automédication, soit pour demander l'autorisation d'aller consulter une personne externe. En premier lieu, la femme devrait s'adresser à son mari, mais par la suite, elle peut également faire une demande auprès des frères de son mari, du chef de famille ou de membres de sa propre famille (frère, père, oncle, grand-père) lors d'une bonne entente entre les belles-familles. Si elle connaît ou possède des remèdes, elle pourra amorcer des soins en automédication. La plupart du temps, une jeune fille malade s'adressera à sa mère qui fera un recours pour elle auprès du père ou des autres membres du ménage. En ville, il s'avère que les femmes ont un peu plus de libertés quant au choix de la médication. Premièrement, les possibilités de soins sont plus étendues qu'au village. L'accès aux remèdes et aux personnes externes est facilité du point de vue géographique, mais également économique. En effet, en milieu urbain, les femmes ont beaucoup plus d'occasions de réunir un petit pécule personnel

grâce aux nombreuses possibilités de mener une activité lucrative. En brousse, seules certaines femmes possèdent un petit commerce de bois ou tiennent un stand dans les marchés, ce qui leur permet de faire quelques économies. D'autre part, grâce à l'intense brassage d'individus et d'informations qu'offre le milieu urbain, l'accès aux connaissances y est favorisé. Les femmes habitant la ville ont donc plus d'opportunités de contrôler leur propre parcours de soins.

En milieu rural, on m'a souvent répété que les hommes possédaient plus de connaissances au niveau médical (symptômes, diagnostic, remèdes à base de plantes médicinales), et que les femmes n'entretenaient aucun savoir dans ce domaine<sup>79</sup> : « *Les femmes ne connaissent rien. Elles vont donner du riz seulement. Elles n'ont pas d'informations car elles s'adressent à leur maris* » (Pimperna, Famille Diallo, H, 13 février 2007). Ce villageois interprète les sollicitations auprès du mari comme une attestation de l'ignorance des femmes. Cependant, il est probable que ces dernières se sentent simplement obligées de recourir à leur mari, puisque c'est lui qui gère l'autorité dans la famille et qu'il incarne une figure de pouvoir. D'après mes observations et les discussions que j'ai pu mener avec quelques villageoises de Pimperna, les femmes ont une avant tout mauvaise estime de l'état de leurs propres connaissances : « *Si quelqu'un est malade, on s'adresse à son mari ou aux vieux de la famille (...) Si l'enfant a le corps chaud, on le donne à son mari pour savoir ce qu'il a comme maladie. On sait qu'il est malade, mais on ignore la maladie* » (Pimperna, Famille Coulibaly, F, 9 février 2007). La plupart des femmes savent reconnaître les symptômes des affections courantes, autant chez elle que chez leurs enfants. Certaines d'entre elles connaissent des moyens thérapeutiques relevant de l'automédication qu'elles utilisent comme premier recours. Dans les cas où leur état (ou celui de leur enfant) ne s'améliore pas ou connaît une aggravation, elles s'adressent à leur mari, qui leur permettra d'entamer d'autres processus thérapeutiques requérant des connaissances plus approfondies.

Enfin, un enfant malade sera pris en charge par sa mère ou les membres féminins du ménage, qui s'occuperont de lui. Les femmes s'adresseront aux hommes de la famille, parfois pour entreprendre les pratiques curatives adéquates, mais surtout pour assurer les frais des soins médicaux. Bien que la mère soit la première responsable de la santé de son enfant, elle se positionne dans une situation de dépendance. Les enfants occupent ainsi un statut analogue à

---

<sup>79</sup> Ceci explique d'ailleurs en partie pourquoi il m'a été difficile de m'entretenir avec des femmes au village.

celui des femmes villageoises : tous deux sont tributaires des membres masculins de la famille, qui décident de l'itinéraire thérapeutique à emprunter.

## **6.2 Itinéraires thérapeutiques préférentiels**

### **6.2.1 Sumaya : l'automédication comme recours favorisé**

Comme il a été vu au chapitre sur les représentations relatives au paludisme<sup>80</sup>, l'entité nosologique *sumaya* relève d'une grande diversité : facilement assimilé au paludisme simple, on a déjà souligné une tendance à l'abus de traduction et d'interprétation de ce terme nosologique, les acteurs y incorporant d'autres symptômes et d'autres affections que le paludisme. En plus du paludisme simple connu sous sa forme biomédicale, le terme recouvre également, et peut-être avant tout, un état de fatigue générale et un état grippal périodique, dont les symptômes sont souvent assimilés à une crise palustre. Que l'on considère le *sumaya* comme correspondant au paludisme tel qu'il est défini médicalement ou non, les deux entités possèdent une symptomatologie polymorphe qui provoque un éclatement du diagnostic. L'état morbide engendrant des réflexions sur ses symptômes et la manière de le résoudre, on constate au niveau local un éclatement des itinéraires thérapeutiques envisageables. Mais cette entité est une maladie des plus fréquentes dans la zone tropicale étudiée, et comme je le démontrerai ci-dessous, selon l'intensité des symptômes ressentis, leur fréquence et leur durée, elle ne fait pas toujours appel à un comportement thérapeutique

Mes observations concernant cette entité et les nombreuses pratiques de soins y répondant m'ont amenée à déterminer une multitude de comportements envisageables. Afin de simplifier la lecture et la compréhension, j'ai tenté de dissocier les différentes conduites possibles face à la maladie. J'ai donc discerné deux « stades évolutifs » dans l'affection *sumaya* : un état liminaire et un état plus avancé, qui se différencient par leur évolution et par leur mode de prise en charge.

Dans la phase initiale de la maladie, lorsque les symptômes ressentis se limitent à un léger malaise, à une tendance à la fatigue, ou à de faibles maux de tête et/ou de ventre, un recours thérapeutique n'est pas toujours entrepris. Bien que l'entité de *sumaya* (et toutes les représentations et conséquences qu'elle peut impliquer, notamment ses évolutions

---

<sup>80</sup> Voir le chapitre « 4. Connaissances et représentations relatives au paludisme ».

aggravantes) soit rapidement mise en cause, ces manifestations symptomatiques sont constamment banalisées. Ainsi, il m'est arrivé de découvrir épisodiquement et « par hasard », au détour d'un entretien ou d'une discussion informelle, l'état morbide de certains de mes interlocuteurs. A ce stade-là, je constate une étonnante rationalisation de cette maladie : du fait de sa fréquence et de sa « chronicisation », on lui attribue volontiers un caractère bénin. Toutefois, ce comportement ne mène pas jusqu'à la négation de la maladie : tout adulte reste attentif à l'évolution des signes de l'affection, afin d'éviter l'aggravation de son état. La maladie ne peut se maintenir à ce stade sur une longue durée : elle est appelée à évoluer, ou à disparaître. L'affection peut se résorber par elle-même ou par la prise d'une légère médication: *nivaquinisation* ou solution buvable à base d'extraits de plantes. Le manque de prise en charge et l'automédication élémentaire permettent surtout d'épargner quelques ressources financières, qui seront employées lors de cas plus urgents. Cet état primitif peut rapidement évoluer vers le second stade prédéfini, qui se caractérise par l'amplification des premiers symptômes et l'apparition d'accès fébriles, de vomissements ou d'autres signes symptomatiques typiques de *sumaya* et du paludisme. L'instauration d'un traitement curatif est alors perçu comme un principe nécessaire au rétablissement, mais les comportements face à cette phase évolutive sont aussi variés que le nombre d'individus atteints.

A Pimperna, le principe d'automédication est le premier recours adopté dans les familles interrogées pour l'enquête. Hommes et femmes ont généralement recours à diverses préparations à base de plantes médicinales ainsi qu'aux comprimés biochimiques vendus par les *yalayala fura*. Lors des entretiens, nous avons essentiellement évoqué les remèdes « traditionnels » et le recours au CSCoM. Bien que certains informateurs m'aient parlé des comprimés vendus « par terre », ce n'est pas un sujet qui ait été abordé systématiquement : d'une part, je ne pensais pas que ce recours soit si important en milieu rural et je n'ai pas pensé à approfondir cette question lors des entretiens. D'autre part, il est vraisemblable que les villageois aient « volontairement » omis de m'en parler, ceci afin de donner des réponses plus « conformes » à mes attentes<sup>81</sup>. Pourtant, les médicaments biochimiques relèvent d'une utilisation courante, et ce même si les possibilités de s'en procurer sont moins évidentes qu'en milieu urbain : « *Nous tous, c'est la pharmacie du CSCoM. Cela n'empêche pas d'acheter des médicaments par terre. Si quelqu'un part à la pharmacie, c'est que c'est grave maintenant. Si tu as des maux de tête, tu achètes des médicaments par terre et tu peux travailler* » (Pimperna,

---

<sup>81</sup> Au village, ma recherche a souvent été présentée comme une étude sur les médecines traditionnelles.

Famille Zanga, H, 14 février 2007). Le choix des médicaments découle souvent d'une précédente expérience dans une infrastructure médicale institutionnelle : suite à une consultation auprès d'un agent de santé, le patient connaît quel médicament utiliser pour contrer tels ou tels maux. Une fois atteint des mêmes douleurs, ce dernier se souviendra du nom des comprimés utilisés et pourra s'en procurer dans une pharmacie par terre : « *Quand on est malade une fois, on sait quoi prendre comme médicaments. Donc si un vendeur de médicaments arrive et qu'on est malade, on sait ce qu'on va prendre. Le nom des médicaments que tu retiens, tu vas acheter ça par terre. Si ça guérit pas, tu lui demande ce qui peut te guérir, et il te propose des médicaments* » (Pimperan, Famille Coulibaly Massala, F, 10 février 2007). Ce procédé est la manière la plus commune pour sélectionner ses médicaments chez un vendeur de *yalayala fura*.

L'édification du CSCCom au sein du village en 2004 a modifié en partie les comportements des villageois, et cette infrastructure est souvent citée comme second recours en cas de *sumaya* : « *Si le palu guérit pas, on va à l'ordonnance* » (Pimperna, Famille Coulibaly, F, 9 février 2007). Bien que le CSCCom représente une option non-négligeable, il est probable qu'il suive une diversité de recours de type auto-médical (« traditionnels » et/ou par comprimés biochimiques), ou même qu'il se place après le recours à un « faiseur de médicaments » ou à un guérisseur. Il est utile également de préciser que le CSCCom de Pimperna a été financé par la Coopération Suisse ; apparaissant comme une représentante de cette institution, les informateurs ont peut-être voulu démontrer le bien-fondé de cette structure au sein de leur village, à travers son usage par l'ensemble de la communauté. Toutefois, de nombreux villageois portent une grande estime à ce centre de soins : « *Même si tu connais (la maladie et son traitement, ndlr), la personne que tu traites ne sera pas contente si tu l'emmènes pas au CSCCom. Ça veut dire que tu lui portes pas de considération. Ceux à qui tu donnes les médicaments traditionnels, ils doivent avoir confiance en ça, sinon ça ne marche pas* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007). D'après les observations que j'ai effectuées dans ce dispensaire, on y emmène tant les adultes que les enfants. Concernant le paludisme en particulier et selon le registre des consultations, 74 cas ont été enregistrés entre le 5 février et le 6 mars 2007 sur 176 consultations effectuées : on dénombre autant d'enfants que d'adultes atteints, mais plus de cas de paludisme grave chez les enfants<sup>82</sup>. Malgré cette parité entre adultes et enfants, la population perçoit le CSCCom comme un recours avant tout destiné aux enfants : « *Si une femme vient avec une enfant malade, on va au CSCCom (...) si tu lui dit pas d'aller au CSCCom,*

---

<sup>82</sup> Environ trois consultations sur sept ont été attribuées au paludisme. 38 enfants atteints, dont 19 cas de palu grave ; 36 adultes atteints, donc 12 cas de palu grave.

*c'est qu'on ne veut pas que l'enfant survive ! Partir creuser les racines et couper les feuilles, ça prend du temps ; au CSCom, c'est rapide »* (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007).

Dans le quartier de Mancourani, le principe d'automédication est également le premier recours adopté lors d'un accès de *sumaya* : hommes et femmes utilisent régulièrement des remèdes à base de plantes médicinales ainsi que des comprimés biochimiques. Il semblerait que les femmes préfèrent utiliser des comprimés. Leur prix et leur facilité d'accès ne sont pourtant pas des arguments détrônant les remèdes « traditionnels », ces derniers étant pour beaucoup présents gratuitement dans les cours, les jardins et la brousse environnante, ou pour une modique somme chez les guérisseurs, les vendeurs ambulants (*yalayala fura, motariste*)<sup>83</sup> ou les vendeurs au marché. En revanche, leur facilité d'usage et le temps réduit du traitement<sup>84</sup> favorise leur utilisation. De même, les femmes ont peut-être moins l'habitude de se consacrer aux préparations de « remèdes traditionnels », ou connaissent-elles réellement moins l'usage des plantes médicinales que les hommes. Les hommes quant à eux usent autant les comprimés que les plantes, l'échantillon mobilisé affichant une légère préférence pour les plantes médicinales. Dans l'ensemble, on note tout de même une disposition tendancieuse à entamer un traitement curatif avec des comprimés, avant de recourir aux plantes médicinales : « *Si tu commences avec les comprimés et tu vois que ça ne va pas, tu reviens aux plantes. Tu vois, si le premier (les comprimés, ndlr) est efficace, tu continues avec le premier. Au cas contraire, si le premier n'est pas efficace, ils viennent au deuxième (les plantes, ndlr) »* (Mancourani, Famille Diabaté, H1, 29 mai 2007). Si aucun recours en automédication<sup>85</sup> ne donne de suite encourageante, on fait appel à une personne externe à la famille (guérisseur, CSCom, Hôpital). Mais le guérisseur ne semble pas être souvent sollicité en cas de *sumaya*, car ses connaissances sont plutôt réservées à des affections moins communes ou plus importantes (comme le *sayi* ou les autres dérivés de *sumaya*). Les informateurs s'adressent tout de même à lui pour obtenir quelques conseils et se procurer des remèdes déjà préparés. Le recours aux structures conventionnelles (CSCom ou Hôpital) s'avère assez courant selon les discours tant féminins que masculins : il peut faire office de premier choix dans l'itinéraire thérapeutique des hommes, mais seulement de deuxième ou troisième choix dans celui des femmes. Cependant, il est difficile d'estimer la probabilité de ces dires, car d'après les informations récoltées, peu d'individus ont fait appel à cette ressource lors du dernier épisode de *sumaya*

---

<sup>83</sup> A ce propos, voir la chapitre « 7.2 Automédication par comprimés ».

<sup>84</sup> Par rapport aux remèdes à base de plantes médicinales. Voir à ce propos le chapitre « 7.2.2 Usage ».

<sup>85</sup> Le malade peut entamer plusieurs recours simultanément ou tour à tour.

ayant touché un membre de leur unité domestique.

Les enfants font l'objet d'actions plus spécifiques, tant au niveau urbain que rural : bien que les avis soient partagés, de nombreuses personnes (hommes et femmes confondus) préfèrent emmener un enfant souffrant directement dans une structure de soins conventionnels. « *On fait le traitement des enfants à l'hôpital parce qu'ils sont encore "gosses". Leur traitement ne peut pas se faire avec des plantes, il faut attendre un certain âge. C'est l'hôpital seul qui peut aider les enfants* » (Mancourani, Famille Sanogo, H1, 25 mai 2007). L'âge, et par là la constitution physique de l'individu touché, est mis en cause contre l'utilisation des plantes, parfois trop puissantes. Certaines mères disent redouter la maladie des enfants, qui peut s'aggraver plus rapidement que chez les adultes, c'est pourquoi elles ont facilement recours à une personne externe : « *Si une femme vient avec une enfant malade, on va au CSCom (...) si tu lui dis pas d'aller au CSCom, c'est qu'on ne veut pas que l'enfant survive ! Partir creuser les racines et couper les feuilles, ça prends du temps ; au CSCom, c'est rapide* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007). Pour les enfants, le recours aux comprimés par automédication reste rare, et le recours au guérisseur n'a jamais été cité dans les cas de *sumaya*.

Comme on peut le constater d'après les résultats obtenus dans les deux milieux étudiés, le *sumaya*, plus que toutes autres affections liées au paludisme, présente une palette de résolutions assez diversifiée et hétéroclite : tant en milieu rural qu'en milieu urbain, de nombreuses possibilités de choix sont envisageables, selon l'étendue de la pluralité médicale en présence. Toutefois, on peut avancer que l'automédication constitue une ressource de premier choix, tant pour les hommes que les femmes, et en milieu rural comme en milieu urbain. De plus, les acteurs naviguent sans cesse entre les deux types de médications relevés (plantes médicinales et comprimés biochimiques), ce qui accentue encore la dynamique entre médicaments « traditionnels » et médicaments conventionnels.

### **6.2.2 Sayi : le danger de la piqûre**

Contrairement à l'entité nosologique *sumaya*, les symptômes du *sayi* sont très caractéristiques. Les deux types de *sayi*, le jaune et le blanc, recensent plusieurs signes symptomatiques dont le principal est le changement de couleur des conjonctives, des paumes des mains et des pieds, devenant jaunes ou blanches. Cette symptomatique précise permet un diagnostic relativement aisé, pour autant que les protagonistes aient connaissance de cette

affection. Selon le cadre conceptuel en présence, le *sayi* représente une aggravation de la forme simple du *sumaya*. Comme le souligne Faye (2006), l'évolution d'une symptomatologie et la persistance aux soins influent grandement les représentations de la maladie, ainsi que le processus de recours aux soins. Ainsi, lorsqu'un malade atteint ce stade de la maladie, un itinéraire thérapeutique est rapidement amorcé. De plus, la résolution thérapeutique de cette affection est considérée comme étant assez délicate, en raison du danger mortel auquel on l'associe.

Les données récoltées sur les pratiques de soins entreprises face au *sayi* frappent par leur homogénéité. Toutes les personnes interrogées, de manière formelle ou informelle et dans les deux milieux étudiés<sup>86</sup>, s'accordent à dire que le traitement privilégié est constitué d'une médication « traditionnelle », c'est-à-dire principalement par les plantes médicinales. Il faut préciser qu'au niveau des traitements, il semble exister une sorte de confusion entre les deux entités jaune et blanche : alors que la majorité des informateurs reconnaissent très clairement ces deux formes de l'affection, le traitement contre le *sayi* semble regrouper les deux configurations morbides, puisque les interlocuteurs ne précisaient généralement pas s'il s'agissait d'un traitement spécifique pour l'un ou l'autre. Cependant, les personnes interrogées axaient surtout, et de manière spontanée, la discussion sur les pratiques de soins concernant le *sayi* blanc, essentiellement parce que cette ENP est considérée comme étant une forme aggravée à la fois du *sumaya* et du *sayi* jaune. Ce dernier se trouve alors partiellement banalisé par rapport à sa version blanche, tout comme le *sumaya*.

La médecine de type « traditionnel » est donc sans conteste le recours le plus apprécié et le plus courant pour résoudre un épisode de *sayi*. Les prescriptions à suivre semblent d'ailleurs très ancrées dans les représentations, et apparaissent sous une forme presque institutionnalisée. Cette entité étant un dérivé de *sumaya*, les personnes atteintes continuent à se prodiguer soins en automédication, principalement à base de plantes médicinales : « *On utilise les médicaments traditionnels, des racines à préparer, puis on va chercher celui qui guérit dans le village* » (Pimperna, Chef du village, 7 février 2007). Ainsi, si la première médication mise en place n'agit pas assez rapidement, on n'hésite pas à consulter un spécialiste externe au foyer domestique. A Pimperna, aucun informateur n'a mentionné le recours aux comprimés, mais en milieu urbain, l'utilisation de comprimés chimiques est envisageable,

---

<sup>86</sup> Hommes, femmes, jeunes, âgés, guérisseurs, agents de santé, etc. habitant Pimperna et Mancourani.

bien que les avis divergent fortement à ce sujet. Alors que certains assurent qu'aucun comprimé n'est efficace contre le *sayi*, d'autres n'hésitent pas à coupler les deux modèles de soins afin d'augmenter les chances de guérison. Toutefois, la plupart préfèrent employer les plantes pour leur traitement curatif, grandement valorisé pour traiter cette affection.

Hormis l'éventuelle utilisation de comprimés, le recours à la biomédecine est passablement déprécié. Deux raisons principales ont été identifiées : premièrement, selon les informateurs, les agents de santé ne (re)connaissent pas cette entité nosologique, trop facilement assimilée à un accès palustre : « *Au CSCCom, on va dire que c'est palu, mais c'est sayi. On confond palu et sayi. Tout le monde ne connaît pas le sayi : ceux qui connaissent, c'est les vieux* » (Pimperna, Famille Diamouténé Massala, H, 8 février 2007). L'entité n'étant pas reconnue comme telle, les structures de santé conventionnelle ne sont pas perçues comme étant aptes à fournir des traitements efficaces : « *Les gens disent que le sayi blanc ne se traite pas à l'hôpital, qu'il n'y a pas un médicament efficace pour les blancs pour le sayi* » (Mancourani, Famille Koné, F1, 8 mai 2007). Secondement, le traitement des structures de santé conventionnelle, comme les CSCCom, ne convient pas comme premier recours : « *Si tu as sayi, mieux vaut traiter traditionnellement que partir au CSCCom. On fait le traitement avec Sindjan, Fimpi ou Surasinzan. Si tu as pris ces médicaments, ça va faire sortir les microbes du sayi. Une fois les microbes partis, tu peux partir au CSCCom pour chercher les médicaments pour avoir de la force par les médicaments* » (Pimperna, Famille Diamouténé, HF, 21 février 2007). Il est donc hautement prescrit d'entreprendre en premier lieu une médication « traditionnelle » qui permettra aux agents pathogènes responsables de quitter le corps du malade. Puis seulement, le recours au CSCCom s'avère utile, afin d'éliminer toute trace de l'affection et de permettre au corps de retrouver sa santé et sa force.

Cette fonction du CSCCom comme recours de « seconde utilité » s'explique principalement par l'inadéquation du traitement prodigué dans ces structures et les représentations liées à la maladie. En effet, au CSCCom, l'affection localement dénommée *sayi* est considérée comme un « palu grave<sup>87</sup> », son traitement est donc à base de comprimés, d'injections et éventuellement de perfusions<sup>88</sup>. Or, selon les croyances locales, le *sayi* (blanc en particulier) provoque un manque de sang ou d'eau dans le corps humain, ce qui peut d'ailleurs expliquer la pigmentation blanche de la peau. Cette insuffisance de liquide dans le corps est un

---

<sup>87</sup> Tel qu'il est inscrit dans le registre de consultations au CSCCom de Pimperna.

<sup>88</sup> Comprimés de quinine, paracétamol, métronidazol, ciprofloxacine principalement. Injections de Quinimax.

symptôme gravement perçu, qui ne s'accorde particulièrement pas avec l'usage des injections : « *Si tu as sayi, on a peur d'aller au CSCom car là-bas, ça l'aggrave. Au lieu d'avoir de meilleurs sentiments, tu ne sens que des douleurs. Si tu fais la piqûre, ça tue sur le champ, on meurt plus vite : aujourd'hui au lieu de demain* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007). De plus, le traitement biomédical ne serait pas en concordance avec le traitement de type traditionnel : « *Si tu as le blanc, tu fais beaucoup attention à l'injection. C'est pas bon, c'est dur (...) Si tu es en train de soigner en tradition, il faut éviter l'injection. On dit que l'injection, ça risque de, comment dirais-je... de bouleverser tout. Le guérisseur là, il a dit "si tu as le blanc, faut pas faire de piqûre". Si je vais à l'hôpital, on me donne l'ordonnance, s'il y a l'injection, je mets ça à côté, je prends les comprimés (...) Les guérisseurs disent de faire attention* » (Mancourani, Famille M. Traoré, H1, 25 mai 2007). Ainsi, pour toutes les personnes rencontrées au cours de l'enquête, la piqûre est une médication très dangereuse en cas de *sayi*.

Ce phénomène est difficilement expliqué par les populations locales, qui se réfèrent souvent aux ouï-dire circulant sur la maladie : « *Les gens disent en ce moment que c'est la piqûre que tu as fais, que c'est la piqûre qui a provoqué la mort de l'individu. C'est pour ça que les gens disent que le sayi n'aime pas la piqûre* » (Mancourani, Famille Camara, F1, 23 mai 2007). Malgré quelques réticences à s'expliquer plus clairement, j'ai pu relever quelques interprétations : selon certain, c'est la peau qui ne supporte pas les aiguilles, et le fer en général. De ce fait, l'injection est proscrite, mais la perfusion reste envisageable, du moment que l'aiguille est retirée du corps de l'individu (sic). Pour d'autres, le *sayi* traité trop tardivement atteint la totalité des organes vitaux, et l'action de l'injection précipiterait le dysfonctionnement général du corps, provoquant une mort rapide. D'autres encore, la majorité, évoquent à nouveau le sang : le manque de sang dans le corps, mais également le changement de la couleur du sang. « *Si tu es atteint du sayi, ça change le sang et si tu fais de la piqûre, bon, la piqûre est très forte dans ton sang, et c'est ça qui provoque la mort (...) Ça change la couleur de ton sang en jaunâtre, surtout le sayi jaune. Le moment où les yeux deviennent jaunes, ça trouve que le sang a pris la couleur jaunâtre aussi (...) ça ne peut pas aller. La piqûre et le sang, ça ne peut pas aller ensemble, en ce moment, c'est la mort* » (Mancourani, Famille Diabaté, H1, 29 mai 2007). Ce changement de couleur est parfois associé à d'autres caractéristiques du sang, comme sa température ou sa qualité.

Je me suis alors penchée plus particulièrement sur le rôle du sang dans les représentations locales, par rapport aux perceptions du corps et de la maladie. Comme le souligne Cros dans

un ouvrage consacré à l'hématologie symbolique des Lobi au Burkina Faso, « *le recours aux cinq sens permet d'identifier la plupart des qualités constitutives du sang en fonction des divers rôles qu'il est tenu de remplir* » (1990 :27). La couleur, la température, le goût et l'odeur sont ainsi des caractéristiques spécifiques utilisées pour déterminer la qualité du sang d'un individu. Concernant la couleur, la pigmentation rouge démontre que le sang est animé, qu'il bouge, il donne la couleur de la peau. Ainsi, le sang jaune (dû au *sayi* jaune) provoque un jaunissement de la peau, et le sang blanc (dû au *sayi* blanc) un blanchissement. Un changement de couleur évoque immédiatement une maladie ou un accident, et plus généralement la perte de l'énergie vitale (*ni* en bambara). Concernant le toucher et la température, Cros explique qu'un sang normal est léger et tiède, alors qu'un sang de mauvaise qualité est épais, lourd, glacé ou très chaud. Dans les deux milieux étudiés, la qualité du sang se perçoit essentiellement à travers sa densité : ainsi, on distingue des sangs légers et des sangs lourds. Pour Cros, la maladie perturbe la qualité et le mouvement du sang à l'intérieur du corps. S'il s'échauffe, s'épaissit et s'alourdit, il coulera avec plus de difficulté, ce qui provoquera chez l'individu un certain état de faiblesse. Le dérèglement interne du mouvement du sang provoque l'altération du sang, ainsi que des « *blessures internes* », des « *déséquilibres humoraux* » ou des « *troubles circulatoires* » (1990 : 174).

Outre ces liens probants entre la maladie et la qualité du sang, j'ai soulevé des prescriptions importantes concernant certains usages alimentaires à respecter en cas de *sayi*. Bien que ces pratiques aient été principalement abordées en parlant de cette entité, on conseille souvent de les appliquer également aux cas de *sumaya* et de *koko* : « *Y a beaucoup d'aliments même que si tu es malade du sumaya ou du sayi, tu ne peux pas manger ça. Même le riz, tu ne manges pas de riz parce que ça provoque la constipation (...) Tu manges le tô, mais ça dépend, si tu as le dégoût des aliments, y a beaucoup, plein d'aliments que tu ne peux pas manger... dû au dégoût. Surtout si tu as le sumaya* » (Mancourani, Famille Sanogo, F2, 1<sup>er</sup> juin 2007). Dans le chapitre concernant les origines du *sumaya*, les pratiques alimentaires avaient été citées comme étant une cause centrale de la maladie : l'abus de fruits et de légumes frais, d'aliments huileux et sucrés, mais également d'œufs ou de lait était considéré comme source probable du *sumaya*. Il semblerait que ces mêmes aliments soient prohibés en cas d'affection. Toutefois, les prescriptions concernent essentiellement les aliments d'origine animale, comme les œufs, le lait et la viande : « *Tu peux manger la viande mais tu évites la chair. Tu peux manger le foie, la viande du poulet aussi, du pintade, du poisson, tu peux manger ça, mais chair tu évites ça. La viande de chèvre, c'est très pire que les autres, parce que la chair de chèvre, ça soulève*

*les maladies qui son installées dans ton corps. C'est pour ça que beaucoup n'aiment pas la chair de chèvre. Ça fait le sumaya* » (Mancourani, Famille Sanogo, F2, 1<sup>er</sup> juin 2007). Il est donc recommandé d'éviter la chair de bœuf, de mouton et de chèvre, qui sont des aliments rendant la digestion difficile : « *C'est trop dur, ça fatigue le ventre, ça fatigue les organes* » (Pimperna, entretien informel, H, 16 juin 2007), et qui peuvent également provoquer les maladies. Les mets sucrés et huileux, tout comme le lait et les œufs sont également à proscrire. Au contraire, il est envisageable de consommer des abats, du poulet, de la pintade, de la perdrix et du poisson. Bien que les interlocuteurs ne parlent jamais de viande « rouge » ou « blanche », la séparation entre ces deux types de chair semble exister<sup>89</sup>, du moins dans les pratiques car les viandes rouges sont toutes prohibées, à l'inverse des viandes blanches.

Pour parer aux médications conventionnelles proposées par les centres de santé, les populations emploient donc un certains nombres de plantes en décoctions et ablutions. L'une d'elle, dénommée en lange locale *gnenidjeni*, s'avère particulièrement efficace à la fois contre le *sumaya* et le *sayi*<sup>90</sup>. Une famille a également mentionné comme remède la viande d'un serpent nommé *dangala* en langue locale (Mancourani, Famille Diallo, H1, 22 mai 2007). Il existerait aussi également une poudre d'un minéral appelé *glibi* ou *kribi*. Cette poudre jaune et odorante s'achète au marché et proviendrait du Nigéria sous la forme d'une pierre que l'on pile. Elle se consomme avec des solutions médicamenteuses buvables, mais aussi avec de la viande de serpent ou de perdrix, autrement dit de la viande « blanche » autorisée en cas de maladie. (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007).

### **6.2.3 Mara, Koko et Kalyia**

Comme je l'ai expliqué précédemment, j'ai découvert ces trois entités nosologiques à la fin de l'enquête en milieu rural. De ce fait, je possède peu d'informations sur les représentations des villageois de Pimperna au sujet de ces affections et des moyens pour parvenir à leur guérison. En milieu urbain, ces maladies ont été ponctuellement abordées durant les entretiens, ce qui me permet tout de même de consacrer un chapitre spécifique à ces entités, basés essentiellement sur les dires des interlocuteurs de Mancourani.

Dans ce quartier, *mara* est parfois associé à l'onchocercose, dû à certaines campagnes

---

<sup>89</sup> « *Les viandes sont pas les mêmes* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007).

d'assainissement, d'informations et de prévention. D'après les informations recueillies, *mara* peut se soigner tant par les méthodes « traditionnelles » que dans une structure de soins conventionnels : « *Tu soignes ça avec les plantes. Si tu pars chez le guérisseur, il te donne des plantes et il te soigne. Si tu pars à l'hôpital, on te donne des comprimés. Si tu prends ces comprimés, ça sort dans tout ton corps. Tu vois les signes du mara qui sort.* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007). En traitant cette affection par l'utilisation de plantes médicinales, on peut utiliser des plantes très puissantes contre le *sumaya*, ou des plantes agissant particulièrement contre le *mara*. Il semble que peu de personnes connaissent des plantes à utiliser en automédication, le recours à une personne externe paraissant comme une constante : la majorité des informateurs avouent se fournir en plantes médicinales chez un guérisseur. *Mara* étant une maladie peu commune, parfois associée à la folie<sup>91</sup>, il est vraisemblable que ce qui est présenté comme un simple approvisionnement soit finalement une consultation complète chez un spécialiste<sup>92</sup>. Quant au recours à une structure de type hospitalière, il paraît être peu pratiqué en milieu rural, mais assez bien adopté en milieu urbain. A Pimperna, les informateurs interrogés sur cette entité se soignent uniquement par les plantes, d'une part parce le CSCom ne leur paraît pas habilité à traiter cette maladie<sup>93</sup>, et d'autre part parce que le village et ses environs dispose d'au moins deux personnes compétentes pour soigner le *mara*<sup>94</sup>. En ville, on consulte tant les guérisseurs que les structures hospitalières conventionnelles (CSCom, CSRéf, Hôpital Régional).

*Koko*, qui est un type de constipation chronique, se soigne habituellement avec des plantes médicinales obtenues chez des spécialistes<sup>95</sup>. On se procure donc les remèdes à l'extérieur du foyer domestique, mais les pratiques de soins s'effectuent toujours au niveau individuel. Les malades de *koko* connaissent leur maladie, qui est récurrente, et savent la gérer personnellement, même s'ils ont parfois recours à des guérisseurs, et tentent toujours de nouveaux traitements. Les structures hospitalières ne sont pas un recours très habituel : « *Je ne sais pas si l'hôpital peut soigner ce koko, vraiment. Je n'ai jamais vu quelqu'un qui me dit qu'il a soigné ça à l'hôpital. Y en a qui s'en vont pour opérer, voilà. C'est très dangereux (...)* *Quand tu fais ça, c'est dangereux : si c'est réussi, c'est bon, si c'est pas réussi, c'est foutu* »

---

<sup>91</sup> Un symptôme inquiétant qui est très mal perçu par les populations locales.

<sup>92</sup> Avec descriptions des symptômes, formulations du diagnostic et prescription d'un traitement.

<sup>93</sup> D'après un informateur, les traitements avec ordonnance sont longs, coûteux et inefficaces par rapport aux plantes (Pimperna, guérisseur dogon, 6 mars 2007).

<sup>94</sup> Un homme dogon reconnu pour ses connaissances de guérisseur, et un guérisseur spécialiste du *mara* et domicilié dans le village voisin de Tola.

<sup>95</sup> A ce propos, voir le chapitre « 7.1.1 Acquisition des produits médicinaux ».

(Mancourani, Famille M. Traoré, H1, 27 mai 2007). Il est souvent spécifié que « *ce n'est pas une maladie de l'hôpital* » (Pimperna, Daouda Ouattara, guérisseur, 13 mars 2007), ce qui sous-entend que la médecine conventionnelle ne reconnaît pas cette affection : aucune entité biomédicale ne pourrait lui correspondre, et aucun traitement biomédical ne peut être entrepris. Malgré cela, il existe tout de même des comprimés contre la constipation, vendus librement en pharmacie ou chez les *yalayala fura*, et qui sont parfois utilisés pour soulager les douleurs.

La chronicité de cette maladie reste un problème récurrent pour les personnes affectées : « *Si tu fais le traitement ça diminue, sinon ça ne guérit pas définitivement. Si tu laisses le traitement, ça revient* » (Mancourani, Famille Diabaté, F2, 31 mai 2007). Face à cet aspect répétitif, le malade est continuellement à la recherche d'un remède efficace pour diminuer les souffrances ; d'autre part, le parcours de soins oscille perpétuellement entre prévention et traitement. Dû à cette caractéristique chronique, les parcours de soins du *koko* sont sans doute parmi les plus dynamiques entre les itinéraires thérapeutiques associés aux dérivés du *sumaya*.

Voici l'exemple d'un homme atteint successivement de *sumaya*, *koko* et *mara* : « *J'avais un ami, là, il avait dit qu'il a le sumaya. Il a commencé à traiter le sumaya. Le sumaya est devenu koko. Le koko là, ça c'est devenu encore qu'il voit pas clair. Ce koko là s'est transformé en mara. Il a fait trois ans (...) entre ces trois maladies, entre sumaya, koko et mara. Il avait le sumaya, on a traité sumaya. Sumaya-koko. Il a traité koko, mais encore on lui dit mara (...) Il est soigné du mara en médecine traditionnelle, il a laissé la pharmacie. Il est allé là-bas, dans un petit village là-bas, c'est là-bas qu'il a été soigné traditionnellement. Sinon, à l'hôpital, il semble qu'il a tout dépensé. Il a tout dépensé à l'hôpital jusqu'à ce qu'il vient à la tradition pour se traiter (...) c'était dans un village, un guérisseur du village. Pour les guérisseurs là, c'est pas du tout trop cher* » (Mancourani, Famille M. Traoré, H1, 25 mai 2007). Ce parcours illustre les liens prégnants entre *sumaya* et *koko*, qui sont très souvent traités conjointement pour augmenter les chances de guérison, mais également entre ces deux maladies et le *mara*, puisque l'itinéraire thérapeutique de cet homme vacille entre ces trois diagnostics. Ceci démontre bien comment une maladie peut évoluer et se modifier en une autre entité, avec un autre nom, d'autres représentations et d'autres itinéraires thérapeutiques associés.

*Kalyia*<sup>96</sup> est une affection relativement rare, et très peu d'interlocuteurs ont pu donner des informations précises sur les pratiques de soins à effectuer. Apparemment, il n'est pas recommandé de traiter cette maladie avec des plantes médicinales, car elles sont souvent constituées de solutions buvables, et « *si tu bois les plantes, cette eau va s'ajouter et c'est pire encore, tu peux même pas marcher* » (Mancourani, Famille Konaté, HF2, 16 mai 2007). J'ai tout de même rencontré un interlocuteur qui avait vécu avec un homme atteint de cette affection : « *Celui qui vivait avec moi, lui n'a pas soigné son suma. Mais il a vu des gens qui avaient le suma, y avait un vieux chez eux là-bas (à Ségou, ndlr), à chaque fois il avait une aiguille, il tire de l'eau (...). Y a d'autres aussi qui partent à l'hôpital pour enlever complètement* » (Mancourani, Famille Diallo, H2, 1<sup>er</sup> juin 2007). Le gonflement des testicules est manifestement attribué à la présence d'eau, qui doit incontestablement être extraite. Par conséquent, les breuvages ne sont pas recommandés, mais je n'ai jamais entendu parler d'autres méthodes de type traditionnel (ablutions, frictions, etc.) utilisées dans ce cas. L'enquête n'a malheureusement pas apporté les éléments suffisants pour approfondir les différents aspects de cette entité.

#### **6.2.4 Kono : le pouvoir des secrets**

A Pimperna comme à Mancourani, cette maladie est réputée être en voie de disparition, essentiellement grâce à l'action des agents de santé<sup>97</sup> : « *Avec l'évolution, la maladie a tendance à disparaître. Dès que la femme est enceinte, on part au CSCom pour suivre son état, donc le kono a disparu. Ça fait longtemps qu'on n'a pas vu un enfant qui a le kono (...). Au moment où il y avait kono, ça fait très longtemps. Les gens qui donnaient les médicaments ont tous disparu (...). Au CSCom, les sages-femmes traitent cette maladie dès que l'enfant n'est pas né* » (Pimperna, Famille Zanga, H, 14 février 2007). Malgré cette perception, de nombreuses personnes pensent que la maladie est encore d'actualité. Lorsqu'un enfant est atteint du *kono*, la palette des itinéraires envisageables se réduit considérablement : les femmes peuvent s'adresser à leur mari pour qu'ils se procurent des plantes médicinales, mais la plupart craignent trop le *kono* pour tenter de le traiter uniquement par automédication. Devant l'urgence de la situation, on fait alors recours à des « experts », généralement des anciens qui possèdent des secrets ou des guérisseurs spécialisés : « *Les guérisseurs massent*

---

<sup>96</sup> Également nommé *suma* ou *sumaya ba*.

<sup>97</sup> Toute femme enceinte est invitée à se rendre dans un CSCom pour effectuer des Consultations Périnatales (CPN), ceci afin d'assurer un suivi médical tout au long de la grossesse. En plus de conseils, les femmes qui suivent la CPN reçoivent 4 doses de vaccins antitétaniques ainsi qu'un traitement antimalarique.

*l'enfant avec des secrets, et ça soigne, mais ils ne dévoilent pas. Tu mets l'enfant sur le ventre et tu masses son dos en disant des secrets. Tu masses avec ta main et du beurre de karité pas mélangé. C'est les paroles seulement qui font effet* » (Mancourani, Famille Konaté, HF2, 16 mai 2007). Cette pratique des frictions est très répandue pour traiter le *kono*. Selon les informations recueillies, son efficacité et la confiance que mettent les populations locales dans cette méthode la rendent très prisée et populaire. Bien que j'aie rencontré des personnes pratiquant ce type de massages, je n'ai pu obtenir que très peu de renseignements à ce propos. En effet, cette pratique est entourée de divers secrets auxquels je n'avais pas accès<sup>98</sup>. Ces paroles incantatoires ont peut-être un certain lien avec l'étiologie mettant en cause un oiseau : il serait alors probable que ces incantations tentent de chasser l'oiseau, ou du moins son action, du corps de l'enfant atteint.

Les structures de soins conventionnels peuvent également faire office de recours, mais la plupart du temps, elles sont utilisées comme seconde option. Comme l'explique le traducteur de Mancourani à propos d'une femme, « *elle utilise le traitement traditionnellement d'abord, après ils vont avec l'enfant à l'hôpital. Comme la crise est pire, en ce moment elles sont affolées, elles essaient de traiter traditionnellement avec des petits secrets, si l'enfant a pu se rétablir, elles partent directement à l'hôpital* » (Mancourani, Traducteur in Famille Diabaté, F1, 24 mai 2007). Mais l'hôpital n'est perçu uniquement comme un moyen pour recouvrer la santé grâce à des comprimés ou des injections, et non pour sauver l'enfant en cas de crise.

### **6.3 Discussion analytique**

Lors de l'irruption d'un épisode morbide, la démarche généralement mise en œuvre est constituée d'une première étape permettant d'établir un diagnostic, puis d'une seconde phase qui rassemble des actions purement thérapeutiques. Les diverses pratiques de soins engendrées façonnent les itinéraires thérapeutiques et s'inscrivent dans un cadre pratique, qui s'accorde au cadre idéal mis en place par les populations locales. Durant ce chapitre, j'ai déterminé quelques tendances des différents parcours de soins envisagés en cas de *sumaya* et de ses dérivés.

Ainsi, l'automédication se présente comme un procédé central dans la recherche de soins, particulièrement dans les cas de *sumaya* et de *sayi*. Concernant les autres maladies, les

---

<sup>98</sup> A propos du secret, consulter le chapitre « 9. Gestion des ressources ».

premiers symptômes sont gérés par automédication, dans la lignée de *sumaya* et *sayi*, puisque les affections traitées ici ont un lien prégnant avec ces deux entités. Cependant, dès l'apparition de nouveaux symptômes et l'identification de la nouvelle ENP, la prise en charge s'effectue généralement par un ou plusieurs professionnels. Il en est ainsi de certains cas de *sayi* persistants, de *mara*, *kalyia* et *kono*. Seul le *koko* peut faire exception à cette règle, essentiellement parce que cette affection chronique est bien connue de ses porteurs, qui sont à même d'organiser leur prise en charge seuls. Dans tous les cas, l'automédication s'affiche toujours comme une première ressource, alliant les médecines « traditionnelles » et conventionnelles. Les qualités de l'automédication, comme la modicité du coût, la compréhensibilité, la disponibilité et l'efficacité<sup>99</sup>, motivent fortement les choix des malades et de leur famille (Coppo, 1990 : 33). Il est également intéressant de relever une certaine complémentarité entre ces deux types de médicaments, car les acteurs concernés ont tendance à mobiliser tous les recours possibles afin de résoudre l'épisode morbide (recours à l'automédication, à des guérisseurs, à la pratique des secrets, à certaines structures de soins conventionnels).

De plus, dans ce principe d'automédication, une place importante est accordée aux médicaments à base de plantes médicinales : « *la médecine traditionnelle et l'automédication par médicaments traditionnels ne sont pas des ressources de deuxième choix, utilisées lorsqu'un traitement conventionnel n'est pas disponible* » (Coppo, 1990 : 33). Non seulement ce type de thérapeutique est grandement valorisé dans les milieux étudiés, mais il présente une vaste diversité de produits, composés de plantes et d'arbres, de chairs animales et d'extraits minéraux. L'efficacité de cette médication repose généralement sur les propriétés des produits utilisés, qui peuvent être doublées d'actions spécifiques destinées à renforcer leur action. C'est le cas de nombreux extraits végétaux qui demandent des modalités de cueillette et de préparation particulières<sup>100</sup>. Les populations comptent donc également sur une certaine efficacité symbolique, associée aux pratiques entourant les produits médicinaux « traditionnels ». Il en est de même dans l'utilisation du beurre de karité utilisé lors des massages : ici, ce sont les gestes et/ou les paroles qui procurent un effet thérapeutique à un produit commun, généralement utilisé dans de toutes autres conditions (cuisine, cosmétique). Les pratiques d'ordre symbolique permettent notamment de replacer la maladie, le malade, son corps et les pratiques thérapeutiques dans un ensemble symbolique structuré, qui permet

---

<sup>99</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6. Le principe d'automédication ».

<sup>100</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.1 L'automédication de type traditionnel ».

au patient d'élaborer du sens.

Si certaines médications sont préférentielles selon les affections, d'autres sont strictement condamnées par les populations locales. Ainsi, les injections sont quasiment prohibées en cas de *sayi*, tant son action est redoutée. Cet usage, au premier abord surprenant, m'a permis de me pencher plus en profondeur sur les représentations locales de la maladie et du corps, et sur le rôle du sang. J'ai ainsi déterminé plusieurs « qualités » de sang, dont la couleur et la densité sont les deux principales caractéristiques. Puis j'ai tenté un rapprochement entre la densité du sang et la capacité de résistance des individus : un sang léger était alors plus faible face à la maladie, et un sang lourd pouvait mieux y résister. La qualité du sang influe donc la qualité de la personne et son degré de résistance. Malgré l'absence de confirmation de cette hypothèse, cela apporte des précisions sur la compréhension du rapport entre le corps et la maladie par les populations locales.

En plus de ces médications désapprouvées, j'ai identifié des comportements fortement déconseillés, dont le plus conséquent concerne les usages alimentaires. Or, comme je l'avais souligné précédemment<sup>101</sup>, les aliments constituent l'une des causes probables du *sumaya* et de ses dérivés. Or, il s'avère que les aliments incriminés sont les mêmes que les aliments prohibés en cas de maladie : principalement les mets huileux et sucrés, les fruits et légumes frais, les œufs et le lait. On constate donc un amalgame entre aliments déclencheurs et aliments prohibés. Seule la viande rouge fait exception : elle ne semble pas provoquer de *sumaya*, mais est fortement défendue en cas d'affection de ce type. Le rapport au système digestif, une fois de plus, semble évident, puisque ces aliments sont considérés comme « lourds », donc demandant beaucoup d'énergie au corps pour les transformer, alors que le corps est justement affaibli par la maladie. Ainsi, tout aliment nuisible est proscrit. De plus, la nourriture ingurgitée par le malade a des conséquences sur les effets attendus des médications prises.

Comme je l'ai démontré durant ce chapitre, le principe d'automédication occupe une place centrale dans les processus de soins mis en place pour résorber un *sumaya*, un *sayi* ou une autre affection dérivée. Je désire maintenant aborder plus en profondeur ce type de médication, afin de mieux saisir les motivations des populations et les divers enjeux de cette

---

<sup>101</sup> Voir le chapitre « 4.1.1 Sumaya » et « 4.2 Discussion analytique ».

pratique.

## **7. Le principe d'automédication**

L'automédication se définit par la prise de médicament sans avis médical et donc sans ordonnance. Mais ce principe devrait être élargi en raison de la multiplicité des pratiques de soins employées les milieux étudiés. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le pluralisme médical dans le village de Pimperna et dans le quartier de Mancourani s'étend du guérisseur au vendeur ambulancier, en passant par l'infirmier du CSCCom et le médecin de l'Hôpital Régional : que considère-t-on alors comme relevant de l'automédication ? Je me permets d'en fixer les frontières concernant cette étude de cas, en précisant toutefois que cette conception découle directement des investigations menées sur le terrain ; par conséquent, elle ne peut être généralisée à tous les types d'études. Relève ainsi du principe d'automédication : toute médication, sous quelque forme qu'elle soit, prise suite à l'initiative du malade ou d'un membre de son groupe domestique (généralement un consanguin); la décision d'une prise en charge thérapeutique par automédication peut être motivée par la volonté de la personne affectée et/ou les conseils d'un réseau social constitué de sa famille proche et des membres issus du même ménage, des membres de sa famille élargie, ainsi que des amis et voisins du malade et de sa parenté<sup>102</sup>. Pour se soigner par automédication, la personne affectée fait donc appel à son propre savoir, ainsi qu'au savoir des personnes qui l'entourent. Qu'elles fassent partie de sa famille proche ou élargie, de ses amis ou de ses voisins, il mobilise son réseau d'interconnaissance, rassemblant ainsi des connaissances de sens commun et de « citoyen bien informé »<sup>103</sup>.

Le principe d'automédication implique donc que le malade et/ou son entourage proche procèdent eux-mêmes au diagnostic de la maladie et établissent les prescriptions à suivre, en choisissant tant les remèdes que leur posologie. Ce terme peut également s'appliquer lorsque les prescriptions établies par un « professionnel<sup>104</sup> » sont modifiées, soit par le malade, soit par son entourage. Cette modification peut s'effectuer dans la dose de médicaments à utiliser

---

<sup>102</sup> Les amis et voisins du malade et de sa parenté seront par la suite nommés par le terme de « parentèle géante ».

<sup>103</sup> A propos des connaissances, voir le chapitre « 5.1 L'importance du réseau d'interconnaissances » et « 6.1 les acteurs du choix ».

<sup>104</sup> Par professionnel, je comprends un agent de santé ou un tradipraticien reconnu par sa communauté, ayant le rôle et le statut de praticiens et possédant un « savoir d'expert ».

pour le traitement, la durée du traitement ou en ajoutant/retirant un/plusieurs médicaments au traitement prescrit. D'après les observations que j'ai pu réalisées, il semble que cela se produise particulièrement suite aux consultations dans une structure de soins relevant de la biomédecine (CSCoM, Hôpital). Par manque économique ou à cause de l'accès géographique<sup>105</sup>, il est fréquent qu'un traitement de type biomédical soit écourté ou modifié dans sa posologie, alors qu'un traitement ordonné par un tradipraticien sera plus scrupuleusement suivi. Précisons encore, et ce pour n'importe quel type de traitement, il est courant que les patients atteints de *sumaya* ou de l'un de ses dérivés cumulent diverses pratiques thérapeutiques afin d'accélérer leur guérison.

L'automédication est largement favorisée par les nombreuses informations à caractère médical que l'on peut trouver soit par son réseau d'interconnaissances, soit par la publicité ambiante. Le type de publicité auquel je fais référence est essentiellement organisé autour de la présence des vendeurs ambulants. Durant tout mon séjour, je n'ai vu que peu de messages publicitaires concernant des médicaments dans les médias usuels (radio, télévision, journaux, affiches), et seules certaines pharmacies sont équipées de réclames pour quelque médicament. En revanche, il est très courant de rencontrer des vendeurs ambulants proposant des médicaments à moindre prix, ce qui a tendance à encourager la consommation de remèdes par automédication.

Ce modèle de médication n'est malheureusement pas sans danger : recourir à l'automédication peut provoquer un retard de diagnostic suivi de conséquences plus ou moins considérables pour le patient. La méconnaissance de la composition des médicaments peut entraîner des formes d'allergies ou d'intolérances à certaines substances, ou engendrer une mauvaise interaction avec l'un ou plusieurs traitements en cours. Concernant la prise de comprimés biochimiques en automédication ou suite à un changement des doses prescrites sans l'avis d'un expert, les erreurs de posologie restent fréquentes ; de même, certaines plantes médicinales peuvent cacher une toxicité méconnue. Ces cas démontrent à quel point l'automédication peut se révéler dangereuse, provoquant parfois de graves effets secondaires et une aggravation du cas médical.

---

<sup>105</sup> Certains traitements demandent des injections ou des perfusions à intervalles réguliers, requérant du malade qu'il se déplace au centre de soins. La distance entre le domicile du malade et le centre de soins pourra alors influencer la décision d'entreprendre le déplacement (ou de ne pas l'entreprendre), ou de respecter la date du rendez-vous fixé pour le soin. Ce type de comportement engendre donc une modification dans les prescriptions thérapeutiques.

Si le traitement par automédication est souvent perçu comme une solution d'attente, ou par manque de temps ou d'argent pour consulter un professionnel, elle possède néanmoins des qualités positives, telles que :

- La modicité du coût : les plantes médicinales se trouvent gratuitement en brousse, et à moindre coût chez un guérisseur, un *yalayala fura* traditionnel comme les *motaristes* ou sur les étals des vendeurs au marché. Les comprimés s'obtiennent à la pièce chez les *yalayala fura* pour 25 ou 50 FCFA (moins de 0.20 CHF).
- La compréhensibilité : particulièrement pour les plantes médicinales, qui s'inscrivent dans des modèles de soins séculaires.
- La disponibilité : de nombreuses plantes médicinales prospèrent dans la brousse voisine, ou s'acquièrent facilement chez des fournisseurs spécialisés (guérisseurs, *yalayala fura* traditionnels, vendeurs au marché). Les vendeurs de comprimés se trouvent dans la rue, faisant régulièrement le tour des quartiers pour revendre leur marchandise, et n'hésitant pas à pénétrer dans les cours pour proposer leurs produits.
- L'efficacité : le *sumaya* et certains de ses dérivés étant des affections courantes et bien connues par les populations, ces dernières savent également comment y remédier de manière active. De plus, les nombreux épisodes permettent d'expérimenter une multiplicité de thérapeutiques et de déterminer laquelle est plus efficace pour soi/la personne à traiter.

Ces caractéristiques motivent fortement les choix des patients et de leurs familles et placent le principe d'automédication comme un recours préférentiel parmi l'offre de soins présente. Dans un article publié dans *African Population Studies*, Faye détermine plusieurs facteurs en faveur de l'automédication à domicile. Premièrement, l'auteur souligne que les pratiques de traitements intra-domiciles est le fait de logiques sociales et culturelles, comme je l'ai brièvement expliqué précédemment<sup>106</sup>. De plus, elle s'inscrit dans une « *dynamique de gestion économique de la pauvreté* », car la charge financières des traitements est d'autant

---

<sup>106</sup> Voir le chapitre « 5.1 L'importance du réseau d'interconnaissance », mais aussi « 6.1 Les acteurs du choix ».

plus lourde que les accès et les personnes atteintes sont nombreux. L'automédication permet donc un gain de ressources financières considérables, mais également un gain de temps important, comparé au recours à une structure de soins conventionnelle<sup>107</sup>. D'autre part, Faye estime que les différents centres de santé locaux souffrent d'une absence d'équipement de qualité, ainsi que de problèmes d'absentéisme du personnel. L'accessibilité aux médicaments, la sur-prescription de médicaments et les différents comportements des agents envers les patients (violence verbale, manque de compassion) sont autant de contraintes pour les familles dans leur recherche de soins dans ce type d'espace, et autant de raisons de favoriser des modes thérapeutiques réalisables dans la sphère domestique par des membres du foyer.

Trois types d'automédication ont été relevés : par médicaments « traditionnelles », par comprimés biochimiques et par certains moyens symboliques. Toutefois, je ne traiterai que les deux premiers, d'une part parce qu'ils font figure de modèles dominants dans les sociétés étudiées, et d'autre part parce que je n'ai eu que trop peu d'occasions d'aborder les méthodes symboliques pour cumuler assez d'informations fiables.

### **7.1 L'automédication de type traditionnel**

Il existe de nombreuses pratiques et croyances autour des remèdes de type traditionnel. Durant cette enquête, je me suis penchée uniquement sur les savoirs mis en œuvre dans les unités domestiques des deux milieux étudiés. Il existe évidemment de nombreux procédés utilisés par les « professionnels » que sont les tradipraticiens et autres marabouts, mais j'ai tenté ici de relater les méthodes faisant appel au principe d'automédication à domicile.

Grâce aux entretiens et à mes observations, j'ai pu récolter de nombreuses informations sur les pratiques traditionnelles, notamment sur les différentes manières d'acquérir les produits de base nécessaires à l'élaboration des remèdes, sur les modes de préparation et d'utilisation. Avec l'aide des traducteurs, j'ai également pu constituer une liste d'une quarantaine d'arbres et de plantes médicinaux utilisés dans la médication « traditionnelle » contre le *sumaya* et ses dérivés<sup>108</sup>. Les remèdes dits traditionnels utilisés au sein des familles sont essentiellement composés d'ingrédients végétaux ; cependant, d'autres produits peuvent entrer dans la composition de ces médicaments. Comme je l'expliquerai ci-dessous, le citron, le beurre de

---

<sup>107</sup> Pour rappel, selon l'OMS, plus du tiers de la population vit à plus de 15 km. d'un CScCom.

<sup>108</sup> A ce propos, voir l'Annexe 3.

karité, le savon traditionnel ou encore la cendre peuvent être des éléments entrant dans la composition de certaines préparations<sup>109</sup>. Les tradipraticiens sont également amenés à utiliser des ingrédients d'origine animale ou minérale (peaux, crânes, pierres, cauris, etc.), à pratiquer des sacrifices ou d'autres rituels occultes tant pour diagnostiquer le mal que pour assurer une guérison ou une protection.

Dans la plupart des cas mentionnés, les préparations végétales sont censées agir grâce à leurs propriétés propres, mais leur action peut être renforcée par des incantations, des formules secrètes ou des actes sacrificiels. L'efficacité des produits dépend des conditions de collectes et de la méthode de préparation, comme je l'expliquerai au chapitre suivant.

Une attention particulière est souvent accordée aux multiples gestes qui accompagnent les étapes de préparations des remèdes. Bien qu'une partie d'entre eux aient une réelle signification symbolique, Jaffré met en garde contre cette gestuelle : d'une part elle relève de polysémie ; d'autre part, il est nécessaire de nuancer le poids attribué aux déterminations symboliques. Pour l'auteur, le sens de ces pratiques réalisées au quotidien se limite aux gestes accomplis : ces conduites deviennent alors répétitives dans leur rythme et régulières dans leur gestuelle. Elles sont sensibles aux variations, mais leur sens n'est jamais hétéronome aux gestes effectués. On ne se trouve donc pas toujours dans une logique de rituel. (Jaffré, 2003b: 498), mais cela peut être le cas lors de pratiques symboliques, constituées de prières et de sacrifices.

### ***7.1.1 Acquisition des produits médicinaux***

Deux manières courantes permettent de se procurer les extraits végétaux nécessaires à une préparation curative ou préventive: en allant soi-même s'approvisionner, ou en passant par un ou plusieurs intermédiaires. De par leur proximité avec la brousse, qui est leur principal lieu de travail et de ressource alimentaire (jardins, champs, chasse), les habitants de Pimperna ont tendance à privilégier la première option. A Mancourani, les plantes médicinales poussent dans les cours des unités domestiques, dans les jardins environnants et dans la brousse plus ou moins proche. Bien que certains informateurs le mentionnent, il m'a semblé que le recours à la brousse était moins fréquent qu'au village, sans doute pour une question d'accessibilité géographique.

---

<sup>109</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.1.4 Association de produits ».

A Pimperna, l'expression « *partir en brousse (pour chercher les médicaments)* » est revenue à de nombreuses reprises. Ceci sous-tend plusieurs points : premièrement, il semble peu commun de faire des réserves de médicaments ou de substances végétales au domicile, sauf si l'un ou plusieurs membres de la famille suivent un traitement curatif ou préventif. Deuxièmement, cela atteste que l'on peut trouver dans toutes familles au moins une personne entretenant des connaissances médicinales sur les plantes de la brousse. Dans un premier temps, on préfère donc se procurer un remède soi-même ou par l'intermédiaire d'un membre de sa famille plutôt que de faire recours à une personne extérieure. Ceci démontre que c'est bel et bien le principe d'automédication qui prime dans la logique de soins. Enfin, l'utilisation du verbe *partir* démontre une certaine dynamique qui exclut l'utilisation des arbres présents dans les environs proches des habitations (comme les karités, manguiers ou papayers). Lors de mes observations, je n'ai jamais vu quiconque cueillir des feuilles ou creuser des racines à l'intérieur du village, alors qu'en brousse, il était fréquent de rencontrer des gens à la recherche de plantes médicinales. De même, j'ai pu observer à de nombreuses reprises des arbres de brousse sur lesquels on avait prélevé des écorces ou creusé des racines. Mais ce principe de se ravitailler en-dehors des lieux habités ne se confirme qu'en milieu rural : les habitants de Mancourani n'hésitent pas à se servir tant des plantes disponibles dans leur cour et aux alentours de leur habitation, qu'à « *partir en brousse* » pour les récolter. La brousse s'inscrit dès lors comme un lieu spécifique, particulièrement pour les habitants ruraux. Cette recherche de remèdes dans la nature consigne une part des rapports que les habitants entretiennent avec la brousse et l'environnement naturel qui les entoure. La brousse est souvent considérée comme un lieu dangereux, car non domestiqué, repères des esprits malfaisants et des animaux sauvages. Mais pour les populations locales, notamment les Sénoufos, la brousse est également une extension du Bois Sacré, réservés aux initiés. Il est décrit comme « *le lieu premier de toute activité rituelle, des secrets, des connaissances, des fétiches et des instruments de musique. C'est une source éternelle de vie, l'espace du monde animal et surnaturel* » (Kedzierska, 2006 : 122). Il représente donc un cadre mystique de la religion : c'est un lieu initiatique où se déroulent les cérémonies d'initiation à différents cultes. Ces différentes représentations de la brousse, qui s'intriquent et se superposent, expriment les relations hommes-nature des populations locales. Lors de mon séjour, ces sujets ont été très peu abordés (ou soigneusement évités ?) par mes interlocuteurs. On se pose alors la question de leur actualité dans la société d'aujourd'hui, et si ces représentations diffèrent

selon les populations (urbaine, rurale, féminine, masculine, guérisseur...). L'enquête n'apportera malheureusement pas de réponse concrète à ces interrogations.

Certaines plantes, si ce n'est toutes, requièrent des modalités spécifiques quant à leur cueillette : la manière d'extraire la substance végétale, le jour et l'heure de la récolte font l'objet de protocoles précis pour assurer l'effet curatif, ou pour le renforcer. C'est essentiellement dans le village de Pimperna que j'ai rencontré ce type de préceptes. Grâce au traducteur qui m'accompagnait, j'ai pu recueillir quelques informations auprès d'un ancien du village<sup>110</sup>. Dans la plupart des cas, il est favorable de se rendre en brousse tôt le matin, parfois avant le lever du jour. Par exemple, pour obtenir des feuilles de manguiers propices à la guérison, il est préférable d'attendre le lundi et d'effectuer la récolte le matin, « *avant de se laver la figure* » ; les feuilles s'enlèvent à l'aide d'un couteau : « *si on donne un coup, si ça part pas, on laisse pour un autre arbre* ». Parfois, des incantations secrètes sont également prononcées lors de la cueillette, afin d'activer ou de consolider le pouvoir de guérison de la substance végétale à extraire. Il existe sans doute de nombreuses dispositions spécifiques à respecter, et si mon informateur a dévoilé quelques indications, il n'était pas disposé à révéler les secrets entourant ces pratiques secrètes, réservées à une frange spécifique de la population qui regroupe notamment les anciens, les chasseurs et les guérisseurs. Ceci explique le peu de renseignements obtenus à ce sujet. A Mancourani, les personnes interrogées n'accordent pas beaucoup de suite à ces instructions : l'important est de se procurer des plantes efficaces pour atteindre la guérison au plus vite. Est-ce à dire que ces savoirs spécifiques attachés au pouvoir des plantes perdent de leur valeur et/ou de leur sens en milieu urbain ? Dans tous les cas, ce type de pratiques semble être en déclin dans le quartier de Mancourani, alors que de nombreux efforts sont déployés à Pimperna pour les maintenir et les garder « confidentielles ».

Le second moyen de se procurer des extraits végétaux simples ou déjà transformés est de passer par un ou plusieurs intermédiaires. Ces derniers sont alors chargés de récolter les plantes, éventuellement de les transformer, puis de les vendre. Les guérisseurs, les *motaristes* ou autres *yalayala fura* traditionnels ainsi que les vendeurs du marché endossent ce rôle d'intermédiaires et sont présents tant en ville qu'en milieu rural, bien qu'ils abondent plutôt dans les centres urbains et que les citoyens y aient recours plus souvent que les ruraux. Les

---

<sup>110</sup> Pimperna, Famille Coulibaly, H, 9 février 2007.

activités liées à la cueillette, à la transformation et à la vente peuvent être assurées par une seule et même personne, comme l'accomplit la plupart des guérisseurs, ou peut faire l'objet d'une « chaîne de production ». C'est le cas des *motaristes*, qui sont de simples vendeurs ou revendeurs proposant des poudres, des mélanges et des produits liquides conditionnés, ainsi que des personnes tenant un stand au marché, incarnées la plupart du temps par des femmes revendant les produits récoltés par leurs maris. Dans tous les cas, recourir à ces intermédiaires implique nécessairement un sentiment de confiance par rapport à ces derniers, à qui l'on impute implicitement le devoir de respecter les conditions d'une bonne cueillette (respect du jour, de l'heure, de la manière d'extraction et éventuellement connaissances des formules d'usage selon la plante traitée). Bien que certains remettent en question cette confiance (surtout en milieu urbain, comme dans le quartier de Mancourani), la majorité des informateurs ne se posent pas de question particulière sur les conditions de récolte et/ou de transformation. Les (re)vendeurs de plantes brutes étant souvent de la campagne, ils sont censés mieux connaître ces modalités que les citadins, et les respecter.

### **7.1.2 Préparation**

Les méthodes de préparation des médicaments les plus fréquentes sont les décoctions, les infusions et les macérations de certaines parties des plantes recensées : principalement l'écorce, les racines, les feuilles, les fruits, les graines, mais également les herbes, les oignons ou les bourgeons. On utilise ces différents extraits ensemble ou séparément, seul, avec d'autres plantes ou alliés à d'autres ingrédients. Les décoctions sont apprêtées en plaçant la matière végétale dans de l'eau froide qui sera amenée à ébullition et maintenue à feu doux pendant un temps variable (minimum 15 min.). L'extrait est ensuite décanté ou filtré, et conservé dans un récipient. Les infusions quant à elles se préparent en versant de l'eau bouillante sur une certaine quantité d'extraits végétaux, en laissant reposer la mixture pendant environ 10 à 15 minutes (Soforowa, 1996 : 24-25). Plusieurs informateurs ont souligné l'importance du récipient dans lequel les remèdes sont effectués. Ce dernier est généralement en terre cuite ou en fonte. L'aluminium est fortement proscrit, les « médicaments traditionnels » devant ainsi être préparés dans les « récipients traditionnels » (Mancourani, Traducteur, discussion informelle, 1<sup>er</sup> juin 2007). Ces deux modes de consommation se distinguent par l'utilisation de l'eau chaude, mais certains remèdes requièrent de l'eau non-bouillie et s'obtiennent par macération. Pour obtenir ce type de préparation, il suffit de placer les

fragments végétaux et le liquide d'extraction dans un récipient fermé, puis de laisser reposer pendant quelques jours. Le liquide peut ensuite être filtré ou décanté (Ibid, 1996 : 25).

Les substances végétales sont souvent préparées lorsqu'elles sont encore fraîches, mais on peut également les laisser sécher avant de les transformer. Certaines parties de plantes peuvent aussi être réduites en poudre, après séchage et pilage. Les avantages de ce mode de préparation sont sa conservation et le gain de temps dans la réalisation du remède si la poudre est déjà prête. On la mélange généralement avec de l'eau, du lait frais ou en poudre ou encore du café ; on peut également l'ajouter à un autre produit, comme du beurre de karité qui sera appliqué en massage, ou du miel à ingurgiter.

### **7.1.3 Méthodes d'utilisation**

Les méthodes les plus fréquentes sont la voie orale, les bains, les purgations, les fumigations et les frictions. La formule « *cuire, boire et se laver* » a été maintes fois exprimée durant les entretiens, comme si elle représentait une sorte de triptyque de base dans les pratiques d'automédication utilisant des remèdes « traditionnels ». Les breuvages et les ablutions semblent ainsi être les procédés les plus répandus, probablement grâce à leur facilité d'usage, qui ne requière aucune connaissance spécifique.

Les breuvages sont sans aucun doute la méthode la plus usuelle. Elle fait sans doute écho à l'importance accordée à l'ingestion et à la digestion des aliments, abordée lors de la phase diagnostique de la maladie<sup>111</sup>. Le remède est préparé en assez grande quantité pour pouvoir le garder dans un canari ou un bocal. On en boit généralement un petit verre à thé (« *verre de 8* ») le matin, parfois le soir ou plusieurs fois par jour. Selon la plante préparée, on peut y ajouter un peu de citron, uniquement pour le goût. Les médicaments à ingérer par voie orale ont souvent pour but d'éliminer la maladie en créant une réaction de rejet : « *Si tu utilises le Kwosafine, si tu bois seulement, ça te permet de vomir (...) si tu es atteint du sumaya et que tu vomis, le sumaya ne se transmet plus encore (...) Mais si tu ne vomis pas, ça ne marche pas. Si tu vomis, c'est bon signe, étant malade du sumaya. Les vomissements, ça te trouve que tu es constipé, si tu bois le Kwosafine, tu vomis. Parce qu'avec le sumaya, si tu ne vomis pas ou bien tu n'as pas eu la diarrhée, ça te fatigue beaucoup. En ce moment, ça te fatigue trop. Tu ne vomis pas, tu n'as pas été atteint de diarrhée, ça te fatigue (...) ça reste à l'intérieur*

---

<sup>111</sup> A ce propos, voir le chapitre « 4.1.1 Sumaya ».

*toujours, ça te fatigue beaucoup, c'est en moment que le palu est sûr de se transformer en sayi* » (Mancourani, Famille M. Traoré, F1, 19 mai 2007). D'après les interlocuteurs, le médicament permet d'expulser les agents pathogènes par les voies naturelles (vomissement, défécation). Ces excréments sont salutaires, puisqu'elles débarrassent le corps des saletés qui s'y étaient accumulées, notamment dans l'appareil digestif. On accorde donc un pouvoir purgatif, laxatif ou vomitif aux breuvages, qui permet l'élimination des agents responsables des affections, de mieux contrôler l'évolution de la maladie et de retrouver la santé plus rapidement.

Si l'absorption de médicaments par voie orale est un recours ordinaire, les ablutions avec ces liquides médicamenteux sont également courantes, particulièrement lors d'accès de *sumaya* ou de *sayi*. Elles permettent de soulager le corps malade et douloureux, et sont prescrites en alternative aux breuvages en cas de vomissements persistants : « *On se lave à cause du sumaya, c'est pour cela que les gens se lavent avec les plantes. Si tu es atteint du palu, il y a des gens qui vomit et d'autres qui ne vomit pas. C'est pour cela qu'on boit et se lave. Si tu vomis, si tu te laves avec ça, c'est bon. Mais si tu ne vomis pas, si tu bois, c'est bon. Parce que si tu vomis et que tu bois, tu risques de vomir. Tu vas vomir le liquide...* » (Mancourani, Famille Sanogo, F2, 1<sup>er</sup> juin 2007). En effet, si le corps rejette automatiquement le remède liquide absorbé par voie orale, les ablutions lui permettent d'acquérir les bienfaits du médicament sans passer par le système digestif. Mais les explications concernant ce type de traitement se basent essentiellement sur une conception double de la maladie, qui serait à la fois interne et externe : « *Le paludisme, y a la maladie intérieure et pis extérieure. Donc c'est pour guérir tous les deux qu'on boit et qu'on se lave. Moi, mon idée, c'est que... quand on traite un pour laisser l'autre, toujours, bon, c'est comme si la maladie rechute toujours après. Les deux viennent toujours ensemble* » (Mancourani, Famille Camara, H1, 23 mai 2007). Tout comme la maladie interne, la version externe est due à des « microbes » à la surface de la peau : « *Si les microbes qui se trouvent dans l'intérieur ne sont pas tués, même si tu te laves, c'est bon. C'est pour ça que tu fais les deux : interne et externe (...) c'est important de se laver. Les microbes sur ton corps, les médicaments éliminent ça, aussi ceux qui sont à l'intérieur* » (Mancourani, Famille M. Traore, F1, 19 mai 2007). Ces explications se basent en partie sur une idée de porosité du corps, ce qui lui permettrait d'absorber les principes actifs des médicaments, tant par voie orale que « sensorielle » à travers la peau. Il semble toutefois que cette pratique ne soit pas tout à fait anodine. En effet, un informateur laissait entendre que cette méthode était parfois alliée à des manipulations secrètes : « *C'est très efficace. Si tu te laves avec ça, ça rentre dans ton corps (rires). Il fait ça (rires) parce qu'il sait que c'est quelque chose en*

*secret* » (Traducteur, Famille Sanogo, H1, 25 mai 2007). On dénote la présence de pratiques secrètes autour de ce procédé, qui n'est pas sans rappeler la logique des ablutions religieuses.

Comme on peut le constater, ces deux modes d'utilisation semblent fortement liés à l'idée de purification. Dans le recueil de texte intitulé *Le corps pur*, Garetta explique : « *Nettoyer, purifier l'organisme face à une maladie ou à une menace de maladie, vécue globalement comme une souillure (...) Il est bien question de laver, éliminer, évacuer, faire sortir le mal (...) la plante peut purifier l'organisme, redonner au corps son intégrité et sa force en le débarrassant des impuretés responsables des troubles qui l'atteignent* » (Garetta in Douglas, 1998 : 78). Il faut ainsi se purger de la maladie, éliminer les microbes, les insalubrités logées dans le corps et à sa surface. Cette remarque sur la saleté et la souillure implique nécessairement une réflexion sur le code de propreté et la représentation de l'hygiène des populations étudiées. L'hygiène est notamment liée à une idéologie de l'ordre et du désordre. Or, comme on l'a vu précédemment, l'épisode morbide est considéré comme un événement qui engendre une confusion individuelle et sociale. Il s'agit donc pour la personne atteinte d'adopter des comportements visant à rétablir son équilibre intime, afin de restaurer l'ordre social et cosmique qui l'entoure. La pratique des ablutions peut être comprise en ce sens.

D'autres méthodes peuvent être usitées au sein des familles. Les frictions sont courantes pour soigner les femmes enceintes ou les enfants. Elles se font souvent avec une base de beurre de karité, associée ou non à des préparations végétales. Les onguents sont également un procédé envisageable, bien que je n'aie personnellement pas récolté d'information à ce sujet. En revanche, quelques informateurs m'ont parlé d'une pratique d'enveloppement : il s'agirait de se coucher sur des feuilles de *turubara* préalablement disposées à terre, et également de s'en recouvrir. Le corps devenant chaud, la sueur permettrait l'évacuation de la maladie et une guérison rapide (Pimperna, Soumaïla Diamouténé, faiseur de médicaments, 8 février 2007). Ce procédé induit à nouveau une action de type purgative, comme les breuvages et les ablutions.

#### **7.1.4 Association de produits**

Selon le mode de préparation ou la méthode d'utilisation, certains produits, d'origine non-végétale, peuvent être ajoutés à des préparations médicamenteuses traditionnelles. C'est le cas du beurre de karité, du savon traditionnel, de la cendre ou du miel, qui ont été cités à plusieurs reprises durant l'enquête.

Le beurre de karité est un produit très employé dans le quotidien : on le fabrique à partir de la noix du fruit de karité, qui contient près de 50% de matière grasse. Il peut servir de matière grasse lors de la préparation des repas (bien que souvent remplacé par de l'huile conventionnelle) ou de combustible pour les lampes à huile (aujourd'hui substitué par le pétrole). Il est à la base de nombreux produits cosmétiques ainsi que du « savon traditionnel ». Du point de vue thérapeutique, le beurre de karité est utilisé en massage pour traiter les problèmes musculaires (foulures, entorses, courbatures, rhumatismes). Il est également employé par les femmes enceintes, qui se massent le corps et particulièrement le ventre soit pour prévenir certaines affections chez l'enfant<sup>112</sup>, soit dans un souci de bien-être et d'esthétique pour prévenir les vergetures et raffermir les muscles. A la naissance de l'enfant, on peut appliquer du beurre de karité sur le cordon ombilical pour en favoriser la cicatrisation. Mélangé à des poudres végétales (dont l'écorce de l'arbre de karité), il peut faire office de désinfectant. En cas de crise de paludisme, certains l'utilisent en massage, additionné ou non de matières végétales et souvent accompagné d'incantations et de prières<sup>113</sup>. Cette méthode est particulièrement prisée pour traiter les enfants.

Le « savon traditionnel », tel qu'il est nommé par les populations locales, est fabriqué à base de beurre de karité, souvent de second choix, c'est-à-dire provenant des résidus de la fabrication ou élaboré avec des amandes indésirables (de mauvaise qualité ou déjà en germination). La réaction de saponification est engendrée par l'addition de potasse. Ce savon est utilisé pour la toilette quotidienne et la lessive, et on lui attribue des vertus défatigantes. En cas de paludisme, on se lave avec des liquides médicamenteux (décoctions ou infusions de plantes médicinales) et du savon traditionnel. Souvent on y associe également de la cendre prélevée dans le foyer domestique : « *Si tu mélanges avec le savon traditionnel, ça dégage le sumaya (...) Tu peux te laver avec les cendres seulement : tu laisses le savon, et tu mets un peu de liquide des feuilles de manguiers sur ta peau et tu frottes avec les cendres (...) Tu peux aussi boire un tout petit peu, si tu mélanges dans de l'eau fraîche* » (Mancourani, Famille Diabaté F2, 31 mai 2007). Ce recours est particulièrement bien considéré pour le traitement des enfants et des femmes enceintes. Ces dernières utilisent parfois la cendre seule, additionné d'un peu d'eau : « *Certaines femmes mettent de l'eau sur les cendres et laissent un peu. Se laver avec et boire un tout petit peu du liquide de cendre. Les femmes enceintes font ça. On prend les cendres seules, on ne mélange pas avec une autre plante ou avec le savon. Les gens disent*

---

<sup>112</sup> Comme la maladie de l'oiseau (*kono*) ou d'autres affections spécifiques aux enfants.

<sup>113</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.2.4 Kono : le pouvoir des secrets ».

*que les aliments du goût du citron, citronné, ça évite ça chez les femmes enceintes (...) Ça évite le palu chez les femmes enceintes (...) Ça dépend de la digestion : si ta digestion n'est pas en bon état, tu sens le goût des aliments citronnés... c'est pour éviter ça. Même si tu n'as pas pris ces aliments, tu as le goût amer »* (Mancourani, Famille Diallo, F2, 1<sup>er</sup> juin 2007). Selon cette informatrice, si une femme enceinte est porteuse du paludisme, elle a un goût amer de citron dans la bouche, et utiliser la cendre permet de l'éviter.

Le miel, qui est recueilli sur les arbres en brousse<sup>114</sup>, est souvent considéré comme un médicament plutôt que comme un aliment gustativement intéressant. En usage externe, il est principalement utilisé pour calmer et cicatriser les brûlures. En usage interne, il est consommé tel quel, additionné de poudres végétales ou ajoutés à une préparation liquide. Bien que je n'aie relevé aucune utilisation de cet élément dans les traitements contre le *sumaya* et ses dérivés, il n'est pas impossible que l'utilisation du miel entre dans la composition de certains remèdes antimalariques.

## **7.2 Automédication par comprimés**

Comme je l'ai déjà mentionné, l'utilisation de comprimés biochimiques est courante dans les deux lieux étudiés. Toutefois, c'est dans le quartier de Mancourani que je me suis plus spécifiquement intéressée à la consommation de ces médicaments. Plusieurs points peuvent expliquer ce phénomène : premièrement, ces remèdes de type occidentaux ont plus de « visibilité » dans le milieu urbain que dans un village comme Pimperna. Il est certain qu'au moins une boutique de Pimperna propose des comprimés, mais ces derniers ne sont exposés qu'en fin de journée et dans la soirée. Est-ce dans le souci de les dissimuler ? Pourquoi, au vu et au su de qui ? Malgré ces quelques précautions, les lieux de dépôts comme celui-ci sont bien connus de tous les villageois, qui savent exactement où se procurer ces médicaments. Les *yalayala fura* ambulants, qui se déplacent de village en village à vélo ou en moto, sont moins courant qu'en milieu urbain, où ils abondent. Le marché hebdomadaire de Pimperna ne propose pas de stand spécifiquement dédié à ces produits, mais il est certain qu'en s'adressant aux bonnes personnes, il est possible de s'en procurer. Outre cette question de visibilité et d'accessibilité, les villageois interrogés n'ont que peu de fois évoqué ce mode de médication. Il est vrai qu'à ce moment de l'enquête, je n'avais pas en tête l'ampleur du phénomène, ce qui

---

<sup>114</sup> Souvent collecté par des chasseurs ou des « spécialistes » qui emploient des « secrets » pour approcher la ruche sans se faire attaquer par l'essaim.

m'a retenu d'approfondir le sujet avec mes interlocuteurs. Il est également possible que les informateurs, ou les traducteurs qui m'accompagnaient, aient préféré me dévoiler leurs méthodes « traditionnelles », puisque j'avais été présentée comme une chercheuse s'intéressant particulièrement aux plantes médicinales. De mon côté, j'ai peut-être aussi occulté cette partie de la recherche, en voulant me centrer uniquement sur les médecines d'origines autochtones, sans comprendre leur degré d'imbrication avec les autres modes de médications.

Toutefois, grâce à l'enquête menée en milieu urbain, j'ai récolté un nombre important d'informations concernant ces comprimés, leur mode d'acquisition et leur modalité d'usage, ce qui m'a permis de relater leur portée symbolique et certaines représentations qu'ils peuvent engendrer

### ***7.2.1 Acquisition des produits***

Les comprimés de type biochimique s'obtiennent dans les dépôts de médicaments des CSCom et de l'Hôpital, après avoir consulté un agent de santé et obtenu une ordonnance. La plupart des structures de soins possèdent leur propre pharmacie, et il existe aussi des pharmacies et officines privées en ville. Dans un CSCom pourvu d'un dépôt de médicament, comme à Pimperna, la délivrance de l'ordonnance se déroule généralement comme suit : après la consultation, l'agent de santé remet une ordonnance au patient ou à son accompagnant. Ces derniers sont tenus de se procurer les médicaments au plus vite, généralement dans le dépôt du CSCom. Une fois les remèdes en leur possession, on leur demande de revoir l'agent de santé qui a procédé à la consultation, afin qu'il leur explique la posologie. Parfois, les médicaments ne sont pas achetés de suite, c'est alors le pharmacien qui est censé expliquer la posologie au patient.

Hormis les pharmacies et autres dépôts officielles, il s'est développé une nouvelle forme d'acquisition de comprimés : les « pharmacies par terre », également appelées en langues locales *yalayala fura*<sup>115</sup>. Bien que le premier de ces termes implique une idée d'immobilisme, et le second de mobilité, les deux recouvrent le même phénomène, qui s'étend dans toute la sous-région et probablement autre part dans le monde. Comme son nom le représente bien, les

---

<sup>115</sup> En langue bambara, *yalayala fura* signifie littéralement « la feuille, (et par extension) le médicament qui se promène ».

pharmacies par terre sont des étals de médicaments « modernes » vendus à l'unité et issus de contrebande, de détournements ou de reventes. Les *yalayala fura* sont quant à eux des vendeurs ambulants, se promenant dans les quartiers résidentielles, jusqu'à entrer dans les cours privées pour proposer le même type de médicament. Ces vendeurs sont d'apparence modeste, et n'ont généralement aucune formation particulière. Leurs connaissances consistent avant tout en divers savoir-faire, d'une part pour se procurer la marchandise, et d'autre part pour la revendre et prescrire les médicaments.

Ces comprimés proviennent essentiellement d'Asie, où ils sont élaborés d'après les médicaments biochimiques des grandes firmes pharmaceutiques. Leur proportion de principes actifs étant inférieure aux médicaments originels, leur coût de production est moindre, ce qui permet de proposer un prix de vente nettement plus bas que les médicaments présents en pharmacie. Leur emballage et le nom qui leur est donné au niveau local se distinguent des médicaments conventionnels. Jaffré parle d'un « corpus pharmaco-linguistique » où se mêlent douleurs, descriptions, localisations et effet attendus, et qui révèle des préoccupations sanitaires ou psychologiques des populations. Les boîtes, quant à elles, représentent souvent l'organe humain atteint et pour lequel est conçu le médicament. Ainsi, ce merchandising local est révélateur des modes d'appropriation du remède et d'intégration cognitives des savoirs biomédicaux. De ce fait, le produit se confond dans un mode de raisonnement et d'évaluation de l'efficacité. Par leurs appellations et leurs présentations, ces médicaments s'insèrent dans une proximité culturelle, car ils instaurent une continuité entre la pathologie ressentie, son traitement et la figuration iconographique abordable et immédiatement comprise. De plus, le client et le vendeur partagent souvent la langue, les représentations locales des maladies, mais également les codes des interactions marchandes et le même type de sociabilité. D'après Jaffré, cela établit une sorte de prolongement public de l'espace privé, puisque le marché ou la rue deviennent un lieu de proximité, aux remèdes sémiologiquement adaptés (Jaffré, 2006).

S'inscrivant comme un complément aux structures de soins conventionnels et aux médications de type « traditionnel », Olivier de Sardan qualifie ce phénomène de « *sous-produit intentionnel du développement de la médecine occidentale* ». Il introduit dans le circuit des thérapies courantes une gamme de produits modernes, mais ne remet pas en cause l'existence des entités nosologiques populaires, ni ne modifie les représentations nosologiques (Olivier de Sardan, 1999c : 83).

Les comprimés des *yalayala fura* permettent donc de faire des économies de temps et d'argent, puisque leur achat ne nécessite pas de consultation coûteuse et que ce sont souvent les médicaments qui viennent aux malades. Pouvoir acheter les comprimés à la pièce et à moindre prix démontre leur accessibilité économique très avantageuse, qui s'inscrit à l'opposé des ordonnances « kilométriques » prescrites dans les centres de santé. Leur disponibilité géographique et les modes d'acquisition en font des médicaments de proximité culturelle.

### 7.2.2 Usages

Qu'ils soient achetés en pharmacie officielle ou dans une pharmacie par terre, les produits biomédicaux sont délivrés avec une posologie variable selon l'affection et la constitution de la personne, mais également selon les connaissances du vendeur. Mais pour qu'ils aient une réelle efficacité, les remèdes biomédicaux requièrent le respect de la posologie et de la durée du traitement. Or, les vendeurs de médicaments par terre ne connaissent pas toujours les dosages adéquats à prescrire, parfois ne prescrivent-ils rien, laissant le client libre d'établir sa propre posologie selon ses besoins et son budget. Un léger mal de tête demandera deux ou trois comprimés de paracétamol, une résurgence épisodique de *koko* nécessitera un traitement plus poussé. La disparition des signes visibles ou ressentis est rapidement assimilée à la guérison, ce qui incite fréquemment une interruption du traitement. Mais cet abandon du traitement est souvent prématuré, induisant alors une rapide réapparition des troubles morbides. De plus, dans les conceptions populaires relatives à l'action thérapeutiques des remèdes, l'un des principaux critères d'efficacité est l'effet purgatif<sup>116</sup>, qui permet de chasser la maladie hors du corps. Mais les comprimés biochimiques ne permettent pas cette évacuation visible de la maladie, ce qui engendre des doutes quant à leur efficacité. « *Produits pharmaceutiques, ça calme quelques mois, puis ça rechute. Mais avec les médicaments traditionnels, la guérison est complète, ça sort, ça tue tous les microbes* » (Pimperna, Famille Diamouténé Massala, H, 8 février 2007). Les remèdes biomédicaux sont alors dépréciés et considérés comme des calmants à l'action éphémère. Toutefois, « *on accorde à cette qualité soulageante, apaisante en même tant qu'éphémère, une puissance incontestable* », notamment parce que les produits de la pharmacopée biomédicale sont censés agir directement sur le sang (Chillio, 2003 : 451-452), mais également grâce aux représentations locales qui tournent autour de ce type de médication.

---

<sup>116</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.1.3 Méthodes d'utilisation ».

D'après Chillio, la diffusion élargie des produits biomédicaux, grâce l'explosion du nombre de pharmacies par terre et des *yalayala fura*, a permis aux populations de découvrir les vertus préventives de ces médicaments, alors qu'auparavant, leur accès se limitait aux centres de santé et leur usage à un rôle curatif. Aux médicaments d'usage courant, comme le paracétamol, l'aspirine et la nivaquine, s'ajoute alors une consommation accrue d'antibiotiques, mais également de fortifiants. Ces derniers sont employés dans une logique de prévention, au même titre que certaines préparations locales. Ils permettent avant tout de renforcer le corps et de le rendre plus résistant face à la maladie (Chillio, 2003 : 455-458).

### **7.3 Discussion analytique**

Au début de cette recherche, je pensais me centrer essentiellement sur les médications de type traditionnel. Mais en constatant l'ampleur du phénomène de consommation des comprimés biochimiques, j'ai réalisé que les deux médications étaient fortement imbriquées dans les modèles de soins locaux. Bien qu'il y ait peu de modalités de préparation autour des comprimés, ce type de thérapeutique engendre de nombreuses pratiques, doublées de représentations et de logiques caractéristiques. Ceci a impliqué une réflexion sur le choix des pratiques de soins et la dialectique entre médication « traditionnelle » et « conventionnelle », entre les plantes médicinales et les comprimés biochimiques.

Bien que le recours aux médicaments modernes s'intensifie, les médications de type traditionnel ne sont pas pour autant abandonnées. D'ailleurs, les plantes font l'objet d'un commerce non négligeable tant sur les étals de marché qu'avec les *yalayala fura* traditionnels comme les *motaristes*. Le recours parallèle à des médicaments modernes se fait de plus en plus systématiquement, et comme je l'ai présenté dans le chapitre traitant des itinéraires thérapeutiques<sup>117</sup>, il n'existe pas vraiment de rupture entre les deux types de médications lorsqu'elles sont employées en automédication. Olivier de Sardan expose alors une « formule générale » concernant les entités nosologiques populaires qui serait : représentations traditionnelles + traitements traditionnels + traitements modernes (Olivier de Sardan, 1999c : 84).

La proximité socio-culturelle, géographique, économique ainsi que la compréhension symbolique sont autant de paramètres qui encouragent l'automédication, qu'elle soit de type traditionnel ou conventionnel. Finalement, les deux thérapeutiques partagent un même

---

<sup>117</sup> Voir le chapitre « 6. Les itinéraires thérapeutiques »

« modèle de rejet » de la biomédecine pratiquée dans les structures conventionnelles, et instaurent « *un circuit informel [induisant] des logiques de contournement des normes médicales (posologie), de chevauchement et de brouillage du dispositif institutionnel biomédical* » (Faye, 2006). Ainsi, dans le contexte de l'automédication, les deux modes thérapeutiques traditionnels et conventionnels ne se situent pas sur un axe d'opposition, comme on pourrait le penser de prime abord, mais dans un modèle de complémentarité. « *Chez certains, les médicaments de la pharmacie ne peuvent pas les guérir. Ça calme seulement, alors que les médicaments traditionnels guérissent les microbes. Les médicaments pharmaceutiques ne peuvent pas guérir certaines maladies chez certaines personnes, parce que c'est pas le même sang : il est léger ou lourd* » (Pimperna, Soumaïla Diarra, guérisseur, 8 février 2007). A travers cette citation, on distingue une logique d'explication quant au choix effectif entre médication « traditionnelle » et « conventionnelle » : si les deux médications peuvent être utilisées simultanément, ou tour à tour, c'est dans l'optique d'optimiser les chances de guérison. Le choix s'effectue alors selon les connaissances et expériences du malade et de son entourage. Ainsi selon la constitution de la personne, la qualité de son sang, ses habitudes et ses préférences, l'une ou l'autre des médications sera préférentielle. Mais ce choix n'est jamais définitif, il pourra toujours être précédé, suivi ou couplé à d'autres pratiques de soins, toujours dans une optique de maximiser les chances de guérisons.

Hormis les divers processus de soins, les populations possèdent d'autres pratiques en relations avec leur gestion de la maladie et du corps. Par exemple, j'ai relevé plusieurs pratiques de prévention concernant le *sumaya* et le paludisme. C'est ce thème que je désire aborder maintenant.

## **8. Pratiques de prévention**

Les six entités nosologiques présentées dans cette étude sont des affections relativement courantes parmi les populations rencontrées. De ce fait, ces dernières ont mis en place certaines pratiques de précaution à l'encontre de ces six affections: ce sont des « manières de faire » pour se prémunir de la maladie. Avant de présenter les modes préventifs, il est nécessaire de préciser les conceptions locales en matière de prévention, qui ne correspondent pas toujours au concept tel qu'il est conçu en médecine. Selon l'OMS, la prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé ; c'est

l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Trois stades de prévention ont été déterminés :

- La prévention « *primaire* », qui consiste à lutter contre les risques avant l'apparition de tout problème,
- La prévention « *secondaire* », qui représente une phase de dépistage dans le but de révéler une atteinte pour prévenir une maladie,
- La prévention « *tertiaire* », qui vise à prévenir les rechutes ou les complications ([www.who.org](http://www.who.org)).

Dans le sens commun, ainsi que dans le discours des agents de santé locaux et des nombreuses campagnes de sensibilisation, le terme de prévention fait principalement référence au type « primaire ». Ils incitent à générer des comportements et des actions limitant la prise de risque en supprimant ou en réduisant la probabilité d'occurrence du phénomène dangereux. Il s'agit donc d'adopter des mesures comportementales et matérielles avant l'apparition des premiers signes symptomatiques, afin d'empêcher la survenue et le développement de la maladie.

Dans les deux milieux étudiés, les conduites de prévention « primaire » sont usuelles face aux maladies auxquelles on rattache le concept de transmission, de contagion ou de contamination. Ces notions présupposent une idée de transfert des agents infectieux d'un individu à un autre, de manière volontaire ou involontaire. La promiscuité entraînant la circulation de souillures pathogènes, tout acte quotidien et tout rapport à l'altérité se révèlent potentiellement dangereux. Selon Jaffré, « *tout peut éventuellement englober une " transmission " »* : la contigüité physique, le regard, la voix, l'air respiré, le partage de nourriture, de vêtements ou l'usage commun de certains lieux (latrines, douches, emplacements réservés à la vaisselle ou à la lessive), mais également des conduites habituelles comme nettoyer, se laver, serrer la main ou dire son nom deviennent ainsi des comportements à risque. Quel que soit le type de maladie contractée, maladie involontaire (maladie de Dieu) ou « volontaire » (le plus souvent par sortilège), il s'agit plus de « *se prémunir contre l'origine incertaine du mal que d'envisager des conduites prophylactiques correspondant à des pathologies spécifiques* » (Jaffré, 2003a : 33-46). Prosaïquement, se protéger consiste avant tout en une attention spécifique dans la gestion de son corps et de son intimité, tout comme de l'espace privé et public. La crainte d'être exposé au danger, à la saleté ou à la maladie engendre l'élaboration de précautions « primaires », comprenant des règles de comportement à appliquer envers les autres et envers soi-même. Par ces conduites,

on érige une barrière symbolique permettant de se protéger d'autrui et du risque potentiel qu'il représente. Cependant, ces comportements d'évitement s'opposent souvent aux règles de sociabilité élémentaire ; il convient alors de les moduler afin de préserver l'équilibre communautaire, tout en conservant son intégrité corporelle et morale.

Dans cette recherche, *sumaya* et la plupart de ses dérivés sont considérés comme étant des maladies de Dieu, elles ne sont donc pas rattachés à l'idée de transmission ou de contamination. Dès lors, le concept de prévention intègre une autre dimension : en effet, selon les informations récoltées durant les entretiens, les populations de Pimperna et Mancourani ne tentent pas tant d'éviter la maladie que d'éviter son développement. Ainsi, c'est majoritairement l'apparition des premiers symptômes qui déclenche un processus thérapeutique de prévention : « *Si tu es atteint du sumaya, quand tu te lèves, ça ne va pas dans ta bouche (...) Tu sens l'amer dans ta bouche. Si tu sens l'amer dans ta bouche, tu prends des comprimés de Nivaquine* » (Mancourani, Famille Sanogo, F1, 23 mai 2007). Certains signes permettent de constater le début de la maladie, comme la sensation d'amertume dans la bouche, un certain affaiblissement physique ou la perception de la maladie dans son corps : « *Si on sent le sumaya seulement, on va chercher des feuilles et des écorces de manguiers. A part ça, si on ne sent pas la maladie, on ne fait pas de prévention* » (Mancourani, Famille M. Traoré, F2, 28 mai 2007). L'utilisation d'une médication préventive aura alors pour but de parer aux premiers symptômes et d'éviter le développement et l'aggravation de la maladie. Ces actions préventives s'inscrivent donc dans une optique plus thérapeutique, et on ne distingue plus les remèdes employés à titre préventif des compositions curatives. « *Le caractère préventif assigné à un traitement ne dépend pas du remède employé mais du contexte dans lequel celui-ci s'emploie. Face au caractère évolutif de la maladie (...) il n'y a pas véritablement de ruptures entre prévention et cure* » (Chillio, 2003 : 441). La conception locale de la prévention s'inscrit donc dans un « *large spectre* », dont les actions représentent un rapport de force entre la maladie et le corps. L'idée de renforcement du corps est alors prégnante dans la conception locale de la prévention : on agit moins contre telle maladie potentielle, que contre l'affaiblissement du corps.

Outre les pratiques comportementales, il existe un certain nombre de mesures concrètes, matérielles et factuelles, pouvant être mises en place, soit pour renforcer le corps, soit pour réduire les probabilités d'occurrence. Durant l'enquête, j'ai pu relever trois types de préventions :

- thérapeutique, qui englobe les recours médicamenteux (plantes et/ou comprimés),
- technique, qui relève de l'utilisation de moyens mécaniques et chimiques pour éloigner les moustiques<sup>118</sup>,
- symbolique, figuré par un ensemble d'actes et/ou d'objets rituels.

Les processus de prévention thérapeutique et symbolique sont avant tout des prophylaxies de contact qui se base sur l'idée de porosité du corps, qui peut « absorber » les effets de ces précautions (Diallo in Bonnet, 2003 : 124). Le contact direct avec la peau est donc d'une importance capitale afin d'activer la perméabilité et d'assurer une protection efficace.

Lors de cette recherche, il a essentiellement été question de la prévention contre le *sumaya*, puis que cette entité s'inscrit comme étant la base des autres affections abordées. Eviter le *sumaya* permet donc logiquement d'éviter ses dérivés. Grâce à des lectures, j'ai découvert par la suite que certaines ENP pouvaient détenir d'autres étiologies, différentes que la simple conséquence d'un *sumaya* persistant. De ce fait, il existe sans doute d'autres pratiques de prévention pour contrer ces affections qui ont un autre type d'étiologie, mais celles-ci n'ont pas été prises en compte ici, puisque l'intérêt s'est principalement porté sur le *sumaya* et ses dérivés dont l'étiologie a été précédemment définie<sup>119</sup>.

On a pu relever des pratiques liées à la conception de prévention dans les deux milieux étudiés. Ces procédés sont donc bien connus par les populations locales qui n'hésitent pas à les employer pour se prémunir des différentes affections courantes. Les tentatives de réponse face à la maladie engendrent la mise en place de dispositifs techniques, symboliques et thérapeutiques pour conjurer l'événement morbide. Concernant le *sumaya*, les actions préventives de type thérapeutique et technique sont les plus courantes. Les actions symboliques sont très fréquentes, mais elles ne semblent pas concerner le *sumaya* en particulier, et souvent elles permettent de se prémunir contre un ensemble de maladies<sup>120</sup>.

### **8.1 Prévention thérapeutique**

La prévention de type thérapeutique est la plus courante pour prévenir l'affection *sumaya*, de

---

<sup>118</sup> Comme je l'ai soulevé précédemment, les moustiques sont considérés comme l'une des trois causes possibles engendrant le *sumaya*.

<sup>119</sup> A ce propos, voir le chapitre « 4. Connaissances et représentations relatives au paludisme », et plus précisément les paragraphes abordant les causes du *sumaya*.

<sup>120</sup> C'est le cas par exemple de certaines amulettes pour enfant, censées protéger son possesseur de nombreuses maladies infantiles.

même que ses dérivés. Elle regroupe les deux modèles de médications utilisés parallèlement dans la pharmacopée locale, à savoir les plantes médicinales et les comprimés biochimiques. Les deux semblent être employés à usage égal et en tout temps, selon les affinités et les préférences de chacun. Cependant, ces pratiques ne sont pas usitées dans la même optique, dû aux différentes représentations qui gravitent autour de ces deux modes thérapeutiques.

La prophylaxie par les plantes médicinales s'avère très courante dans le village de Pimperna, tout comme dans le quartier de Mancourani. Les méthodes de préparation et de consommation sont les mêmes que pour les remèdes curatifs. D'ailleurs, la majorité des remèdes utilisés en prévention sont également des remèdes curatifs, comme cela a été expliqué plus haut. Par exemple, cette villageoise ne prend pas de remède préventif, mais elle évoque un arbre (*sindjan*, *Cassia Siebena*), dont les racines réduites en poudre sont très utilisées tant pour la prophylaxie que pour la cure: « *Je connais le sindjan, mais creuser les racines et faire de la poudre, ça devient amer et je ne veux pas ça. La poudre et la nivaquine ont le même goût amer (...)* » (Pimperna, Famille Coulibaly Massala, F, 10 février 2007). Comme le démontre cette femme, on fait parfois l'analogie entre le goût amer des plantes utilisées thérapeutiquement et l'amertume des comprimés de Nivaquine. Ce dernier médicament entrant toujours dans l'ensemble des médicaments administrés en cas de crise palustre<sup>121</sup>, il existe peut-être une assimilation entre ces deux types de médications. Cette efficacité symbolique est également renforcée par l'opposition faite par les populations locales entre aliments doux (provoquant le *sumaya*) et médicaments amers (résorbant l'affection) (Roger, 1993 : 106). Au-delà de leur amertume, les pratiques préventives à base de plantes médicinales visent avant tout à éviter l'accumulation de déchets à l'intérieur du corps humain, dans une perspective de nettoyer le ventre des saletés accumulées. On utilise donc ces remèdes dans une optique purgative, comme c'est le cas pour les cures, mais aussi pour fortifier le corps.

Dans le village de Pimperna, un homme nous a décrit une manière préventive contre le *kono* : il s'agit pour la femme enceinte atteinte de ce mal de mettre la tête au-dessus d'un feu où l'on fait brûler des « médicaments » (plantes médicinales). Si la femme vomit, son enfant échappera à la maladie, car « *la chaleur des médicaments va trouver l'enfant* » (Pimperna, Famille Diamouténé Massala, H, 8 février 2007). Si l'enfant à naître peut être sauvé grâce aux inhalations effectuées par sa mère, encore faut-il pouvoir détecter la présence de l'affection

---

<sup>121</sup> Lors d'une consultation dans un centre de santé ou par automédication.

chez la femme et/ou l'enfant, mais ce cas de figure n'a jamais été expliqué<sup>122</sup>. Par contre, ce procédé démontre bien le pouvoir purgatif des médicaments traditionnels, qui provoquent des comportements de rejet et permettent l'évacuation des « microbes » installés dans le corps. Il démontre également la force du lien mère-enfant dans les représentations locales, puisque cette dernière peut contracter mais également rejeter la maladie de son propre enfant.

Du fait de sa chronicité, qui contraint ses sujets à fournir une recherche perpétuelle d'itinéraires thérapeutiques, le *koko* est une entité nosologique qui engendre de nombreux comportements préventifs. A l'image de ce chef de famille de Mancourani, porteur de *koko*, qui ne se sépare jamais d'un petit sachet contenant une poudre noir, dont il prend une pincée chaque jour. Selon les dires de l'informateur, ce remède est composé de petit-mil pilé additionné d'une plante médicale réduite en poudre. Si l'interlocuteur classe ce type de comportement comme une prévention, ce traitement journalier entre plus dans le cadre d'un traitement curatif de longue durée, ou d'une prévention de type « tertiaire », afin d'éviter les rechutes de la maladie. Le parcours de soins oscille donc toujours entre prévention et traitement, comme je l'avais déjà souligné précédemment<sup>123</sup>.

La prophylaxie de type biomédicale, quant à elle, s'effectue essentiellement par l'absorption de comprimés de Nivaquine et de Paracétamol, utilisés seuls ou combinés. C'est surtout en milieu urbain que j'ai relevé ce type de prévention : à Pimperna, aucun informateur n'a avoué utiliser des comprimés dans ce but, ce qui n'exclut pas l'emploi ce type de médication à titre préventif. La posologie mise en place pour la Nivaquine varie de familles en familles, et même d'individus en individus. Les adultes prennent généralement six comprimés répartis dans la journée (2x3 ou 3x2), alors que l'on n'administre qu'un comprimé aux enfants et un demi aux « petits enfants ». Ce processus, qui est perçu comme une « cure de nivaquine », est alors dénommé *nivaquinisation* par les populations locales<sup>124</sup>. La *nivaquinisation* peut être faite en tout temps, mais principalement lorsque l'on « sent » la maladie ou pendant la période présumée de haute prévalence, qui peut varier selon les connaissances des individus.

---

<sup>122</sup> *Kono* est une maladie exclusivement infantile ; les étiologies supposées de cette ENP sont le sumaya, ainsi que d'autres actions mystiques donc l'action d'un oiseau affissant à la tombée du jour ou durant la nuit.

<sup>123</sup> A ce propos, voir le chapitre « 6.2.3 Mara, Koko et Kalyia ».

<sup>124</sup> Les femmes enceintes se rendant dans une structure de soins pour effectuer des Consultations Périnatales (CPN) reçoivent un traitement prophylactique contre le paludisme et qui est couramment nommé *nivaquinisation*.

## 8.2 Prévention symbolique

Le second mode de prévention relevé dans les milieux étudiés est la prévention de type symbolique. Cette dernière manière est très courante dans toute l'Afrique de l'Ouest et concerne autant les enfants que les adultes. Ainsi, un certain nombre d'actions, de comportements et d'objets permettent à ceux qui le désirent de se prémunir des maladies ou du mauvais sort, et de porter chance. S'il s'agit souvent de « *prévention secondaire* », puisque leur but est avant tout d'empêcher l'action d'éventuels sortilèges, ou du mauvais sort rattaché au destin individuel (Jaffré, 2003a : 45). Le but est donc de se mettre sous une protection « divine ». Ce type d'« *homéopathie symbolique* » (Fainzang, 1986 : 85) semble se scinder en deux modes d'opérations, dont l'un relève des actes et l'autre des accessoires. Si les actes peuvent se suffire à eux-mêmes, la fabrication des accessoires adéquats sera souvent associée à des actions significatives.

L'ensemble des actions regroupe essentiellement les scarifications, les sacrifices et les offrandes. Certains signes marqués dans la chair de l'individu offrent à ce dernier la protection contre certaines attaques et lui évite les souffrances d'une ou de plusieurs maladies. Les sacrifices et les offrandes sont quant à eux exécutés dans la volonté de protection et de guérison d'une affection. Ces deux types d'actions sont mises en place par les populations essentiellement dans le but d'empêcher autrui (individu, sorcier, génie malveillant) de songer à commettre un acte maléfique à l'encontre du protégé.

Les accessoires sont des objets porteurs de sens et de symbolique qui prennent la forme de collier, talisman, amulette, bague, ficelle à nœuds. Ils empruntent des rites et des croyances de manière plus ou moins syncrétique aux divers domaines religieux en présence. Ces « *boucliers symboliques* [sont toujours] *composés d'antidotes* » (Jaffré, 2003a :45) sur lesquels on prononce des formules propitiatoires ou l'on verse de l'eau bénite par des versets coraniques.

Lors de cette étude, peu de cas de prévention symbolique ont pu être révélés concernant *sumaya* et ses dérivés, exception faite de l'entité *kono*. Cette affection touchant particulièrement les enfants, il n'est pas rare de les voir porter des amulettes spécifiquement conçues pour éviter cette maladie. On a également entendu parler de scarifications particulières censées éloigner le *kono* des enfants protégés. Ce type d'actions est sans doute en rapport avec l'origine prétendument mystique de la maladie, puisque l'on peut attribuer le

*kono* à diverses forces occultes (sorcier, génie, esprit de lieu, conséquence d'une trahison, oiseau). On souligne alors des rapports interdépendants entre ces explications mystiques et les comportements symboliques.

### **8.3 Prévention technique**

Les moyens « techniques » (utilisation de la moustiquaire) et chimiques (insecticides *sosofagalan*<sup>125</sup> sous forme d'aérosols et de serpentins fumigènes) sont principalement utilisés en milieu urbain, mais les différentes campagnes de prévention ont poussé certains villageois à en faire usage également. Ainsi, à Pimperna, on rencontre de plus en plus de foyers équipés de moustiquaires : *« Pour se protéger contre les moustiques, on peut porter un boubou, des chaussettes et des chaussures, et utiliser des moustiquaires. Sinon, c'est ça qui fait qu'on attrape le palu »* (Pimperna, Famille Diamouténé, HF, 21 février 2007). Dans cette déclaration, on décèle des marques de discours des agents de santé. Apparemment, cette femme met en œuvre les conseils qu'elle a reçus, mais ce n'est pas le cas de tous les interlocuteurs, comme cet homme qui affirme : *« Le palu est traditionnellement provoqué par les repas, mais les agents de santé disent que c'est les moustiques. »* (Pimperna, Famille Diamouténé Massala, H, 8 février 2007). Certains stigmatisent le discours issu des structures médicales conventionnelles, qui n'est pas toujours en adéquation avec les croyances locales : alors que le personnel du CSCom parle en termes biomédicaux (« palu simple » et « palu grave ») et incrimine le moustique comme vecteur du paludisme (trop souvent traduit par *sumaya*), les populations utilisent leurs entités nosologiques locales et mobilisent leurs propres étiologies. Or, comme il a été vu précédemment, le moustique n'est pas toujours considéré comme une cause envisageable pour le *sumaya*, ce qui peut représenter un frein à l'utilisation de la moustiquaire.

Toutefois, en ville, l'utilisation de la moustiquaire est assez fréquente. Mais tous les membres de la famille ne dorment pas sous moustiquaires : le schéma « classique » veut que les pères de famille dorment sous moustiquaire avec leur femme, tandis que les enfants sont le plus souvent laissés pour compte. *« Tout le monde ne dort pas sous la moustiquaire, mais on utilise les insecticides. Ça est avec les femmes, et en même temps on allume les insecticides. Les enfants ne dorment pas sous la moustiquaire, on utilise les insecticides. Les femmes et leur mari dorment sous la moustiquaire et laissent les enfants dans la fumée des insecticides (rires) (...) C'est dangereux pour les enfants, mais que faire pour les protéger de la piqûre*

---

<sup>125</sup> En langue bambara, *sosofagalan* signifie littéralement « produit pour tuer les moustiques ».

*des moustiques ? (...) on attend de donner des moustiquaires pour leurs enfants »* (Mancourani, Famille M. Traoré, F2, 28 mai 2007). Cette femme souligne ici un problème récurrent: les populations locales estiment que le coût des moustiquaires est trop élevé<sup>126</sup>, et utilisent l'argument économique pour expliquer le fait qu'ils n'utilisent pas de moustiquaire. Cela s'explique d'une part parce que le moustique n'est pas considéré comme le seul vecteur possible du *sumaya* ; certains ne le considèrent d'ailleurs pas du tout comme une cause envisageable du *sumaya*, d'autres émettent des doutes sur cet éventuel vecteur et stigmatisent le discours des agents de santé qui ne correspond alors pas aux représentations locales. D'autre part, une politique sanitaire nationale a été mise en place afin de distribuer gratuitement des moustiquaires aux femmes enceintes qui procèdent aux consultations prénatales (CPN) dans les CSCoM. Ces infrastructures devraient également pouvoir en proposer à l'ensemble de la population à des prix modestes. Malheureusement, les stocks des CSCoM sont pour la plupart vides : à Pimperna, on attendait depuis plusieurs mois la livraison de nouvelles moustiquaires. On remarque ainsi une tendance à « attendre » que les CSCoM distribuent gratuitement ce dispositif de prévention. Mais au-delà de l'argument économique, les informateurs estiment que la moustiquaire est gênante car elle empêche l'air de circuler et enferme la chaleur, ce qui provoque des difficultés pour dormir.

Un des seuls avantages reconnus pour utiliser une moustiquaire est qu'elle protège des nuisances des moustiques, qui peuvent empêcher le sommeil à cause de la douleur des piqûres et des démangeaisons : *«Le plus pire de la piqûre des moustiques, ça se fait quand tu dors. En ce moment, ils te piquent fortement même, sinon pendant le jour, c'est rare de se faire piquer de façon comme la nuit »* (Mancourani, Famille Diabaté, H1, 29 mai 2007). Cette conduite vis-à-vis de la population relève d'un comportement paradoxal, puisque ces derniers utilisent principalement la moustiquaire pour se protéger des nuisances des moustiques, et non contre le paludisme. Même si certains reconnaissent que le moustique est un agent vecteur du paludisme et du *sumaya*, leur comportement préventif ne suit pas cette logique. On distingue deux emplois différents de la moustiquaire : se protéger contre les piqûres de moustique, et éviter le paludisme/*sumaya*. Mais pour les populations locales, la moustiquaire est avant tout destinée à se protéger des préjudices imputés aux moustiques, ils ne l'utilisent donc pas dans un objectif de protection contre le paludisme. La moustiquaire est un outil mal perçu dans les communautés puisqu'elle n'est pas assimilée comme un dispositif de prévention et de lutte

---

<sup>126</sup> Dans les pharmacies, on peut acheter des moustiquaires imprégnées pour 2000 CFA (environ 5.- CHF). Au marché, les moustiquaires ne sont pas imprégnées mais disponibles à moindre prix.

comme le souhaiteraient les agents de santé et les différents programmes de sensibilisation (CSLP, PNLP).

## **9. Gestion des ressources cognitives**

Le dernier chapitre de ce mémoire aborde la notion de savoir et de transmission. Essentiellement théorique, ce chapitre a été élaboré suite à la demande explicite d'*Antenna Technologies*.

*« Chez les Mandé, le savoir est une forme de pouvoir : la transmission et l'implication concrète sont attachées à la notion de secret, donc les transactions pécuniaires ne sont pas suffisantes. Il y a une conception élitiste du pouvoir : les connaissances restent dans le cercle familial et la transmission orale obéit à des impératifs d'ordre sexuels. La transmission est signe d'une relation de confiance. »* (Kedzierska, 2006 :79). Le savoir, le pouvoir, la transmission, le secret et l'oralité sont les cinq notions qui seront abordées durant ce dernier chapitre. Ces concepts, auxquels j'ajoute ceux de mémoire et de patrimoine, forment des composantes essentielles dans la gestion des ressources de type cognitif ; ils sont liés tant dans leur définition que dans leur conceptualisation. Ainsi, après avoir défini les cadres institutionnel et pratique<sup>127</sup>, j'opère un retour au cadre idéal, présenté à travers le chapitre 4 sur les connaissances et représentations relatives au paludisme.

### **9.1 Gestion du savoir**

Je définis le savoir comme un ensemble de connaissances reliées à un thème spécifique. Le savoir médical, auquel je m'intéresse ici, se calque sur les différentes représentations de la maladie, et sert de configuration de base pour les actions à mener afin de résorber l'épisode morbide. Etant donné l'étendue de l'offre de soins présente dans les deux milieux étudiés, le savoir relatif aux entités nosologiques et aux pratiques de soins est pratiquement infini. Il concerne les connaissances de différents « systèmes de soins » : le système local des ENP et le système biomédical, ainsi que tous les types de médications : autochtones, allochtones et hybrides, recouvrant ainsi les pratiques de type traditionnel, symbolique, conventionnelle, et toutes les pratiques issues de métissage entre les différents « systèmes ». Pour les populations locales, le savoir médical acquis est une valeur sûre, peu contestable, dont la reconnaissance

---

<sup>127</sup> Voir les chapitres « 5. Le pluralisme médicale » et « 7. Les itinéraires thérapeutiques ».

est formelle et indéniable. Mais leurs possesseurs savent en reconnaître les limites, et on n'hésite pas à rediriger le malade auprès de personnes compétentes lorsque l'on pense avoir tout mis en œuvre pour la guérison et que les médications adoptées se révèlent inefficaces.

Comme le soulignait Kedzierska, le savoir est souvent synonyme de pouvoir, et sa gestion est un enjeu essentiel. Posséder un savoir instaure une hiérarchie, puisqu'en cas de besoin, un profane devra toujours demander une part d'information à un tiers, ce qui le place automatiquement dans un statut de dépendance et de subordination, alors que ceux qui possèdent un savoir disposent instantanément d'une certaine autorité. Cette hiérarchie s'édifie à la fois à l'intérieur du foyer entre les différents membres de la famille, mais également envers les autres unités domestiques, qui ne possèdent pas toujours les mêmes connaissances, ni en qualité, ni en quantité. « *Toute parole sociale peut et doit être interprétée en terme de pouvoir, qui est précisément et avant tout celui de dire ou de ne pas dire* » (Jamin, 1977 : 13). La gestion du savoir passe donc par le contrôle de la communication et du savoir-dire, mais également par la maîtrise de la rétention, l'entretien de savoir-taire et du secret.

## **9.2 Le rapport au secret**

Les connaissances liées aux épisodes morbides entretiennent un lien prégnant avec l'idée et la pratique du secret. En effet, certaines connaissances sont ésotériques, elles doivent de ce fait restées cachées, secrètes : « *Il en est de la richesse comme du savoir : elle doit rester secrète sous peine d'être contestée et de rentrer dans une problématique de l'agression imaginaire, d'autant que sa destination demeure principalement symbolique et culturelle, et son utilisation individuelle* » (Jamin, 1977 : 122). Sous peine de ne pas être attestés, ce qui remettrait en cause l'ordre hiérarchique mis en place, certains savoirs ne se divulguent donc pas et prennent la forme de secrets. Le secret est une information cachée, dont l'accès est, et doit rester relativement inaccessible. Effet du langage, la logique du secret exige le silence, un « savoir-taire » mais il suppose également un autre pour le partager et lui donner la valeur de message ; un secret n'existe donc pas sans parole. L'univers du secret, tel que Zempleni l'a analysé, emploie plusieurs personnages pour donner vie et entretenir le secret. Les deux protagonistes centraux sont le ou les détenteurs, qui possèdent le contenu du secret et à qui il revient le devoir de divulgation, et les destinataires visés, s'il y en a (Zempleni, 2006 : 25). En parlant des secrets mis en pratique pour soigner un épisode de *kono*<sup>128</sup>, un informateur

---

<sup>128</sup> Voile le chapitre « 6.2.4 Kono : le pouvoir des secrets ».

indiquait que les principaux gardiens de ces secrets étaient les personnes âgées : « *On peut faire ça, s'il y a des vieux ou des vieilles. On peut faire une "façon". Les vieux sont très efficaces, parce que eux sont les donateurs même de ces secrets, ils connaissent bien* » (Mancourani, Famille Diabaté, F1, 24 mai 2007).

Dans les deux milieux étudiés, et particulièrement au travers de l'interprète choisi dans le quartier de Mancourani, cette locution est utilisée pour dénommer les différents charmes et incantations employés lors d'itinéraires curatifs et préventifs. Ces enchantements sont un ensemble de gestes souvent associés de paroles, qui font appels à des connaissances spécifiques inscrites dans le tissu symbolique et cosmogonique des populations. L'ensemble de secrets partagés par une même famille, un même lignage, une même communauté, constitue un capital déterminant dans les pratiques thérapeutiques, ainsi que pour l'aura de ses détenteurs. L'information secrète prend alors valeur de patrimoine familial ou communautaire. Le partage des secrets par une tranche de la population engendre une fracturation sociale de la communication ainsi que des structures de subordination. Le secret délimite ainsi des frontières entre ceux qui le possèdent et ceux qui l'ignorent (et éventuellement qui le demandent), ainsi qu'entre ceux qui ont le droit de l'apprendre et ceux qui n'y ont pas accès du tout. Il se construit donc à travers des relations asymétriques. « *Chaque groupe affirme son statut, sa position et son pouvoir moins par la mise en pratique d'un savoir qu'il détient et contrôle que par sa suspension et sa rétention, par les secrets qui l'entourent et qui agissent comme barrière et niveau* » (Jamin, 1977 : 102).

Les unités familiales, ou les lignages, utilisent le couple savoir-secret comme un moyen de consolider leur statut, de renforcer leur pouvoir et de maintenir la hiérarchie instaurée.

Le secret permet donc de protéger les connaissances locales, bien qu'elles puissent être divulguées à certaines personnes, à certains moments, dans certains lieux et dans certaines circonstances. En tant que chercheuse, j'ai fréquemment été confrontée à cette volonté de dissimuler une part des informations auxquelles je m'intéressais. Les interrogations soumises à mes interlocuteurs auraient pu être perçues comme menaçantes ou inconvenantes, mais grâce à mes traducteurs et à mon statut, j'ai réussi à pénétrer dans l'intimité des populations locales, en découvrant notamment de nombreux arbres utilisés dans la pharmacopée locale. Evidemment, je n'ai pas eu accès à toutes les connaissances, j'ai dû rester prudente et discrète, et surtout respecter la volonté de mes interlocuteurs de ne pas me révéler certaines informations. Il est probable que mon statut d'étrangère et de femme ait atténué le sentiment

de « trahison ». D'autre part, venir sous l'égide de la Coopération Suisse et d'une ONG travaillant sur les plantes médicinales a certainement poussé certains aux confidences.

### **9.3 Transmission des savoirs**

La transmission des savoirs, et éventuellement des secrets, liés aux connaissances médicales fait partie d'une dynamique de divulgation et d'enseignement, qui débute dans l'enfance et s'étend pour certains jusqu'à un âge (très) avancé. Aux jeunes enfants, on apprend à localiser ses douleurs et reconnaître les symptômes des différentes affections communes. Plus tard, les remèdes les plus couramment utilisés sont appris à travers l'observation et la pratique. Chaque individu acquiert ainsi une somme de connaissances basiques lui permettant de soulager les maux les plus fréquents. Mais chaque individu et chaque famille possède des savoirs plus approfondis, concernant notamment les étiologies, les manières de déterminer les causes de la maladie, et également des médications spécifiques pour plusieurs affections. Chacun tente alors d'approfondir son « paquet de savoirs communs », selon ses dispositions, son intérêt et ses faiblesses individuelles. Ainsi, un porteur de *koko* sera particulièrement intéressé par les modalités de soulagement de sa maladie, et une mère s'inquiétera de connaître quelques médications de certaines maladies infantiles courantes.

J'ai relevé deux modes d'acquisition des connaissances relatives aux savoirs médicaux : par héritage familial ou par un processus d'apprentissage cumulatif auprès d'experts et de professionnels. Le premier procédé se base sur la parenté, le lignage et la famille qui partage le même espace domestique. Dans ce contexte, la science n'est pas considérée comme un domaine universel accessible à tout un chacun, la somme d'informations est au contraire perçue comme un bien privé et un patrimoine familial (Rouamba, 1985). Cet héritage revêt des formes variées selon le statut familial de l'enseignant et de l'apprenant, mais le processus de transmission instaure toujours une hiérarchie entre celui qui possède le savoir et celui qui attend d'en prendre connaissance. *« L'avancement dans la connaissance et la possession des secrets traduiraient donc une hiérarchie interne qui peut être organisée de deux manières : ou bien cette connaissance est distributive et sélective (comme dans le Poro<sup>129</sup>) et se transmet selon un principe d'appartenance lignagère, chaque groupe se définissant dans un même temps par rapport aux autres, par le "paquet" de secrets qu'il détient ; ou bien elle est*

---

<sup>129</sup> Rite d'initiation sénoufo.

*progressive et à tendance égalitaire et se transmet selon le principe des générations, chacun pouvant a priori accéder selon son âge biologique au savoir "suprême" » (Jamin, 1977 : 102). Généralement, les anciens de la famille transmettent leur savoir petit à petit à leur filiation : « J'ai su ça depuis le bas âge, avec les parents. Ce n'est pas un secret, je peux le dire à tous les membres de la famille. Si tu es malade seulement, je dis d'aller chercher cette plante » (Mancourani, Famille Traoré, F2, 17 mai 2007). Cependant, l'ensemble des connaissances n'est pas enseigné à tous les membres de la famille, ni de la même manière. « Ça reste seulement dans la famille, mais pas avec tous les gens de cette famille. Peut-être ceux qui ont le courage d'en faire, des secrets. Parce que les secrets, pour les garder, il faut du courage » (Mancourani, Famille Koné, F2, 15 mai 2007). Par exemple, il est fréquent que les femmes n'aient pas accès à certaines informations, qui prennent alors le statut de secret auquel elles ne sont pas associées. Parfois, l'enseignant choisit un membre de sa famille, généralement masculin, pour lui transmettre l'ensemble, ou une partie, de ses propres connaissances. Ce dernier devient le garant de ce savoir familial, qu'il transmettra à un ou plusieurs de ses descendants.*

Le second mode d'acquisition consiste en un apprentissage graduel auprès d'un ou plusieurs « maîtres ». Comme Perrois le souligne dans une monographie sur la circoncision bakota<sup>130</sup>, certains savoirs comme les médicaments ou la connaissance exacte du symbolisme « s'acquièrent tout au long de la vie, un peu au hasard des amitiés avec un vieux ou une vieille qui vous prend comme disciple et héritier. Elles ne s'obtiennent pas comme le savoir scientifique occidental : c'est toute une imprégnation lente et mesurée. » (Perrois in Jamin, 1977 : 103). A Mancourani, j'ai observé ce processus dans la famille de mon traducteur : comme je l'ai expliqué, son père était le chef des chasseurs pour la région de Sikasso<sup>131</sup>. Or, les chasseurs possèdent un savoir considérable sur de nombreux aspects de la vie, qui englobe l'art de la chasse, mais également la pharmacopée naturelle et certains pouvoirs mystiques, comme le don d'ubiquité ou de métamorphose ; ils sont d'ailleurs particulièrement respectés pour leurs connaissances et leurs pouvoirs. Le père de mon traducteur étant un chasseur hiérarchiquement bien positionné, on ne doute point que ses connaissances étaient vastes. Il avait choisi pour « héritier » un jeune homme logeant près de la concession familiale. Grâce à mon traducteur, j'ai appris que les deux passaient beaucoup de temps ensemble, à discuter

---

<sup>130</sup> Une population bantoue du Gabon.

<sup>131</sup> En langue bambara, on utilise le vocable *donso* pour nommer les chasseurs, ce qui veut littéralement dire « ce qui entre dans la maison (et qui y reste) », en parlant de l'ensemble des savoirs attirés aux chasseurs.

« de tout et de rien », ce qui permettait au vieux de transmettre une part de son savoir d'une manière « *lente et mesurée* ».

Une troisième méthode a été relevée dans le quartier de Mancourani : comme pour le second procédé, il s'agit d'un apprentissage auprès de tiers, mais qui ne possèdent pas forcément des connaissances très spécifiques. Ainsi, à travers les réseaux d'interconnaissance, il est possible d'acquérir un certain nombre d'informations médicales. Selon bon nombres d'informateurs, les médications pour résorber un épisode de *sumaya*, ou de toute autre maladie commune, doivent être partagées : « *Ça peut pas être un secret, parce que c'est une maladie et que les hommes ne peuvent pas cacher les maladies. Si tu es malade et que tu ne vas pas dire aux gens que tu es malade, comment peut-on trouver des médicaments pour soigner ta maladie ?* » (Mancourani, Famille Traoré, F1, 10 mai 2007). Cependant, il existe toujours quelques secrets autour de la plante ou du processus de guérison qui ne peuvent pas être transmis à n'importe qui : « *Ce n'est pas un secret pour moi. Si qqn vient me demander certaines de ces plantes, je lui donne ça. Je préfère aller en brousse avec ce dernier pour montrer la plante-même. Ces secrets-là, tu ne peux pas les garder. Tu as eu ça à cause de ta maladie, tu dois les donner à quelqu'un pour qu'il se soigne. Mais ces secrets-là, tu ne peux pas les dire ça (...)* Si j'ai confiance à quiconque, je peux les donner. Mais je donne ça à partir de la confiance, si je n'ai pas la confiance, je ne donne pas » (Mancourani, Famille Diabaté, H1, 29 mai 2007). Un grand nombre de remèdes circulent donc entre voisins, amis et connaissances du quartier et d'ailleurs, mais certaines modalités restent toujours gardées secrètes.

L'apprentissage se fait donc quotidiennement, naturellement et progressivement, lorsque survient un épisode morbide au sein de la famille ou lors des sorties en brousse. C'est une éducation de type oral et axée sur la pratique. Cette méthode d'enseignement et de transmission des connaissances est très courante, et elle s'inscrit dans le processus de la tradition orale, qui représente souvent la seule documentation disponible.



### III. CONCLUSIONS

---

#### Conclusion

Durant tout ce travail, je me suis penchée sur deux composantes essentielles étudiées en anthropologie médicale : il s'agit d'une part des représentations qui entourent le corps, la maladie et l'endémie palustre en particulier, et d'autre part l'ensemble de pratiques mises en place par les populations locales dans une optique préventive et curative. Ces deux éléments distincts, mais infiniment reliés, ont axé toute la recherche de terrain ainsi que l'analyse qui a suivi.

J'ai exposé de quelle manière les populations étudiées avaient procédé à un découpage sémiotique local, non pas calqué sur les connaissances médicales occidentales, mais sur des expériences et des interprétations propres, qui s'inscrivent à la fois dans un cadre symbolique et pratique. Comme je l'ai expliqué, le paludisme est une maladie qui sévit à l'état endémique dans la plupart des pays africains subsahariens, dont le Mali. Les populations ont donc répertoriés des ensembles de symptômes formant des entités nosologiques populaires, qu'ils ont délimitées grâce à une logique de nomination propre. Ainsi, les acteurs locaux traduisent le terme de paludisme par le vocable *sumaya*, qui réunit un ensemble symptomatique assez proche de l'affection biomédicale palustre. De nombreuses manifestations sont également induites au *sumaya*, qui regroupe probablement d'autres maladies en plus du paludisme clinique. Ceci en fait une maladie « fourre-tout », polymorphe et modulable, qui peut évoluer vers des formes plus ou moins graves. Comme tout accès fébrile et toute sensation de malaise est assimilé à une crise palustre, on souligne alors un abus de diagnostic de la part des populations, mais également de la part des divers agents de santé. Ainsi, bien que les symptômes du paludisme et du *sumaya* soient assez correspondants et que les deux affections partagent leur aspect polymorphe, on remarque une tendance à juxtaposer ces deux notions, alors qu'elles ne sont pas issues du même système de pensée et ne reposent pas sur les mêmes représentations du corps et de la maladie. Il existe certes des liens probants entre les deux, mais force est de constater des abus de traduction et d'interprétation, qui engendrent des conséquences non-négligeables au niveau des traitements, mais également au niveau des

campagnes de sensibilisation mises en place localement, comme je le mentionnerai ci-dessous.

Parmi les deux populations étudiées à Pimperna et Mancourani, j'ai relevé trois facteurs causals de la maladie : le climat, les usages alimentaires et les moustiques. Si les deux premières causes relèvent d'interprétations locales, le moustique est probablement une cause produite par l'influence de discours externes sur les perceptions locales, dont on peut souligner des traces dans les discours populaires. Certains propos des institutions gouvernementales, publiques et privées, des ONG et des agents de santé ont donc un impact sur les interprétations des populations locales, et font l'objet d'une intégration sélective (partielle ou totale) de leur contenu, par un processus d'imprégnation. Mais ces diverses institutions basent leurs discours essentiellement sur une vision biomédicale de la maladie : ils n'utilisent pas la même division sémiotique que les populations locales, et leurs messages sont moins bien assimilés. Ces propos se retrouvent alors en partie stigmatisés, car ne correspondant pas aux représentations ni aux valeurs que les populations entretiennent sur leurs entités nosologiques. Il en est ainsi du vecteur « moustique », qui n'est pas toujours considéré comme une cause probable de *sumaya* : les populations n'accordent pas plus d'importance à ce vecteur qu'aux autres, et ne prennent ainsi pas en considération les moyens de s'en protéger, comme le suggèrent les nombreuses campagnes de sensibilisation et les agents de santé.

Les connaissances populaires liées au *sumaya* et à ses dérivés ont permis de se pencher plus en profondeur sur les représentations du corps et de la maladie. Ainsi, j'ai relevé un lien prégnant entre les différents ensembles symptomatiques reliés aux affections délimitées et le système digestif. Les problèmes liés à la digestion sont à la fois compris comme des symptômes effectifs de l'affection, mais également comme des causes par l'absorption de nourritures inadaptées. Les usages alimentaires et le système digestif se retrouvent au cœur du processus de développement de la maladie, puis de ses conséquences. Alors que la biomédecine impute le paludisme au parasite transmis par la piqûre des anophèles, qui prolifèrent particulièrement durant la période des pluies, les populations incriminent la consommation d'aliments apparaissant spécifiquement durant la même période. On constate alors une confusion des causes, qui se manifestent toutes deux à la même époque de l'année, entre juin et septembre. De plus, les aliments causant le *sumaya* sont par la suite proscrits durant toute la période de l'affection. Il existe donc un amalgame entre aliments déclencheurs

et aliments prohibés. En plus du lien avec le système digestif, les populations locales ont élaboré une théorie humorale, fondée en partie sur la « qualité » du sang. Le sang, dont les propriétés varient selon la couleur, la température et la consistance, est un élément constitutif de la personne et profère le degré de résistance des individus face à la maladie

Les logiques d'identification et de nomination engendrent un certain nombre de pratiques thérapeutiques, qui s'organisent en deux temps : comme prévention, visant à éviter la maladie, ou comme cure pour résorber un épisode morbide. Pour chaque affection délimitées (*sumaya* et ses cinq dérivés), j'ai tenté de déterminer les tendances des différents parcours de soins possibles, tels qu'ils ont lieu à l'intérieur de l'unité domestique. L'automédication s'est alors imposé comme procédé central dans la recherche de soins, surtout concernant le *sumaya* et son dérivé direct *sayi*, ainsi que pour l'affection chronique dénommée *koko*. On peut affirmer que chaque cas morbide trouve une première médication dans la sphère domestique, où les symptômes sont recensés, la maladie identifiée et le malade pris en charge par une partie des membres de l'unité familiale. Ainsi, l'automédication s'affiche toujours comme une première ressource en cas d'épisode morbide, et ceci grâce à ses caractéristiques comme la modicité du coût, la compréhensibilité, la disponibilité et l'efficacité.

Les modes d'automédication mobilisent deux types de médications, qui se réfèrent en partie aux deux systèmes en vigueur relevés dans les milieux étudiés : la médication dite traditionnelle, à base d'éléments naturels comme les plantes médicinales, et une forme de médication conventionnelle employant des comprimés biochimiques vendus sur les marchés locaux. Ces deux types de thérapeutiques constituent les fondements de l'automédication et sont fortement imbriqués dans les modèles de soins locaux. En effet, bien que les recours « traditionnels » occupent une grande place dans les pratiques automédicales, l'utilisation de médicaments « modernes » se fait de plus en plus systématiquement. La proximité socio-culturelle, géographique, économique ainsi que la compréhension symbolique sont autant de paramètres qui encouragent ces deux type d'automédication. Aucune rupture ne peut être constatée entre ces deux modes, on soulignerait même une certaine complémentarité, puisque d'une part elles partagent un même « modèle de rejet » de la biomédecine pratiquée dans les structures conventionnelles, et d'autre part les acteurs ont tendance à mobiliser tous les recours possibles pour résoudre l'épisode morbide.

Il me faut ici remarquer la grande capacité des populations à intégrer de nouvelles pratiques,

comme l'utilisation massive des comprimés biochimiques qui étaient autrefois réservés aux structures de soins, le recours de plus en plus fréquent au CSCoM, ainsi que la prédisposition à générer des formes de soins et d'itinéraires thérapeutiques totalement hybrides et inédits, couplant plusieurs modes de médication, relevant tant de la médecine « traditionnelle » que « moderne ». La maladie étant perçue comme un bouleversement organique individuel mais également collectif et social, la résorption de l'affection est primordiale et nécessite la mobilisation de toutes les ressources à disposition pour le rétablissement de l'ordre personnel, social et cosmique. D'autre part, le métissage entre « traditionnel » et « moderne » est à l'image de l'organisation socio-culturelle des populations, qui abolissent la séparation entre ces deux concepts dans les nombreuses formes d'hybridations créées, gérées et intégrées dans les modes de vie, et jusque dans les pratiques médicales.

Les logiques sous-jacentes relatives au choix du type d'automédication, « traditionnelle » ou « moderne », relèvent de l'expérience du malade et de son entourage : la constitution du malade (qui est en relation avec la « qualité » de son sang), ses habitudes et ses préférences, ou celles de son entourage, le pousseront à choisir telle ou telle médication. Mais la plupart du temps, les acteurs n'hésitent pas à passer de l'une à l'autre selon les résultats, voire à doubler l'une avec l'autre, toujours dans une optique de maximiser les chances de guérison. Au-delà de l'automédication telle qu'elle se pratique dans la sphère familiale, il faut souligner qu'une grande quantité de recours est envisageable afin de résoudre l'épisode morbide : appel à divers types de guérisseurs, pratique des secrets, recours à certaines structures conventionnelles, etc. Tout est mis en œuvre pour résorber l'affection.

Le paludisme étant l'une des maladies les plus courantes et les plus dangereuses sur le continent africain, de nombreuses organisations gouvernementales, nationales et internationales, dont la Coopération Suisse, s'attachent à sensibiliser les populations sur cette endémie. Il s'agit notamment d'insister sur son vecteur, le moustique, et les moyens de s'en protéger, principalement la moustiquaire. Mais les messages de sensibilisation ne sont pas toujours assimilés lorsqu'ils sont véhiculés par ces organisations, tout comme par les divers acteurs de la santé. Il en est ainsi des nombreux messages diffusés à travers les médias : les journaux et la télévision restent peu accessibles, surtout en milieu rural. De plus, ce type de message n'est pas toujours apprécié car ils proviennent pour la plupart de Bamako, la capitale, et représentent souvent des conditions de vie très différentes de celles des villageois ou des familles vivant avec peu de ressources financières, qui ne se sentent alors pas concernés.

Seule la radio, vecteur de communication oral, a plus de chances de toucher effectivement les populations, puisque d'une part elle utilise et respecte les moyens de la « tradition orale », encore très présente, et d'autre part c'est un objet couramment utilisé, jusqu'en milieu rural. Les différents acteurs de la santé, et particulièrement les agents travaillant dans les structures de santé conventionnelles (CSCoM, Hôpital), ne sont pas plus entendus. Ayant reçu une formation dans le domaine biomédical qui ne correspond pas aux représentations locales, leur discours est rapidement stigmatisé.

Si les messages de sensibilisation ne sont pas bien perçus à travers les différentes campagnes de sensibilisation, ni par les agents de santé, il est nécessaire pour ces organisations de trouver d'autres moyens afin d'atteindre les populations locales, tout en respectant les croyances populaires. Ainsi, pour qu'ils soient compris et réappropriés, il faudrait non pas qu'ils viennent de l'extérieur (agents de santé, télévision, ONG), mais qu'ils soient endogènes aux communautés. Pour ce faire, il me semble crucial de déterminer des personnes-ressources parmi les communautés, afin de sensibiliser les populations. Sans vouloir « désinformer » les populations, il s'agirait d'adapter le discours biomédical aux croyances populaires, par exemple en insistant sur le vecteur du moustique et en expliquant qu'il peut transmettre une forme de *sumaya* conséquente : celle qui se rapproche le plus du paludisme biomédical.

En dernier lieu, je désire revenir sur les conditions de cette recherche, qui s'inscrit dans le cadre d'un stage avec l'ONG *Antenna Technologies* et la Direction du Développement et de la Coopération (DDC), institution gouvernementale suisse. Ces deux organes ont grandement influencé le déroulement de la recherche, mais également les objectifs attendus et les résultats obtenus. Ce travail visait non seulement des descriptions et réflexions de type anthropologique, mais une véritable recherche pour répondre aux attentes des différents mandataires. Ainsi, j'ai tenté de présenter une vision plus locale de la maladie, qui pourra être employée pour adapter les campagnes de sensibilisation contre le paludisme ; je me suis également penchée en particulier sur les modalités d'utilisation des plantes médicinales et d'élaboration des remèdes « traditionnels », dans l'optique d'une recherche plus approfondie de certaines d'entre elles.

Aborder les différentes représentations, interprétations et pratiques thérapeutiques populaires permet sans aucun doute de disposer d'une meilleure compréhension des visions et des agissements des populations locales. Il faudrait à présent que les différents acteurs locaux, nationaux et internationaux actifs dans la lutte contre le paludisme prennent en compte et respectent ces connaissances locales, dans leur pratique quotidienne de la médecine, mais également dans l'élaboration de leurs programmes de sensibilisation et de lutte. Une adaptation des discours est donc nécessaire de leur part, afin d'optimiser le taux de réception parmi les communautés locales, qui seront à même de mieux lutter contre l'endémie palustre.



## **Bibliographie**

### Ouvrages et articles

ANDRIAMIRADO Sennen

2003 (2<sup>e</sup> édition 2006).- *Le Mali aujourd'hui*.- Paris : Les éditions du Jaguar

AUGE Marc

1986.- « L'anthropologie de la maladie » in *Revue l'Homme : Anthropologie. Etat des lieux*.- Paris : Ecoles des Hautes Etudes en Sciences sociales et Librairie Générale Française.- pp77-91

AUGE Marc et Claudine Herzlich (Dir.)

1984.- *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*.- Montreux : Editions des archives contemporaines.- pp. 9-186

BENOIST Jean

1996.- *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*.- Paris : Editions Karthala

BONNET Doris

2003.- « Introduction : Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, une question anthropologique » in BONNET Doris et Yannick Jaffré.- *Les maladies de passage : Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*.- Paris : Karthala.- pp. 5-26

1990.- « Anthropologie et santé publique, une approche du paludisme au Burkina Faso » in FASSIN Didier et J-P. Olivier de Sardan (coord.)- *Sociétés, développement et santé*.- Paris : Ellipse

BONTE Pierre et Miche Izard (Dir.)

2000.- *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*.- Paris : PUF

BRUNET-JAILLY Joseph (Dir.)

1993.- *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*.- Paris : Karthala

CHILLIO Laurent

2003.- « Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger) » in BONNET Doris et Yannick Jaffré.- *Les maladies de passage : Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*.- Paris : Karthala.- pp. 427-464

COPANS Jean

2005.- *L'enquête ethnologique de terrain*.- Paris : Armand Colin

COPPO Piero et Arouna Keïta

1990.- *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*.- Trieste : Edizioni E

DIARRA Abdoulay

1999.- *A critical study of the integration and implementation of National Malaria and Schistosomiasis Programmes into Mali's decentralised health system*.- London : London School of Hygiene and Tropical Medicine

DOUGLAS Mary et al.

1998.- *Un corps pur.*- Paris : Editions du Patrimoine

FAINZANG Sylvie

1985.- « Le temps des causes. Réflexions sur la pensée étiologique des Bisa du Burkina Faso » in *l'Ethnographie. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures* N°96-97.- Paris : Société d'ethnographie.- pp.187-196

FASSIN Didier et J-P. Olivier de Sardan (coord.)

1990.- *Sociétés, développement et santé.*- Paris : Ellipse

GHASARIAN Christian

1996.- *Introduction à l'étude de la parenté.*- Paris: Editions du Seuil

HAMPÂTE BÂ Amadou

1992.- *Amkoullel, l'enfant peul.*- Arles : Actes Sud

HELMAN Cecil G.

1984.- *Culture, Health and Illness.*- Oxford, Boston (et al.): Butterworth Heinemann (3e édition réimprimée en 1998)

JAFFRE Yannick

2003a.- « Transmission, prudences et prévention en pays mandé » in BONNET Doris et Yannick Jaffré.- *Les maladies de passage : Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.*- Paris : Karthala.- pp. 29-60

2003b.- « Conclusion. Transmission, prévention et hygiène en Afrique de l'Ouest, une question d'anthropologie de santé publique » in BONNET Doris et Yannick Jaffré.- *Les maladies de passage : Transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.*- Paris : Karthala.- pp. 485-506

1999.- « La maladie et ses dispositifs » in JAFFRE Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.).- *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.*- Paris : PUF.- pp. 41-68

JAMIN Jean

1977.- *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret.*- Paris : F. Maspero (Dossiers africains, dirigés par M. Augé et J. Copans)

KEDZIERSKA Agnieszka et Benoît Jouvelet

2006.- *Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest.*- Paris : Ed. Alternatives

LATERALI Muriel

2005.- *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.- Neuchâtel : Institut d'ethnologie

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre

2003.- *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à l'usage des étudiants.*- Etudes et Travaux n°13.- Niamey : Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL).

2000.- « Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain » in *Revue française de sociologie* Vol. 41 n°3 (juillet-septembre).- Paris : Ophrys.- pp. 417-445

1999a.- « Introduction » in JAFFRE Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.).- *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.*- Paris : PUF.- pp. 7-12

1999b.- « Les représentations des maladies : des modules ? » in JAFFRE Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.).- *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.*- Paris : PUF.- pp. 15-40

1999c.- « Les entités nosologiques populaires internes : Quelques logiques représentationnelles » in JAFFRE Yannick et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.).- *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.*- Paris : PUF.- pp. 71-87

PESSE Julien

2006.- La situation des pratiques traditionnelles de guérison dans le Borgou : chronique d'une mort annoncée ?.- Mémoire de licence en ethnologie.- Neuchâtel : Institut d'ethnologie

ROGER Myriam

1993.- « Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution » in BRUNET-JAILLY Joseph (Dir.).- *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales.*- Paris : Karthala.- pp. 82-125

ROSNY Eric de

1992.- *L'Afrique des guérisons.*- Paris : Ed. Karthala.- pp. 25-46

ROSSI Illario

1999.- « Société en mouvement, soins en mutation » in *L'Ecrit* N°20 Mai 1999.- Prilly-Lausanne : Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA).- pp. 2-3

1997.- "L'anthropologie médicale entre théorie et pratique"- *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* 1-2 (26), p. 2-9

ROUAMBA Amadou

1985.- *Les guérisseurs de la forêt sacrée. Croyances et rites thérapeutiques bambara dans le Beledugu au Mali.*- Thèse de doctorat de 3<sup>e</sup> cycle.- Bamako : Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales

SINDZINGRE Nicole

1984.- « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » in AUGE Marc et Claudine Herzlich (Dir.).- *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.*- Montreux : Editions des archives contemporaines.- pp. 93-122

SCHÜTZ Alfred

1987.- *Le chercheur et le quotidien : phénoménologie des sciences sociales.*- Paris : Méridiens Klincksieck

SOFOFORA Abayoni

1996.- *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique.*- Paris : Ed. Karthala

ZEMPLINI Andra

1994.- « Savoir-taire : du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres » in *Gradhiva* N° 20.- Paris.- pp. 23-41

### Liens et articles publiés en ligne

Site de l'ONG *Antenna Technologies* : [www.antenna.ch](http://www.antenna.ch)

Comporte de nombreux articles sur les programmes et les études réalisées par *Antenna* au Mali.

FAYE Sylvain Landry et al.

2006.- « Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu rural sénégalais : un effet de la pauvreté ? », in *African Population Studies*, supplément A du volume 19 (avril 2006), publié en ligne sous : <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5819/1/ep04028.pdf>

JAFFRE Yannick

2006.- « Pharmacies des villes, pharmacies par terre » in *Le bulletin de l'APAD*, n° 17, *Anthropologie de la santé*, mis en ligne le 4 octobre 2006 sous : <http://apad.revues.org/document482.html>

LARTIGAU-ROUSSIN Céline

2004.- « De l'harmonie dans le soin » in *Face à Face.*- Université de Bordeaux, publié en ligne sous : [http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero\\_6/articles/lartigau/lartigau.htm](http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero_6/articles/lartigau/lartigau.htm)

Organisation Mondiale pour la Santé (OMS)

2003a.- *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays. République du Mali. 2003-2007.*- OMS, disponible en ligne sous : [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mli\\_fr.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mli_fr.pdf)

2003b.- *La Déclaration d'Abuja et le plan d'action.* Disponible en ligne sous : [http://www.rbm.who.int/docs/abuja\\_declaration\\_fr.pdf](http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration_fr.pdf)

Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD)

2001.- *Rapport mondial sur le développement humain.* Disponible en ligne sous : <http://www.ml.undp.org/>

Sur le beurre de karité : <http://www.sheabutter.com/FrShea/index.htm>

## Illustrations

Page de titre : « Pharmacopée africaine », arbre Balanzin et marché de Sikasso (photos de l'auteur, 2007). Image extraite du site [www.agencetropiques.ch](http://www.agencetropiques.ch), *Magische Reise*.

Carte de l'Afrique de l'Ouest : [www.hrv.org](http://www.hrv.org)

Carte de la République du Mali : [www.afrique-planete.com](http://www.afrique-planete.com)

Carte de la Région de Sikasso : [www.africanum.ch](http://www.africanum.ch)



## **Annexes**

### **1. Situation géographique:**

- 1.1. Carte de l'Afrique de l'Ouest*
- 1.2. Carte de la République du Mali*
- 1.3. Carte de la Région de Sikasso*

### **2. Fiches utilisée durant l'enquête :**

- 2.1. Fiche d'identification pour le village et le quartier*
- 2.2. Fiche d'identification pour les familles*
- 2.3. Grille d'entretien pour les familles*
- 2.4. Liste des personnes interrogées*

### **3. Liste des arbres recensés durant l'enquête**

### **4. Chronogramme des activités**

# 1. Situation géographique

## 1.1. Carte de l'Afrique de l'Ouest



## 1.2. Carte de la République du Mali



## 1.3. Carte de la Région de Sikasso



## **2. Fiches utilisées durant l'enquête :**

### *2.1. Fiche d'identification pour le village et le quartier*

#### Identification

- Dénomination
- Situation géographique (village : commune, arrondissement)
- Historique, rôle socio-économique (quartier uniquement)
- Ethnies recensées
- Langues recensées

#### Accessibilité (pour le village uniquement)

- Distance du chef-lieu d'arrondissement
- Moyens de transport et temps

#### Démographie

- Nombre d'habitants : hommes, femmes, enfants
- Nombre de concession, moyenne d'habitants/concession
- Mouvements migratoires récents

#### Structures sociales

- Coopératives, associations
- Ecoles primaire/secondaire/lycée publique, privée, coranique, médersa, centre d'alphabétisation, école/centre professionnel
- Marché, boutiques, ateliers
- Lieux religieux : mosquée, église, fétiche
- Ressource en eau : puits, forage, marigot, mare, fleuve, rivière
- Parcs à bétail, aire d'abattage
- Présence de projets de développement, ONG et associations présentes (nationalité)

#### Structure de santé

- Centre de santé

- Dispensaire (type : CSCOM...)
- Maternité
- Pharmacie, dépôt de médicaments (niveau quantitatif et qualitatif)
- Accoucheuse (traditionnelle ou traditionnelle recyclée)
- Tradithérapeute (nombre, genre, spécialités/domaine)
- Tablier, pharmacopée traditionnelle

## *2.2. Fiche d'identification pour les familles*

### Identification

- Quartier/village
- Nom du chef de ménage
- Ethnie, langue, religion
- Type d'habitation et nombre de pièces

### Données démographiques

- Nombre d'individus (hommes, femmes, enfants)
- Âge et position dans la famille

### Données socio-économiques

- Nombres de personnes ayant été/étant scolarisé (école primaire/secondaire publique ou privée, école coranique, médersa). Répartition Homme-Femme.
- Principale activité socio-économique du chef de ménage
- Autres sources de revenus
- Evaluation subjective de l'enquêteur

### Conditions d'hygiène

- Approvisionnement en eau (saison sèche/hivernage)
- Système d'évacuation des excréments (latrines, etc.)
- Dépôt d'ordures

### 2.3. Grille d'entretien pour les familles

#### 1.- LA MALADIE ET LE CORPS

Y a-t-il souvent des malades dans la famille/la concession ? (Fréquence)

Quels sont les maux les plus fréquents ?

A quel type de maladie sont associés ces maux ?

S'il y a un malade dans la famille, vers qui vous tournez-vous ? (Automédication, tradipraticien, Cescom...)

> *Qu'est-ce que la maladie ?*

*Comment est-elle perçue et comprise ?*

*Où est-elle localisée dans le corps ? (Ventre, sang,...)*

*Existence d'Entités Nosologiques Populaires Internes (Olivier de Sardan.*

*Quelles sont les conséquences au niveau individuel, familial et sociétal de la maladie ?*

#### 2.- LE PALUDISME

Comment reconnaître le paludisme d'une autre maladie ? (Symptômes)

Comment reconnaître un paludisme simple d'un grave ? (Symptômes)

Comment appelle-t-on le paludisme (nosologie : *sumaya, kono*)?

Où est localisé le paludisme dans le corps ? (Ventre, sang,...)

D'où vient le paludisme (étiologie) ?

Quels sont les vecteurs de la maladie ?

Comment attrape-t-on le paludisme ?

Quelles peuvent être les causes de la maladie ?

Le paludisme peut-il se transmettre ? Y a-t-il des risques de contagion ?

Y a-t-il des attitudes d'évitement face aux malades du paludisme ?

Qui sont les personnes les plus touchées par le paludisme simple/grave ?

Est-ce que le paludisme touche beaucoup de personnes dans la famille ?

A quelle période recense-t-on le plus de cas de paludisme ?

> *Connaissances générales sur le paludisme, représentations.*

*Evaluation des symptômes qui permettent d'aboutir au diagnostic.*

*Repérer la gestuelle associée au diagnostic.*

### 3.- LE PALUDSIME DANS LA FAMILLE

Lorsqu'on ne se sent pas bien, lorsqu'on est malade, à qui s'adresse-t-on dans la famille ?

Qui sait détermine que c'est un paludisme simple/grave ?

S'il y a un malade du paludisme (simple/grave) dans la famille, vers qui vous tournez-vous ?  
(Automédication, tradipraticien, CSCOM...)

Dans le cas d'une automédication, qui décide des soins à faire ?

Lesquels (plantes traditionnelles, médicaments modernes) et quand (1<sup>er</sup> traitement, 2<sup>e</sup> traitement, 3<sup>e</sup> traitement) ?

### 4.- LES REMEDES

Qu'est-ce qui est administré lors d'un paludisme simple/grave ?

*Médecine « traditionnelle » :*

Extrait de plante, de minéral, de parties animales ?

Nom, dosage, préparation, posologie.

Lorsqu'on prépare ces remèdes, faut-il être dans un contexte particulier ? (Lieu, pureté, ...)

Où trouve-t-on ces substances ? (Jardin personnel, voisin, dépôt, marché,...) En faites-vous une réserve à domicile ?

Quelles sont les chances de « réussite » ?

Savez-vous si on a fait des études sur les plantes médicinales et les remèdes ?

Des médecins blancs, des universitaires de Bamako et des professionnels du Département des Médecines Traditionnelles sont venus dans la région pour étudier les plantes médicinales et leurs effets. Le saviez-vous ? Savez-vous quelles plantes ils ont étudié ?

*Dans le cas d'une réponse concernant Artemisia (gnenidjeni) :*

Utilisez-vous cette plante ? Comment (dosage, préparation, posologie)? Depuis quand ?

Pensez-vous que cette plante soit plus efficace que les autres ? Pourquoi ?

*Médecine « occidentale », biomédecine :*

Utilisez-vous des médicaments « occidentaux » ?

Lesquels ? Pourquoi ?

Où vous les procurez-vous ? (Pharmacie, marché, voisins, CSCom,...)

Entre remèdes traditionnel et comprimés, que préférez-vous utiliser ? Pourquoi ?

Selon vous, les comprimés sont-ils plus/moins efficaces que les remèdes à base de plantes ?  
Quelles différences entre ces deux moyens thérapeutiques ? Comment agissent-ils ?

> *Traitements.*

*Utilisation et représentations des traitements traditionnels/modernes.*

## 5.- LA PREVENTION

D'après vous, est-il possible d'éviter le paludisme ?

Connaissez-vous des moyens techniques ou des remèdes préventifs pour éviter le paludisme ?

Quels moyens utilisez-vous ? Pourquoi ?

Dormez-vous sous une moustiquaire ? Pourquoi ?

Existe-t-il des remèdes/médicaments pour éviter de tomber malade ?

Où trouve-t-on ces remèdes ?

Peut-on les préparer soi-même ? Où trouve-t-on les substances nécessaires à leur préparation ?

Nom du remède, nom des substances, dosage, préparation, posologie.

Connaissez-vous des gens qui vendent ces produits ? Où ? (Domicile, marché, rue, tradipraticien...)

Utilisez-vous aussi des médicaments de la biomédecine pour une médication préventive (vitamines) ?

## 6.- LA TRANSMISSION DE CONNAISSANCES

D'où vient la connaissance de ces remèdes ?

Qui détient ces connaissances et à qui les transmet-on (filiation) ?

## ***2.4. Liste des personnes interrogées***

### Familles interrogées dans le village de PIMPERNA

Famille Diamouténé : Chef de Village + Vieille

Famille Diamouténé Massala : Chef de famille avec 2 chefs de ménage

Famille Coulibaly : Chef de famille avec 2 chefs de ménage + Femmes

Famille Coulibaly Massala : Vieille

Famille Diallo peul : Adjoint au chef de famille

Famille Zanga : Chef de famille avec un de ses frères

Famille Coulibaly : Hommes + Femmes

Famille Diamouténé : Chef coutumier avec femmes

Guérisseurs : Soumaïla Diamouténé, Chef Famille Dogon, Daouda Ouattara

*Total familles : 8*

*Total guérisseurs : 3*

*Total interviews formels : 13 (3 F, 2 HF, 5 H, 3 G), et de nombreux entretiens informels...*

### Liste des familles interrogées dans le quartier deMANCOURANI

Mancourani A.1 : Bamba H+F, Koné H+F, Konaté H+F, Traoré H+F, O. Traoré H+F

Mancourani A.2 : Bamba F, Koné H+F, Konaté H+F, Traoré H+F, Traoré F

Mancourani B.1 : M. Traoré H+F, Diallo H+F, Sanogo H+F, Diabaté H+F, Camara H+F **1**

Mancourani B.2 : Diallo H+F, Sanogo F, M. Traoré F, Diabaté H+F, Camara H+F

Guérisseur: Sidi Moktar Keita

*Total familles: 10*

*Total guérisseur: 1*

*Total interviews formels: 37 (16 H, 20 F, 1 G)*

***Total familles: 18***

***Total guérisseur: 4 (3 village, 1 ville)***

***Total interviews formels: 50 (1/4 village, 3/4 quartier)***

### 3. Liste des arbres recensés durant l'enquête

NOM	EXTRAIT	MALADIE
1. Bagha :	R	vs mara.
2. Banlazin :	E	vs sumaya. Aussi F et R (séparément).
3. Balibo :	F	vs plusieurs sumaya.
4. Bamiflato/Bari :	E+R	vs sayi.
5. Baobab :	G	vs sumaya.
6. Barufu/Kwobara :	E+R	prévention, vs sumaya et sayi.
7. Bruron/Nitiuroki :	R+F	vs sumaya et sayi jaune.
8. Bwobulu :	F	vs sayi jaune (avec N'té et Nankalama).
9. Caïcédrot/Jala	E	
10. Fimpi/Yoro :	R	vs sayi blanc.
11. Gnenidjeni/Wufuri :	Plante	vs sumaya et sayi.
12. Golobe :	F	
13. Jibarani	E	vs sumaya et furudimi.
14. Ju :	F	vs sumaya.
15. Karité:	F,	vs sumaya.
16. Kolokolo :	F	vs sumaya.
17. Kunge :	F	vs sumaya.
18. Kwosafine :	F	vs sumaya (très reconnu, dans les concessions).
19. Maliyiri/Sumayayiri	F	anciennement utilisé vs sumaya.
20. Manguier :	F, E	vs sumaya.
21. Mani :	R	vs furudimi.
22. Mugani/Mugon :		
23. Nagakin :		vs sumaya.
24. Nankalama :	F+E	vs sayi jaune (avec Bwobulu et N'té).
25. Néré:	E	vs mara.
26. N'té :	E+G	vs sayi jaune (avec Bwobulu et Nankalama).
27. N'tomi :		vs sumaya.
28. Samaculo :	R en poudre	vs mara.
29. Shisne :	E+F	
30. Sindjan/Sinsanfini :	R en poudre	prévention, vs sayi.
31. Surafinzan/Sokorodje :	E poudre, F	vs koko, vs sumaya.
32. Suramugon/Bambafini :	F	vs sumaya et sayi jaune.
33. Tege :	F	vs sayi.
34. Tiekela :	F	vs mara.
35. Turubara/Huhué :	F, R	vs sumaya, vs sayi.
36. Turusabanonfon/Kurusamanonfon :	F	
37. Wulumpi :	F	vs sumaya.
38. Faliculo (BF) :	R en poudre	vs mara.
39. Sabanere/Samanere :	E+R	vs sayi.
40. Neremagana/Flamboyant	F	vs sumaya chronique.
41. Papayer :	G poudre, F	vs sumaya.
42. Popo (tege ?):	F	vs sayi.

F = Feuille, R = Racine, E = Ecorce, G = Graine

**Institut d'ethnologie**

Faculté des lettres et des sciences humaines

- Rue Saint-Nicolas 4
- CH-2000 Neuchâtel
- <http://www.unine.ch/ethno>

**4. Chronogramme des activités**

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Préparation du terrain						
Prise de contact avec les partenaires						
Prospection documentaire						
Mise en place de l'enquête rurale						
Enquête de terrain en milieu rural						
Analyse des données de l'enquête rurale						
Rédaction du rapport intermédiaire						
<i>Vacances</i>						
Mise en place de l'enquête urbaine						
Enquête de terrain en milieu urbain						
Analyse des données de l'enquête urbaine						
Rédaction du rapport de fin de stage						

Cellules grises : phase de préparation en Suisse

Cellules rouges : phase de préparation et de terrain au Mali

Cellules orange: vacances