

Sous la direction de
Jean Benoist

Médecin et anthropologue
Laboratoire d'Écologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

(1996)

SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Jean Benoist, anthropologue

SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical.

Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 pp. Collection : Médecines du monde.

[Autorisation formelle accordée le 20 décembre 2008 par M. Benoist et la maison d'édition KARTHALA de Paris de diffuser ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : oj.benoist@wanadoo.fr
karthala@orange.fr

URL: <http://www.karthala.com/index.php>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

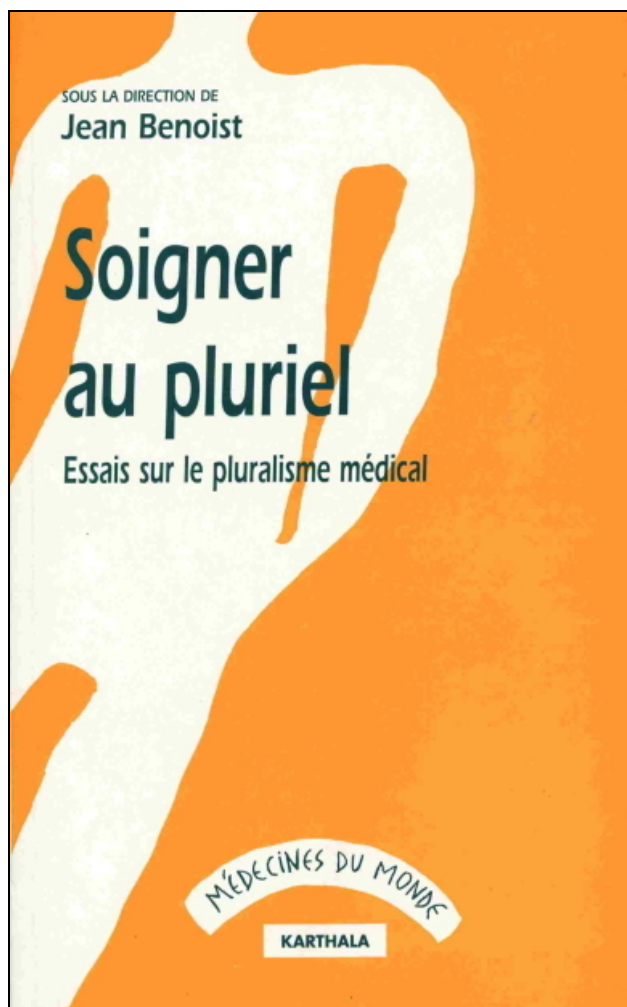
Édition numérique réalisée le 19 janvier 2009 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Sous la direction de
Jean Benoist

Médecin et anthropologue
Laboratoire d'Écologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.



Paris : Les Éditions Karthala, 1996, 520 pp. Collection : Médecines du monde.



Nous voulons remercier la direction de la maison d'éditions parisienne, **KARTHALA**, de nous avoir donné son autorisation, conjointement avec celle de l'auteur, M. Jean Benoist, de diffuser le texte intégral de ce livre, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, dans Les Classiques des sciences sociales.

Merci de votre confiance en nous et longue vie aux Éditions Karthala.



Courriels : Jean Benoist : oj.benoist@wanadoo.fr
Éditions Karthala : karthala@orange.fr

URL : <http://www.karthala.com/index.php>

Merci,

Jean-Marie Tremblay, sociologue.
Fondateur et PDG, [Les Classiques des sciences sociales](#).
19 janvier 2009.

Table des matières

[Remerciements](#)
[Index thématique](#)
[Index des noms](#)

Jean Benoist. [Introduction](#) : Singularités du pluriel ?

[Première partie](#) **Rencontres de sociétés**

Bernard Taverner. [Chapitre I](#). *La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais.*

Jean Chapuis. [Chapitre II](#). *L'identité dans le prisme de la maladie et des soins.*

Odina Sturzenegger. [Chapitre III](#). *L'indien comme thérapeute créole.*

Jean Benoist. [Chapitre IV](#). *Carrefours de cultes et de soins à l'île Maurice.*

Patrice Cohen. [Chapitre V](#). *Manger le pluriel à l'île de la Réunion.*

[Deuxième partie](#) **Présence du religieux**

Armelle Jacquemot. [Chapitre VI](#). *L'umbanda et ses malades dans le champ médical brésilien.*

Saadia Radi. [Chapitre VII](#). *Les maux entre Dieu, les génies et les hommes.*

Evelyne Micollier. [Chapitre VIII](#). *Entre science et religion, entre modernité et tradition: le discours pluriel des pratiquants du gigong.*

Stephen C. Headley. [Chapitre IX](#). *Notes sur les types de soignants à Java.*

Troisième partie
Frontières de la biomédecine

Alice Desclaux. [Chapitre X](#). *De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant.*

Anne Bargès. [Chapitre XI](#). *Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali.*

Pascal Cathébras. [Chapitre XII](#). *Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme.*

Nicole Vernazza-Licht. [Chapitre XIII](#). *Face au sida, les recours parallèles...*

Quatrième partie
Choisir ou concilier

Alain Epelboin. [Chapitre XV](#). *Possession par des djinns en région parisienne.*

Frédéric Bourdier. [Chapitre XVI](#). *Rencontres thérapeutiques dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine masala dans les stratégies de soins.*

Yves Lemaitre. [Chapitre XVII](#). *Médecines en contact à Tahiti.*

Jean Benoist. [Conclusion](#) : *Prendre soins*

SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical.

REMERCIEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

Les travaux du programme « Pluralisme médical » du laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie de l'Université d'Aix-Marseille ont reçu l'appui de nombreux organismes d'aide à la recherche, que nous tenons à remercier : ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida), AUPELF (Association des universités partiellement ou entièrement de langue française), CNRS (GDR Océan Indien), ministère des DOM-TOM (Programme CORDET), CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Cientificas y técnicas, Argentine), Wenner-Gren Foundation, ministère de la recherche et de la technologie (Programme d'allocations de recherche). Quelques chercheurs de l'ORSTOM (J.-F. Werner) et du CNRS (A. Epelboin, Y. Lemaitre, S. Headley) ont bien voulu enrichir de leurs travaux les résultats de ce programme.

Cet ouvrage a été réalisé avec le concours d'AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé), 14, rue Dauvillé, 31000 Toulouse.

SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical.

INDEX THÉMATIQUE

[Retour à la table des matières](#)

- Accessibilité; accessibilité culturelle; accessibilité économique.
- accouchement.
accoucheuses; *dai*; matrones; sage-femme.
cordon ombilical; section du cordon; placenta.
grossesse; avortement.
nourrissons; sevrage; fontanelle.
stérilité.
- Afrique.
Afrique du Sud.
Burkina-Faso; Ouagadougou; Bobo Dioulasso.
Côte-d'Ivoire; Abidjan.
Égypte.
Gambie.
Mali; Bamako; Macina; Mande; Ségou.
Maroc; Khénifra.
Rwanda.
Sénégal; Dakar; Pikine.
- alimentation; alimentation de l'enfant; aliments déconseillés; choix alimentaires; cuisine indienne; diététique; épices; nourriture; nutrition macro-biotique; *rasam*; régime alimentaire.
- amulette; amulette coranique.
ancêtres.
animaux; animaux sacrificiels.
Antilles; Martinique.
apprentissage.
Arabie saoudite; la Mecque; Médine.
Argentine; Chaco; Formosa; Las Lomas; Salta.
assistante sociale.
astrologie; astrologues.
Auto-médication.
- Baraka.
Brésil; Bélem.
- Caste.
chamanisme.
chant; chant magique.
charlatans.
Chine.
Chinois.
choix thérapeutiques.
comités de santé.
complémentarité des médecines.

Coran.

cornes; cornes d'antilope; cornes de mouton ou de chèvre.
corps; équilibre du corps; conception du corps.
cosmogonie indienne.
cosmos.
Créoles.
créolité, créolisation.
cultes thérapeutiques.

Destin.

dharma.
dieux et esprits; esprits de guérison; esprits des morts. Christ. dieux et esprits de l'Inde:
Ayianar, *gramadevatas*, Kala; Krishna; Mariamman; *muni*; *jadamuni*; *pey*; *peypisasu*; Siva; Visnu.
djinn; diables; *jinè*; *jina*; *jinata*.
joloks.
Saint-Esprit; Satan.

divination; devin; devin-guérisseur; géomancies; *kodagu*.

Dominicains.

Efficacité; évaluation.

éléments explicatifs.
énergies; énergie vitale.
ensorceleurs.
épidémies.

étiologie; agents infectieux; agents physiques; agissements malfaisants; étiologie des maladies infantiles; chaud/froid; consommation de hyène, de caméléon; consommation de lait ; djinn; impureté; mauvais destin; mauvaise circulation du sang; mauvaise alimentation; mauvais oeil; mauvais sort; « morsure » de moustiques; vol de l'âme; ruptures d'interdits; souillures; théorie humorale; ver.

Européens.

évaluation de la gravité.
évangélisation.
exorcisme.

Formules; formules magiques; formules islamiques.

Grande-Bretagne; usagers des médecines parallèles.

groupes ethniques; communalisme; communication interethnique; barrières ethniques.

Amérindiens; Arawak; Emerillon; Galibi; Matacos; Palikur; Pilagas; Wajampi; Wajana.

Bambara.

Dogon.

Franco-Mauriciens.

Gourmantché.

Hàïtiens.

Hmong.

Lobi.

Malbar.

Malgaches.

Malinké.

Malgaches.

Mâ'ohi.

Mossi.

Noirs Marrons; Boni; Saramaka.

Samo.

Soninké.

Syro-libanais.

Tamouls.

Guyana.

Guyane; Cayenne; Kourou; Maripasoula; Maroni; Oyapok.

Homéopathie.

hôpital; équipe soignante hospitalière; clinique privée.

hygiène.

Ile Maurice; Mauriciens.

- impureté.
- incantations.
- Inde; indianité; Indiens. Gujerat.
 - Inde du sud; Andhra Pradesh; Karnataka; Kérala; Tamil Nadu; Bangalore; Coimbatore; Madura; Nilghiris.
- Indonésie, Bali; Java; Indonésiens; Surakarta.
- initiation.
- interdits; interdits alimentaires.
- invocations.
- itinéraires diagnostiques et thérapeutiques.
- Japonais.
- Karma*.
- Liban; Libanais.
- lieux de culte : temples; temples hindous; *terreiro*; tombe de saints musulman.
- logiques sociales; logiques de recours; logiques de soin.
- Madagascar.
- maître; maître coranique.
- maladies.
 - abcès.
 - accidents.
 - albuminurie.
 - alcoolisme.
 - allergies.
 - amaigrissement.
 - angines.
 - anthrax.
 - arthrites.
 - asthme.
 - bless*.
 - blessure.
 - calcul rénaux.
 - cancer.
 - choléra.
 - coma.
 - convulsions.
 - dermatose.
 - diabète; coma diabétique.
 - diarrhée; diarrhée de l'enfant.
 - douleurs d'estomac.
 - dysenterie.
 - empoisonnement.
 - entorse.
 - épilepsie.
 - éruption cutanée.
 - fièvre; fièvre jaune.
 - filariose.
 - fractures.
 - grippe; grippe espagnole.
 - hémorragies.
 - hépatite.
 - herpès.
 - impuissance.
 - infarctus.
 - insuffisances respiratoires.
 - lèpre; *banaba*; *kuna*.
 - méningite.
 - métrorragies.
 - paludisme.
 - maladies psychiatriques: folie; hallucinations; troubles du comportement.
 - maladies tropicales.
 - maladies vénériennes.
 - malnutrition; kwashiorkor; marasme.
 - morsure de serpent.
 - oedème.
 - otite.
 - paralyse.
 - plaies; plaies abdominales; plaies dans la bouche; plaie de l'anus.
 - pathologies héréditaires;
 - piqûre de raie;
 - pneumocystose;
 - rhumes.
 - sibbiru*.
 - sida.
 - syndrome de Lyell.
 - soj*.

- syphilis.
- varicelle.
- vomissements.
- toux.
- toxoplasmose; toxoplasmose cérébrale.
- tuberculose.
- typhoïde.
- ulcère.
- utu'a*.
- variole.

- maladie du médecin.
- maladie surnaturelle.
- maladie-frontière.
- maladies de Dieu.
- maladies des Blancs.
- maladies matérielles.
- maladies opportunistes.
- maladies spirituelles.
- mana*.
- mantras.
- Marseille.
- masala*.
- médecines.
 - médecine chinoise.
 - médecine islamique.
 - médecine indienne: ayurveda; siddha.
 - médecine javanaise.
 - médecine coloniale.
 - médecine créole.
 - médecine tahitienne.
- médecine moderne.
- médecine traditionnelle.
- médecines parallèles.
- médicaments et produits utilisés à des fins thérapeutiques; effets secondaires; médicaments européens; médicaments tahitiens.
- alcool.
- amphétamines.
- antibiotiques.
- atropine.
- baumes.

- bougies vierges.
- cortisone.
- eau distillée.
- gingembre.
- homéopathiques: granules; lactose; teintures-mères.
- huile de ricin.
- karité (graisse de).
- mercure.
- métaux.
- minéraux.
- paracetamol.
- placebo.
- polyvitamines.
- pommade.
- thymus.
- vitamines.

- méditation.
- médiumni.
- médiums.
- métissage.
- modèle explicatif de la maladie.
- modernité.
- mort; mort subite; mort violente.
- mosquée.
- musique; sons; usage des sons; musiciens.

- Nosologie; nosologie populaire.
- Nouvelle-Zélande.

- Observance.
- offrandes.

- Paquets de magie; *payés*.
- Paraguay.
- parfum.
- pathocénose.
- pédiatrie.
- perception de la maladie.
- père Laval.
- pères et mères de saint umbandistes.

- pharmacie; pharmacie familiale; pharmacien; préparations pharmaceutiques.
- pharmacopée; pharmacopée chinoise et européenne; pharmacopée tahitienne; plantes médicinales; préparations à base de plantes; quinquéliba.
- Philippines.
- plantations; plantation sucrière; société de plantation.
- pluralisme médical; pluralisme médical chinois.
- pluralisme thérapeutique; par les médecins.
- Polynésiens.
- possession; danseurs possédés.
- prêtres catholiques; pasteurs.
- prévention.
- prière.
- purification; purification par le théâtre d'ombre.
- Qigong.
- quête thérapeutique.
- Relation médecin-malade.
- religions.
- bouddhisme.
 - christianisme; anglicans; catholicisme; charismatiques; église adventiste; église évangélique; église indienne; églises pentecôtistes; église protestante.
 - cultes chinois; confucianisme; taoïsme.
 - hindouisme; tantrisme.
 - islam.
 - judaïsme.
 - kardécistes.
 - macumba.
 - mennonites.
 - spiritisme.
 - taoïsme.
- témoins de Jéhovah.
- représentations de la maladie.
- Réunion.
- rituels.
- Sacrifice.
- Saint-Luciens.
- saints; saints catholiques.
- sang.
- santé publique.
- sectes.
- sens.
- soins de santé primaires.
- songes.
- sorcellerie; *quimbois*.
- sorciers; sorcière; sort.
- sperme.
- suicide.
- Surinam.
- Surinamiens.
- syndromes.
- système de santé.
- Tahiti.
- techniques de diagnostic : échographie; endoscopie; pouls; pression de la plante du pied; radiographie; scanner; voyance.
- techniques de soin; acupuncture; application de charme en papier; bain; chirurgie; injection; massage; manipulations corporelles; méthode Kousmine; méthode Simonton; ostéopathie; psychothérapie; pointes de feu; reflexothérapie; rites thérapeutiques; relaxation; soins d'hygiène; sucdon; vertébrothérapie; scarification; thérapie umban-diste.
- Terre-Neuve.
- théâtre d'ombres.
- types de soignants.
- acupuncteur.

bénisseuse.
chaman; *pïjai*.
chirurgiens.
désenvouteurs.
docteur-feuille.
espíritus de sanidad.
fqih.
guérisseurs; guérisseurs créoles;
guérisseurs de djinn; guéris-
seur-marabout.
herboristes; ta'ata râ'au.
homéopathes.
infirmières; infirmiers.
longanistes.
magnétiseur.
maître-thérapeute.
marabout; marabouts mourides.
masseur ta'ata taurumi.
masseur.
médecin; médecins coloniaux; mé-
decins de marine; médecins et
pharmaciens chinois; médecin
hygiénistes; médecin militaires.
psychiatre.
pusari.
radiologue.
rebouteux.
religieuses.
soignant-lépreux.
sorcière-thérapeute.
tahu'a; tahu'a exorciste.
thérapeute indien.
thérapeute islamique.
thérapeutes manuels ruraux.
thérapeute umbandiste.
tradipraticiens.
trésors nationaux.

Urbain (anthropologie en milieu).
usages sociaux de la maladie.

Vaccination.

SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical.

INDEX DES NOMS

[Retour à la table des matières](#)

Ackerknecht I.	Capron J.	Duboz P.
Adahone T.	Cartry M.	Dumont L.
Amselle J.L.		Dunn F.L.
Andoche J.	Cathébras P.	Durand D.
Arliaud M.	Chalifoux J.J.	
Arps B.	Chapuis J.	Ekeland I.
	Chérubini B.	El-Bokhari.
Bachelard G.	Cognat A.	Eliade M.
Barsky A.J.	Conan E.	Elvin M.
Barthes R.	Cook J.	
Bastide R.	Coreil J.	Fainzang S.
Beals A. R.	Corin E.	Fassin D.
Benoist J.	Cornillot P.	Favre I.
Bentley M.E.	Coudreau H.	Flick U.
Bibeau G.	Crapanzano V.	Follereau R.
Blackman W.S.	Crevaux J.	Furnham A.
Boericke W.	Cros M.	
Bonnet D.		Gautiez D.
Boomgaard P.	De Jauréguiberry H.	Geertz C.
Bossert T.	Defert D.	Girdarlall
Bouchayer F.	Del Rio C.,	Gleize P.
Boughali M.	Descartes R.	Good B.J.
Bourdier F.	Desclaux A.	Goody J.
Bourdieu P.	Desjeux D.	Gourevitch M.
Bousquet G.-H.	de Souza M.A.	Gourvil E.
Byam W.	Diarra T.	Grenand P.
	Diouf M.	Guerrant R.L.
Calmont R.	Dommergues J.P.	Gunson N.
Calvo M.	Douglas M.	
Camargo P.	Doutté E.	Headley S.
Campion E.W.	Dubois M.C.	Heidegger M.

Hélary J.P.	Montero P.	Schraub S.
Héritier F.	Montiel E.	Seidel A.
Hurault J.	Morel M.F.	Simms M.
	Mouren-Lascaux P.	Simongiovani J.
Illich I.	Mull J.D.	Sorel F.P.G.
Imperato P.J.		Stoner B.P.
	Nardonne J.	Sturzenegger O.
Jaffré Y.	Nathan T.	
Janzen J.	Ndione E.	Sussman L.K.
Jeambrun P.	Nichter M.	swami Sivananda
Jeannée E.		swami Venkatesananda
Jolivet M.J.	O'Connor B.	
Jordaan R.E.	Ortignes M.F et E.	Taylor C.
Julliard A.	Ortiz R.	Tessier S.
		Thas J.J.
Jurg A.	Packard R.M.	Thom R.
	Panoff M.	Thomas K.J.
Keeler W.	Paré A.	Tissot M.
Kermorgant J.	Pelto G.H.	Turner V.
King R.	Pelto P.J.	
Kleinman A.	Perrin M.	Valentin M.
Knipschild P.	Petitot-Cocorda J.	Valentine C.
Kurz C.	Pietroni P.C.	Valette A.
	Piulats O.	Van Dam F.
Lafrance N.	Pollak M.	Vandermeersch L.
Lallemand S.	Press I.	Vaugelade J.
Laplantine F.		Verdier Dr.
Le Moal G.	Quéniart A.	Vuarin R.
Leslie C.		
Lévi-Strauss C.	Rabeyron P.L.	Weber M.
Levy-Brühl L.	Rehse A.	Weck W.
Licht N.	Rémond R.	Werner J.F.
Loux F.	Rezkallah N.	Westermarck E.
	Richet P.	Wisner B.
Mayer J.F.	Rivers W.	Wittgenstein L.
McAuliffe J.F.	Rodenas P.	
Mees G.	Rodriguez M.	Yanka B.
Merleau-Ponty M.	Roe M.	Yoder S.
Meyer F.		Young A.
Micollier E.	Salem G.	
Millogo J.	Sankara M.	Zempléni A.
Mollier C.	Schlenzig C.	
Monod T.	Schorling J.B.	

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

INTRODUCTION

Singularités du pluriel ?

Par Jean Benoist

« Dialectiser la pensée, c'est augmenter la garantie de créer scientifiquement des phénomènes complets, de régénérer toutes les variables dégénérées ou étouffées que la science, comme la pensée naïve, avait négligées dans sa première étude. »

G. Bachelard, La philosophie du non, p. 17

[Retour à la table des matières](#)

Si cette phrase de Bachelard ouvre ce volume, c'est en raison de sa pleine harmonie avec la trame de ce qu'il expose. Nous visons ici, à travers la multiplication des angles de vue, à « régénérer » des « variables étouffées » qui participent au jeu complexe qui se déroule autour de la maladie, des soins et des demandes qu'elle suscite et des mille façons qu'ont les sociétés de lui répondre. Mais la pensée en ce domaine doit procéder à partir de faits, approchés d'aussi près que le permettent les méthodes de la recherche, les affinités des chercheurs, et les mouvements du réel. Il s'agit donc ici de relever comment, dans des sociétés très diverses, se construisent les rapports à la maladie et aux soins, et de suivre la façon dont cohabitent souvent des pratiques différentes. Mais le « pluriel » qu'évoque le titre du livre va plus loin ; il est lui-même porteur de sens multiples : pluriel des conduites, pluriel des thérapeutes, pluriel des étiologies, mais aussi pluriel des concepts. Les points de vue univoques voient avant tout dans ces pluriels une confusion, qu'ils opposent à des situations nettes où le dessin de la maladie, de

son étiologie et de son traitement est fait d'un trait unique. Les anthropologues ont depuis longtemps constaté que les oppositions ne sont pas aussi tranchées, et qu'ici comme ailleurs les tracés sont multiples et les contradictions bien assumées.

Nous avons donc choisi délibérément d'observer des situations où le « pluriel » prend forme, d'une façon qui varie d'ailleurs d'un site à un autre. Nous avons beaucoup attaché de prix à des observations soignées, de longue durée, qui permettent d'accéder au côté d'ombre des choses, sans le nier ni le privilégier, car c'est de ce côté-là que souvent se concilient les inconciliables. L'observation de l'anthropologue est d'autant plus difficile qu'elle ne peut pas se concentrer comme celle du naturaliste sur un objet directement cernable. Elle ressemble plutôt à celle du chat, apparemment somnolent mais attentif à tout, et qui sait reconnaître des signes dans les plus subtils frémissements de ce qui l'entoure.

Aussi ce livre est-il d'abord issu de « terrains » divers, qui ont été pour chacun de ceux qui les présentent non seulement une démarche intellectuelle mais aussi une tranche de leur vie. L'étude des dimensions sociales et culturelles de la maladie croise et recroise une frontière imprécise qui se révèle finalement son objet ultime : frontière entre la sollicitation d'un sens au monde par des vivants qui se savent fragiles, la quête de soins par des malades inquiets ou douloureux, et les institutions qui, telles des coquilles enveloppant des corps trop vulnérables, viennent s'enrouler autour des demandes les plus intimes, les ajuster en un chœur où chacun saisit qu'il n'est pas seul, mais qu'on le prend en main pour le conduire vers une réponse.

Il n'est toutefois aucune observation intelligible sans concepts. S'il n'est de bonne théorie sans observation, il n'est pas de bonne observation sans réflexion sur elle-même, à condition de ne pas céder aux modes et aux facilités du déconstructivisme qui est souvent une fuite, un abri douillet dans des colloques et des congrès, plus confortables que la confrontation au terrain. Depuis que l'anthropologie a rencontré sur son chemin la maladie, la douleur et le malheur, elle n'a cessé de forger des concepts et de diversifier les angles d'approche. Certains sont plus féconds que d'autres, et même s'ils ne font pas consensus, ils sont acceptés par la plupart de ceux qui travaillent sur ces questions. On les rencontrera au long de ces pages, où ils servent à conduire des faits à leur interprétation, et par-delà, espérons-le, à déceler une certaine cohérence, en général enfouie sous la diversité des apparences. Suivre au cas par cas les pratiques diagnostiques et thé-

rapeutiques fait défiler un chapelet hétérogène de conduites. Le piège d'une explication immédiate guette alors. On cherche à mettre en évidence la régularité d'itinéraires diagnostiques et thérapeutiques (dans la succession des choix entre médicaments, soignants, doctrines, croyances), et on finit par trouver un ordre significatif dans la séquence des étapes de la cure. Puis on déduit de cet ordre la logique des choix : cohérence entre les étapes de l'itinéraire et l'évolution de la demande, gradation dans la hiérarchie des angoisses et donc des pouvoirs thérapeutiques auxquels le malade s'adresse. Beaucoup d'études d'itinéraires thérapeutiques se limitent à cette opération, qui, sans être illégitime, est bien souvent réductrice à l'extrême. Nous avons choisi au contraire d'éviter de construire à tout prix des règles là où priment souvent des tâtonnements, qui ne font « sens que si chaque station ou arrêt est situé dans un processus plus vaste dont la logique ne peut être reconstituée qu'*a posteriori* à travers les études de cas et dans la mesure du possible dans l'observation des pratiques des acteurs impliqués » (Bibeau et coll. 1995 : 9).

Mais le défi lancé par la multiplicité des choix, des conduites, des traitements adoptés simultanément ou en série par un même individu ne peut être relevé par une approche centrée sur le sujet, strictement individuelle, interactionniste, et qui ne retienne que la stratégie des choix afin accéder à leur logique. Une herméneutique des itinéraires conduit à une interprétation cognitive qui néglige l'incorporation des conduites de soin dans le social. Car le pluralisme médical est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Ils exercent des pressions sur les choix ; ils orientent, favorisent ou pénalisent les décisions. Ce serait un grave aveuglement que de ne laisser qu'une part congrue au social, alors qu'il est englobant et inclusif, et c'est à travers lui que l'on accède au sens du désordre des comportements. Cela n'avait pas échappé à l'auteur de l'une des études les plus significatives du pluralisme : « Les systèmes médicaux sont sociaux et culturels. Par contraste avec les systèmes de santé, leurs frontières ne sont pas celles des populations biologiques, des espèces et des réseaux écologiques, mais celles de l'organisation politique et de l'échange culturel » (Janzen 1995 : 12). On vérifiera effectivement dans ce livre que l'observation des pratiques de diagnostic et de soin est une entrée particulièrement favorable au décryptage des héritages de l'histoire et des structures comme des tensions de la société.

*

Un autre piège guette ceux qui s'aventurent dans la zone incertaine des itinéraires thérapeutiques. L'observation en ce domaine est difficile, et il est assez rare que l'on puisse accompagner le malade au long de sa quête. Le questionner, alors ? La prudence s'impose en ce domaine, car les réponses, même les plus sincères, 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. Mais la comparaison avec l'observation montre combien est grand le hiatus entre le discours sur les choix et la pratique réelle des itinéraires de soin. Car les décisions concrètes tiennent pour beaucoup à des interférences, elles-mêmes changeantes, à des situations momentanées dont la complexité nous échappe souvent, car beaucoup d'autres enjeux sont en cause dans la diversité des recours. Plus précisément, « 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 1992 : 172). D'une façon générale, cette conclusion s'impose dès que l'on s'attache plus aux comportements qu'aux discours. L'ordre logique cède la place à une suite de comportements orientés par les interférences de plusieurs champs du social avec celui de la maladie. À partir de l'examen de beaucoup d'itinéraires thérapeutiques, Didier Fassin l'avait souligné en remarquant que « le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, 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) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. [...] D'où la nécessité de resituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique » (1992 : 118). Ce volume permet d'atteindre des conclusions analogues, surtout lorsque, dépassant les faits propres à une société donnée, on trace un large pano-

rama des situations où les itinéraires cheminent entre des thérapies qui voisinent ou s'entrelacent.

Mais alors, pourquoi étudier ce qui semble si fluide ? Cette question ne concerne que la mauvaise piste où on s'engagerait si on n'interrogeait que les logiques individuelles ou culturelles qui mettent le pluralisme en œuvre. Il faut un regard à la fois plus modeste, qui s'accorde beaucoup de temps pour établir les faits et leur cadre, et plus ambitieux, qui tienne compte de la façon dont s'agencent les équilibres sociaux qui, en définitive, rendent disponibles les choix, canalisent les orientations et pénalisent éventuellement les écarts.

D'emblée, nous éviterons un point de vue qui prévaut souvent, bien qu'il reste en général inexprimé : l'étonnement devant la pluralité des usages simultanés de soins apparemment contradictoires. Les observations, et celles que multiplie ce livre vont dans ce sens, nous enseignent que, pour peu qu'on y prête attention, c'est cette pluralité qui est la norme, en termes de fréquence, de généralité des pratiques. S'en étonner relève d'une référence spécifique, celle que les sciences biologiques ont fournie à la médecine et qui trace sans aucune zone de transition une nette ligne de partage entre la lumière de la science et les ténèbres de l'ignorance. Contraste qui fonde et exprime la conception biologique et naturaliste de la maladie. Cette conception n'est pas la plus courante à travers le monde et, même dans les sociétés où la médecine issue de la biologie expérimentale a ses plus solides assises, elle laisse à l'écart la vaste zone du vécu, du sens social et culturel du mal qui est la source permanente de sollicitations d'aide et d'explication. Peut-on en occulter absolument l'existence et refuser de répondre ? Ou bien ne voit-on pas là se profiler l'une des constantes du pluralisme : il n'est possible de répondre à l'entièreté du champ de la demande que par l'une ou l'autre de deux voies. L'une est suivie par des thaumaturges auxquels on attribue une puissance capable de faire face à toutes les situations, à tous les malheurs ; l'autre concède à chaque intervenant sa part de compétence, et laisse une place à son relais par un autre lorsqu'il atteint ses limites. En médecine, la technicité croissante a entraîné le reflux du médecin hors des zones qu'il contrôle mal. Il a ainsi déserté de vastes parts du champ des douleurs et des angoisses humaines qu'il acceptait autrefois de couvrir ; plus encore, les médecins spécialistes tendent à se cantonner strictement à leur secteur. Mais les demandes persistent, et le pluralisme, loin de s'estomper avec la modernité, y puise une force plus grande :

indépendamment de tout jugement que l'on pourrait porter sur les formes de son efficacité, il répond. Réponse à la diversité des demandes, des quêtes d'explication, des recherches d'une action capable de participer quelque peu au détournement de la fatalité. Question de fond pour le médecin, qui ne peut se contenter d'évaluer souverainement les conduites de soin différentes des siennes en quelques propos tenus à l'aveuglette, questions pour l'anthropologue qui perçoit dans les choix thérapeutiques et les explications étiologiques l'entrelacs de tous les niveaux de la vie de l'homme, de la psychologie la plus individuelle et la plus intime aux forces économiques et politiques les plus éloignées apparemment du thème de la santé.

*

La diversité des sociétés envisagées dans ce livre, dispersées sur tous les continents, permet un inventaire particulièrement riche de faits très variés, tout en les tenant enracinés dans la réalité sociale et culturelle locale. Il n'y a pas ici de comparatisme fragment par fragment à partir d'exemples puisés dans quelque base de données, mais une mise en parallèle, autant que faire se peut, des façons et des raisons multiples de « soigner au pluriel ».

Que ce soit en Chine continentale, au Mali ou à l'île Maurice, l'étude de la pluralité médicale donne accès à de larges pans de la vie sociale. Il apparaît alors que la source des logiques mises en œuvre lors de la quête de soins ou de la recherche d'explication au mal se situe bien au-delà du champ du « médical » : le *primum movens* du choix médical réside hors du médical... En effet, par-delà l'aventure individuelle, c'est à la structure d'un système social et à un univers de pensée et de connaissance qu'accède ainsi l'observation. Le pluralisme n'est cependant pas qu'un résultat, il est lui-même constructeur d'une part du social, ainsi que Charles Leslie l'avait constaté voilà déjà longtemps : « tous les systèmes médicaux actuels intègrent des traditions et des formes de pratiques divers dans des organisations sociales complexes » (1978 : 65), et c'est à ces organisations que la recherche aussi se réfère. L'attention que nous faisons porter ici sur les sociétés créoles, issues de métissages multiples s'inscrit dans cette ligne.

Mais il est un niveau d'observation trop négligé, c'est celui auquel se placent divers individus qui occupent une position stratégique dans la dispensation des soins et dans l'orientation des thérapeutiques. Leur rôle est souvent masqué par

les modèles plus ambitieux, qui omettent de tenir compte des humbles moments dont se fait l'histoire. Et si le cadre qu'est le « pluralisme » est fécond, il peut aussi conduire à des impasses, car « nous sommes si souvent éblouis par la lumière apportée par nos modèles que nous manquons totalement de voir ce qui est masqué par leur ombre » (Dunn et Good 1978 : 137). C'est pourquoi je voudrais attirer ici l'attention sur des individus que nous rencontrerons çà et là dans ce livre ; il ne s'agit pas des « personnes signifiantes » les plus évidentes, mais de « passeurs culturels » qui sautent sans prendre garde les frontières entre techniques ou entre théories, et qui élaborent au jour le jour les pratiques hybrides. Parmi ceux qui agissent ainsi dans l'ombre se trouvent certainement les infirmiers. Issus d'un milieu dont ils n'ont pas oublié les modèles explicatifs et les conduites, ayant aussi accès à la biomédecine, ils sont nécessairement à un carrefour. Certains, convaincus de la supériorité technique et culturelle de la biomédecine refusent de s'en écarter. Mais beaucoup, en devenant le relais entre des médecins physiquement et socialement trop lointains et la population, vont et viennent entre les diverses sources de connaissance dont ils disposent.

D'autres techniciens de santé se trouvent dans une position analogue, même si leur engagement direct dans les soins est moins marqué. Un exemple en dira plus qu'une analyse. À l'Institut Pasteur de la Martinique, un homme, employé de bureau demeurant dans les environs de Fort-de-France apporte pour examen par mon laboratoire un flacon bouché qu'il a trouvé à demi enterré dans son jardin. Il craint que ce ne soit un poison magique, et il veut connaître l'avis du laboratoire. Embarrassé, je demande au technicien chargé d'encadrer le laboratoire de microbiologie ce qu'il en pense. Il reconnaît aussitôt un *quimbois* destiné à attaquer sa victime. Il ouvre le flacon dont sort une odeur forte, puis il le pose brusquement en déclarant : « Ces choses là, il ne faut pas les toucher, c'est dangereux ! » Après un instant, il continue : « Il est vrai que ce n'est pas dirigé contre moi, alors je ne risque rien... Mais il vaut mieux prendre des précautions. » Il saisit alors la bouteille d'alcool qui sert aux désinfections lors de manipulations de bactéries, et s'en arrose copieusement les mains : « C'est plus prudent. »

La cohérence du discours pour celui qui le prononce laisse percer pour celui qui l'écoute des sautilllements d'un type de connaissance à un autre, sans qu'il y ait un effort explicite de mise en continuité. La contiguïté permet des déplacements, dont la succession construit l'unité d'une conduite. Mais elle révèle aussi la façon dont les réinterprétations, les assimilations, les identifications puisent

dans toutes les expériences immédiates. La demande initiale, celle de l'homme qui apporte un flacon magique à un laboratoire d'analyse relève d'un même équilibre...

Les prêtres, missionnaires catholiques, pasteurs charismatiques, mais aussi hommes d'autres religions venant en Occident, sont eux aussi parmi ces passeurs, constructeurs d'un pluralisme qui enveloppe ce qui paraît à d'autres des contradictions. L'exorciste diocésain qui cautionne les croyances aux esprits responsables des maux ¹, le missionnaire qui dénonce la présence de Satan dans les temples vaudou, en se plaçant en adversaires *au sein* d'un système de croyance, en cautionnent en même temps la véracité.

*

Ces quelques remarques peuvent préciser la grille de lecture de cet ouvrage, mais il importe d'insister sur le souci de ne jamais voir ici le discours étouffer l'observation et l'expérience anthropologiques. Aussi a-t-on choisi une organisation assez simple. Le livre s'ouvre sur des rencontres de sociétés qui ont placé des systèmes de soin face à face, puis côte à côte. La coexistence puis l'ajustement d'apports médicaux de sources diverses est constitutif de ces sociétés comme le sont leurs autres interpénétrations. L'anthropologie de la maladie, comme celle de la religion ou de la parenté y rend compte de ces dynamiques où ajustements et conflits, réinterprétations et créations ne cessent d'être en jeu.

Une seconde partie rassemble des études où le fait religieux, sans être exclusif, a une place prépondérante. On appréciera combien cette place peut différer d'une société à une autre, bien qu'elle soit toujours en contiguïté avec celle de la maladie et des soins. Mais n'y a-t-il pas dans nos sociétés un grand aveuglement lorsqu'elles se refusent à percevoir la consubstantialité des faits de médecine et des faits de religion ? Suscitées les unes et les autres par la douleur et par la mort, les conduites de soin et celles de prière sont d'une si intime parenté qu'il est tout à fait illégitime, et profondément ethnocentrique, de les dissocier comme on le fait trop. La cécité de la médecine de l'Occident à ce propos est sans doute à l'origine

¹ Un exemple particulièrement éloquent en est donné par l'ouvrage récent du R.P. Dijoux, *Journal d'un exorciste*.

de bien des refus, voire de bien des hostilités, qui l'affectent même au cœur de son empire.

Nous abordons par la suite des situations où la biomédecine semble avoir le contrôle d'un territoire des soins, mais où la réalité des comportements montre qu'il n'en est rien. Autour du médecin, certain de la fidélité de ceux qu'il soigne, se construit un univers de recours et de pratiques. L'infidélité essentielle de ses malades s'ancre dans l'incomplétude de la prise en charge, qui d'une certaine façon fait écho à l'affaiblissement des rapports avec le religieux.

Si bien qu'il a paru opportun de rassembler en fin d'ouvrage certaines situations d'équilibre où les pratiques s'agencent, en coopération compétitive. On y décèle combien les rencontres entre explications et entre traitements de la maladie sont toujours des échanges, et si les anathèmes sont souvent proclamés à haute voix, les compatibilités sont, elles, murmurées à voix basse, mais mises en œuvre au jour le jour...

Ce débat n'a toutefois pas que des conclusions théoriques. Dans la pratique des soins, les situations interculturelles exigent des démarches spécifiques, un regard particulier de la part du soignant et des responsables de la santé publique, même si le niveau opérationnel n'a pas nécessairement à tenir compte de nos analyses les plus fines. Les conduites des acteurs, des demandeurs de soin, s'ancrent sur ce qui ressort d'une croyance pour le médecin, mais qui est pour eux une perception immédiate, une requête toujours vécue comme consécutive à un besoin réel, à une maladie réelle, adressée à un thérapeute toujours conçu comme détenant au moins une part de la réponse. Le filtre culturel du médecin lui interdit d'accepter certains diagnostics, certaines étiologies. Ne serait-ce pas une part essentielle de sa formation que d'apprendre à percevoir l'existence de ce filtre ? Ne doit-il pas apprendre à en contourner les effets quand ils lui occultent le réel des autres ?

Dans nos sociétés mêmes, et si on en reste au seul niveau des rencontres et des interférences de cultures, on se trouve aussi de plain-pied avec ce qui préoccupe le clinicien. E. Corin exprime bien cet enjeu quand elle relève que « l'écoute culturelle permet l'émergence de niveaux de signification qui soit seraient vraisemblablement demeurés cachés, soit n'auraient pas été entendus ou repris dans la démarche de thérapie » (1987 : 256), et quand elle se demande un peu plus loin : « L'importance de la dimension culturelle est-elle réservée à une pratique spécifique auprès de groupes ethniques ou culturels nettement distincts du nôtre, ou

fournit-elle un outil de décentration essentiel à toute pratique clinique ? » (1987 : 261).

Espérons que ce livre nous conduise à saisir comment il se construit dans toute société un vaste réseau d'imaginaire de la maladie, de réponses de prévention, de modes d'évitement, ou simplement de soins. La dialectique de la nature et de l'imaginaire est elle-même constitutive des maladies humaines, qui ne se résument jamais à un état, à un donné biologique. De tous les empirismes qui se sont attaqués au mal, n'en est-il pas alors un qui opère sous nos yeux, pour atteindre en tâtonnant une solution aux malheurs qui entourent et envahissent l'espace de la maladie ? Empirisme qui ne consiste pas à trouver par essais et erreurs le bon médicament, mais bien plus à gérer en les mettant en système les multiples réponses au mal que les sociétés ont engrangées. La pluralité est un empirisme, qui permet peut-être l'accès à un éventail de ressources élargi, mais qui en tout cas laisse une porte ouverte là où toutes sinon seraient fermées, quand même une ouverture peinte en trompe l'œil peut jouer un rôle indispensable.

Soigner au pluriel ? Un constat, certes, mais aussi très probablement un impératif.

Références bibliographiques

Bibeau G., Corin E., Collignon R.

1995 Préface à Janzen 1995.

Corin E., Lamarre S., Migneault P., Toussignant M. (sous la direction de)

1987 *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Ed. du Girame.

Dijoux R.P.F.

1995 *Journal d'un exorciste*, St André-de-la-Réunion, Océan Editions.

Dunn F.L., Good B.J.

1978 Priorities for Research to Advance the Comparative study of Medical systems, *Soc. Sc. Med.* 12 (2B) : 135-138.

Fassin D.

1992 *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.

Janzen J.M.

1995 *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala.

Leslie C.

1978 Introduction au numéro spécial « Theoretical Foundations for the Comparative Study of Medical Systems », *Soc. Sc. Med.* 12 (2B) : 65-67.

Sturzenegger O.

1992 *Penser la maladie au Chaco*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille III

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie

Rencontres des sociétés

[Retour à la table des matières](#)

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie : Rencontre de sociétés

Chapitre I

La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais

Par Bernard Taverne

[Retour à la table des matières](#)

Les sociétés créoles, des Antilles ou de l'océan Indien, ont pour caractéristique commune une grande hétérogénéité ethnique de leurs populations. La société guyanaise ne fait pas exception à cette règle puisqu'il est possible d'y dénombrer une dizaine de groupes ethnoculturels différents. Ce rassemblement, dans un même espace géographique et politique de groupes ethniques aux traditions culturelles parfois très éloignées, a pour conséquence la juxtaposition de différentes pratiques médicales, souvent spécifiques de chaque groupe.

En cas de maladie, les individus ont théoriquement accès à des pratiques médicales variées qui ne relèvent pas uniquement de leur propre tradition. Un espace de choix s'ouvre devant eux, mais l'accessibilité à chacune des pratiques médicales est en fait limitée par différentes contraintes (culturelles, économiques ou sociales) qui ne sont pas toujours clairement perçues par les individus. Lorsque l'on cherche à préciser quelles sont les motivations qui ont conduit les malades à choisir une médecine donnée pour un problème pathologique particulier, des explications telles la proximité géographique, l'influence du voisinage ou de la famille, ou encore le coût des soins, sont très rarement évoqués. Par contre, il est systématiquement fait référence à l'efficacité de la pratique médicale choisie, à travers un discours logique liant le choix thérapeutique et l'efficacité. Toutes les autres

contraintes paraissent occultées par une référence générale à l'efficacité thérapeutique qui seule légitimerait les choix. L'analyse des discours émis par des individus originaires de groupes ethniques différents, permet de mettre à jour les divers classements des médecines les unes par rapport aux autres. Chaque groupe ethnique proposant sa propre hiérarchisation, on obtient ainsi autant de classifications différentes que de groupes ethniques. On ne peut manquer de constater que ces classements sont étroitement dépendants de la stratification sociale. Dans ces conditions se posent les questions : 1) de savoir ce que les choix thérapeutiques doivent à l'efficacité technique des différentes médecines ou au contexte social dans lequel ils se réalisent, 2) quels sont les critères majeurs de reconnaissance de l'efficacité thérapeutique appliqués aux différentes médecines.

La polyethnicité et le pluralisme médical guyanais

Avec un peu plus de 120 000 habitants (1992), la population guyanaise se présente sous l'aspect d'un véritable creuset polyethnique. Les principaux groupes ethniques se répartissent comme suit :

- environ 45 000 Créoles guyanais, issus du métissage entre les populations européennes et africaines de la période de l'esclavage ; ils constituent le groupe majoritaire, socialement dominant par leur maîtrise du pouvoir politique local,
- 4 000 Amérindiens qui se répartissent en six groupes : Arawak, Emerillon, Galibi, Palikur, Wayana et Wayãpi,
- 6 000 Noirs Marrons ainsi nommés par référence à leurs ancêtres, des esclaves africains qui s'étaient enfuis des plantations de l'ex-Guyane Hollandaise, l'actuel Surinam, au cours du XVII^e et XVIII^e siècles. Ils se répartissent eux aussi en six groupes : Aluku (ou Boni), Kwinti, Matawaï, Ndjuka, Paramaka et Saramaka,
- 1 000 Chinois dont les premiers sont arrivés à la fin du XIX^e siècle,

- 1 600 Hmong, réfugiés du Sud-Est asiatique dans les années 1977-1979,
- 10 000 Surinamiens,
- 15 000 Brésiliens,
- 20 000 Haïtiens arrivés entre 1975 et 1985 et quelques autres ressortissants des îles Caraïbes anglophones et francophones,
- 12 000 Français « métropolitains »,
- et un « émiettement » ethnique constitué de Libanais, d'Indonésiens de Java, de ressortissants du Guyana, etc.

Ce peuplement s'est réalisé à travers diverses vagues migratoires qui ont jalonné l'histoire de la Guyane. Certaines de ces migrations ont été organisées et n'ont concerné qu'un effectif limité de population ; d'autres se sont créées spontanément et ont débordé les différentes tentatives de contrôle et de régulation mises en place par l'administration ces vingt dernières années. Il est admis actuellement qu'environ la moitié de la population vivant sur le sol guyanais est de nationalité étrangère et que près de 50 % des immigrés sont en situation irrégulière au regard de la législation française sur l'immigration.

Selon Jolivet (1982), jusque à la fin des années 1960, les diverses vagues migratoires ont été bien acceptées par la population créole dans le cadre d'un processus d'assimilation/créolisation des nouveaux arrivants. Mais à partir des années 1970, au moment des afflux importants de migrants Brésiliens, puis dans les années 1980 avec l'arrivée des Haïtiens, une stratégie de repli a émergé dans la population créole. Diverses réactions de rejet, accompagnées de discours xénophobes, sont apparues, tenant les étrangers — le plus souvent les derniers arrivés — pour responsables de toutes les difficultés que rencontre le département : chômage, habitats insalubres, insécurité, accroissement des dépenses sociales, etc. Cette tension sociale réapparaît périodiquement sans atteindre, jusqu'à présent, un niveau de crise grave (Calmont 1988, Chérubini 1988).

Cette juxtaposition ethnique crée une situation de pluralisme médical par la coexistence, au sein d'une même unité sociale, de divers recours thérapeutiques répondant à des modèles variés d'interprétation de la maladie et de ses causes. Chaque groupe ethnoculturel, ayant ses propres modèles d'interprétation de la

maladie et du malheur, dispose de ses propres spécialistes pour lutter contre les infortunes de la vie quotidienne, dont la maladie n'est bien souvent qu'une des manifestations. À ce titre, ne considérer, chez les thérapeutes traditionnels, que les domaines d'intervention en rapport avec la maladie serait une erreur. En effet, la plupart d'entre eux ne limitent pas leurs actions aux seuls désordres biologiques, mais peuvent tout aussi bien intervenir dans des domaines régissant de manière plus générale la vie des personnes, comme la recherche d'un emploi, les relations amoureuses ou la « chance ». Isoler le domaine médical reviendrait à morceler de manière artificielle leur espace d'intervention et ainsi conduirait à en perdre la signification réelle.

Il est donc possible d'identifier en Guyane des recours thérapeutiques relevant des traditions amérindiennes, marronnes, guyanaises, brésiliennes, haïtiennes, chinoises, saint-luciennes, et autres. À ces différentes pratiques médicales reconnues sur la base de critères ethniques, il faut également ajouter les structures transethniques constituées par des Eglises de diverses confessions (témoins de Jéhovah, Eglise adventiste) dans lesquelles se réalisent des rituels à visée explicitement thérapeutiques, et l'ensemble du secteur biomédical : en sa qualité de département français la Guyane dispose d'une infrastructure biomédicale particulièrement développée.

Propos sur l'efficacité des différentes pratiques médicales

La présence de diverses pratiques médicales ne signifie pas pour autant qu'elles soient toutes situées sur un plan d'égalité et utilisées, ou plus exactement utilisables, par chacun des habitants de Guyane. L'observation d'itinéraires thérapeutiques révèle l'existence de choix, d'orientations préférentielles différentes selon les individus, mais le plus souvent communes aux membres d'un même groupe ethnique. Certaines pratiques médicales sont valorisées au détriment d'autres. Les différentes pratiques médicales, y compris la biomédecine, sont l'objet, de la part des membres de chaque groupe de classifications qui les hiérarchisent les unes par rapport aux autres sur la base de leur efficacité relative.

La légitimation des choix thérapeutiques a été étudiée à travers l'analyse d'entretiens effectués auprès de membres de différents groupes ethniques, parfois à l'occasion de séances thérapeutiques. Les informations ainsi acquises ont été confrontées à l'observation des consultations chez des thérapeutes haïtiens, brésiliens et saramaka.

Un choix de fragments d'entretiens, réalisés avec des personnes issues de six groupes ethniques (brésilien, chinois, guyanais, haïtien, galibi et saramaka), permet d'exposer les opinions caractéristiques de chacun à l'égard des différentes médecines.

Pendant que son époux se fait soigner par un « docteur-feuille » haïtien, une femme Guyanaise ne cesse de se plaindre de la biomédecine :

« J'ai de la tension, le docteur m'a donné du Fludex® et de l'Aldomet®² mais je ne les prends plus ça me donnait des douleurs dans les bras et dans les jambes et puis ça m'endormait. Maintenant je ne prends plus rien et quand ça va pas bien je fais un peu de régime et je prends des tisanes que me donne une amie. Ça marche beaucoup mieux que la médecine des docteurs. J'ai une amie dont le mari devait être hospitalisé pour une opération, il avait des calculs dans les reins, à l'hôpital ils voulaient l'opérer, lui ne voulait pas, sa femme lui a fait boire des tisanes et bien le lendemain il commençait à uriner des cailloux et quand il est retourné voir les médecins ils ont dit que ce n'était plus la peine d'opérer. »

Afin de renchérir sur les propos de sa femme, et pour prouver la qualité des médecines traditionnelles, le mari entreprend alors de raconter l'histoire suivante concernant la médecine des Saramaka :

« Les Saramaka, ils sont très forts pour les os, pour les fractures, chez les Saramaka, il y a un enfant un jour qui s'amusait avec un fusil, il a pris la décharge en pleine figure, sur le côté du visage, tout était cassé, et bien le Saramaka, il l'a guéri sans l'amener à l'hôpital. Il a mis l'enfant dans une case, il y est resté six mois, personne n'avait le droit d'entrer, sauf lui et une jeune fille vierge qui apportait la nourriture et bien au bout des six mois, la mâchoire était totalement réparée et l'os était encore plus dur qu'avant. »

² Fludex® (Indipamide) est un diurétique fréquemment prescrit lors du traitement de l'hypertension artérielle, Aldomet® (Alpha-méthyl-dopa) est un anti-hypertenseur central pouvant entraîner entre autres effets indésirables une somnolence.

À propos des différentes pratiques médicales populaires un Guyanais âgé de 35 ans affirme :

« Les Saint-Luciens c'est quand vous avez la *bles*³, mais pour les remèdes créoles, il faut voir les Saramaka, pour les os, mais aussi pour les remèdes feuilles. Les Haïtiens au niveau des herbes aussi, mais c'est le vaudou, c'est déjà autre chose, c'est reculé, eux ils viennent avec leur culture, alors il y a ceux qui diront qu'ils sont docteurs en... médecin d'herbe, ils vont dire : docteur-zerb. Et puis si t'as un problème d'esprit, je connais des Haïtiens qui sont capables de faire venir des esprits, mais ça c'est un domaine complexe. Je connais un Brésilien que je suis allé voir plusieurs fois, lui il est capable de faire les deux à la fois, il donne des plantes et il fait venir l'esprit, moi je ne connais pas de Guyanais qui font ça, des Haïtiens oui, mais pas de Guyanais. Je suis allé voir une femme une fois, une Dominicaine, c'est une dame qui regarde dans le truc de café, ça c'est différent, il n'y a pas de manifestation, il n'y a rien, l'esprit ne vient pas sur elle, mais elle a la présence quand même. »

Un autre Guyanais pour conclure ses propos résume sa pensée en une seule phrase :

« Les plus forts, c'est les Saramaka, après c'est les Indiens et après c'est les Haïtiens. »

Pour un thérapeute Saramaka âgé d'environ 55 ans, demeurant à Cayenne :

« Tous les Haïtiens de Guyane sont des mauvais, les bons sont restés en Haïti, ceux qui pratiquent ici n'utilisent que la magie noire, ils ne savent faire que le mal. Les Brésiliens, je sais qu'ils marchent avec le Saint-Esprit, mais je ne sais rien de plus. À Cayenne il y a aussi des Africains, je suis allé en voir un une fois, il m'a demandé 400 francs, une chandelle et une bouteille de whisky, rien que pour savoir si j'étais malade. Ensuite, si j'avais voulu me faire soigner, il fallait payer 3 000 francs plus une caisse de six bouteilles de tafia et une de douze bouteilles de bière, je n'y suis pas retourné. Les seuls qui connaissent bien sont les Saramaka et toutes les nations indiennes [les différentes ethnies amérindiennes]. »

La reconnaissance qu'exprime cet homme Saramaka à l'égard des Amérindiens est réciproque, un homme galibi affirme :

« À Cayenne si on est malade on va d'abord chez le médecin, mais si ça n'est pas de son ressort on va chez le chamane. Depuis une dizai-

³ Syndrome douloureux épigastrique défini selon la nosologie créole, n'ayant pas de correspondance dans la nosologie biomédicale.

ne d'année il y a des gens qui vont voir des Noirs Réfugiés ⁴ ou des Brésiliens mais pas des Créoles. À Cayenne il n'y a pas d'Indiens capables de soigner, il faut aller à Awara. Il y a même des non-Indiens qui viennent voir le chamane, des Javanais, des Créoles, des Métros, des gens de Cayenne ou du Surinam. Parfois c'est lui qui se déplace, quand il faut purifier une maison, il vient à Kourou, à Cayenne, même à Paramaribo. »

De son côté un thérapeute Brésilien considère que :

« Les Saramaka savent beaucoup de choses, pour les os, les jambes cassées, avec les Saramaka, il n'y a pas besoin de chirurgien, il met des plantes des deux côtés de la jambe et il répare. Je sais qu'il y a des Chinois qui font ça mais je n'en ai jamais vu. »

Cette dernière information n'a été confirmée par aucun des Chinois rencontrés à Cayenne. Mais à propos de l'usage des différentes médecines l'un d'eux, dirigeant d'une grande société commerciale, affirme :

« Les Chinois n'ont pas confiance à la médecine française et ils ont bien raison, quand on voit ce qu'ils font... Quand les gens sont malades ils préfèrent aller à Bélemil y a là-bas une équipe de Japonais qui sont très forts, ou alors repartir en Extrême-Orient. En Guyane il y a un état de délabrement avancé de la médecine, il n'est même pas possible d'avoir une interprétation radiographique correcte. Mais la médecine locale est forte, je connaissais une femme qui avait un cancer du sein, elle était condamnée par les médecins, elle a totalement guéri en suivant le traitement d'un Saramaka. Moi je vous dis que la médecine locale connaît des choses que l'on pourrait qualifier de miraculeuses. »

Un autre dirigeant d'entreprise chinois confiait :

« j'avais un problème d'entorse au bras, je suis allé voir un Saramaka... Il m'a soigné en me massant avec des plantes. »

Enfin, un Haïtien affirme :

« Ici, les Boni, ils sont très forts parce qu'ils n'utilisent pas les feuilles mais les racines, en Haïti on utilise les feuilles mais les Boni utilisent la racine. Il y a beaucoup d'Haïtiens qui vont voir les Boni, il y en a un qui habite au fond de la zone à... Il est fort. »

⁴ Autre appellation des Noirs Marrons.

Le classement des différentes pratiques médicales

Ces extraits d'entretiens révèlent la place centrale de la référence à l'efficacité dans le processus de hiérarchisation des différentes médecines. Le thème de l'efficacité est traité différemment selon que les individus jugent soit les médecines traditionnelles, soit la biomédecine. Deux modalités d'évaluation opèrent. Seuls les succès des médecines traditionnelles sont retenus, d'autant plus qu'ils paraissent « miraculeux » comme l'affirme l'une des personnes interrogées. Les exemples cités sont puissamment suggestifs : la reconstruction d'un visage délabré par un coup de feu ou la guérison d'un cancer. À l'inverse, les insuffisances et les échecs de la biomédecine sont constamment mis en avant, comme s'il était sous-entendu qu'elle soit astreinte à la réussite. Les argumentations sont bâties de manière inverse, elles tendent à la valorisation systématique des pratiques traditionnelles et la dévalorisation permanente de la biomédecine. Ce processus révèle que ce qui est présenté comme une appréciation portant sur les pratiques elles-mêmes à partir d'expériences individuelles est en fait prédéterminé par une idéologie plus générale quant à la place des diverses médecines dans la société. Cette situation est comparable à celle qui prévaut en France à propos de l'opposition entre les « médecines douces » et la biomédecine : entend-on souvent des plaintes à propos des insuffisances et du manque d'efficacité des médecines douces ou des erreurs diagnostiques de leurs thérapeutes, avec des termes identiques à ceux employés envers la biomédecine ?

Les médecines des Noirs Marrons et des Amérindiens sont unanimement considérées les plus efficaces. Il est remarquable que la désignation précise des groupes ethniques n'intervienne pas alors qu'il existe six groupes différents d'Amérindiens et autant de Noirs Marrons. Ces derniers sont parfois désignés par les Créoles Guyanais ou par les Haïtiens sous l'appellation Saramaka ou Boni. Il ne s'agit cependant pas d'une spécification précise, car en règle générale, ces termes sont employés dans une acception générique globale désignant les Noirs Marrons dans leur ensemble, sans volonté de signifier de manière précise l'ethnie concernée. Ainsi, l'attribution de pouvoir thérapeutique est effectuée de manière

indistincte, en direction de groupes généraux, sans chercher à préciser quelle est celle de leur composante qui serait effectivement la plus compétente. Cette tendance à la généralisation et à l'amalgame se retrouve dans l'appellation même des pratiques médicales que donnent les Créoles aux médecines traditionnelles. « Pour les remèdes créoles, il faut voir les Saramaka », affirme un Créole Guyanais, assimilant dans ses propos la médecine marronne à la médecine créole. Il est procédé de même avec les médecines haïtienne et brésilienne, toutes deux désignées sous le terme « médecine créole » par les Guyanais. L'appellation « médecine créole » est progressivement devenue une appellation générique désignant toutes les pratiques de santé traditionnelles, autres que biomédicales.

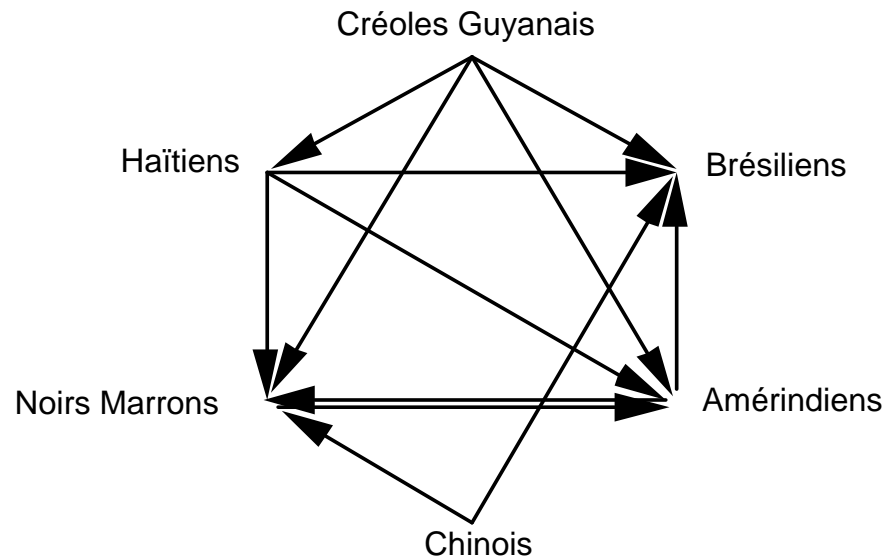


Figure 1. *Les orientations préférentielles des recours thérapeutiques parmi six groupes ethniques de Guyane*

Les fragments de conversation rapportés ci-dessus désignent les choix thérapeutiques privilégiés par chaque groupe ethnique et révèlent également les orientations qui paraissent ne jamais être suivies, les choix que l'on pourrait considérer « impossibles ». La figure 1 traduit les principales orientations thérapeutiques des membres de six groupes ethniques. Seuls ont été tracés les choix constatés à travers l'étude d'itinéraires thérapeutiques, l'extrémité des flèches indique les théra-

peutes. Ces lignes représentent des courants préférentiels, qui ne peuvent être considérés comme l'expression de règles absolues.

Les Créoles Guyanais, peut-être à cause de leur désir d'appropriation des différentes pratiques médicales traditionnelles, n'hésitent pas à utiliser les multiples recours disponibles. Par contre, toute une série d'itinéraires ne sont *a priori* pas empruntés : Amérindiens, Noirs Marrons, Brésiliens et Chinois ne consulteraient ni les Créoles Guyanais ni les Haïtiens.

La biomédecine n'est pas exclue de ce type de classification mais les jugements à son égard s'orientent dans deux directions différentes selon l'appartenance ethnoculturelle des personnes interrogées.

D'un côté, on relève un discours constitué de critiques parfois acerbes de la part des Créoles Guyanais et des Chinois. La compétence des médecins est remise en cause et l'ensemble de leur pratique est contesté : 1) les diagnostics ne seraient pas fiables : ils ne savent pas interpréter les radiographies ; 2) les indications thérapeutiques seraient mal adaptées : ils proposent des traitements lourds tel une opération chirurgicale alors qu'une simple tisane fait l'affaire ; 3) leur incompetence est définitivement marquée par leurs propres aveux de ne pouvoir soigner des maladies comme le cancer qu'un Saramaka est capable de guérir. Il ne s'agit plus d'opinions sur le partage des compétences entre différentes pratiques médicales mais d'une réelle contestation et de la remise en cause du savoir médical qui rappelle les critiques d'Illich (1975). À la différence de ce qui a pu se passer en France métropolitaine cette contestation n'a pas débouché sur le recours aux médecines « douces »⁵ (acupuncture, homéopathie, etc.) mais sur une apologie des médecines populaires locales « qui font des miracles ». Là encore, la position sociale des locuteurs éclaire le contenu de leurs propos : seuls les Créoles Guyanais et les Chinois s'engagent dans de telles critiques. D'un autre côté, Amérindiens, Noirs Marrons, Brésiliens et Haïtiens ont une position bien différente. Ils considèrent la médecine moderne et les médecins avec un respect non dépourvu d'admiration, qui n'est pas sans tenir à l'écart de statut social. Tous reconnaissent, en l'exprimant de manière à peine différente, que les médecins ont des compéten-

⁵ En 1988, on comptait à Cayenne trois médecins à orientation acupuncture et aucun à orientation homéopathique sur un effectif total d'environ 50 médecins.

ces certaines mais ils les jugent incapables de diagnostiquer et de traiter certaines maladies (les maladies dues « aux esprits » ou « maladies surnaturelles »), pour la seule raison « qu'ils ne savent pas les voir ». Cette limitation n'est pas présentée en termes d'incompétence mais comme la conséquence d'une coupure irrémédiable dans l'univers des connaissances des différents thérapeutes. Certains domaines de la maladie peuvent être pris en charge par les médecins, mais d'autres incombent exclusivement aux tradipraticiens ; une fois cette séparation reconnue, les compétences de chacun ne sont pas contestées.

La construction sociale de l'efficacité

L'attribution de la plus grande efficacité thérapeutique aux médecines des Noirs Marrons et des Amérindiens de la part des groupes ethniques socialement dominants pourrait surprendre si l'on n'y reconnaissait une des expressions du « mythe du bon sauvage ». L'attitude des Créoles Guyanais à l'égard des Noirs Marrons et des Amérindiens est ambivalente. Les Noirs Marrons sont parfois qualifiés par les Guyanais de *nèg nan bwa* (nègres des bois, gens de la forêt), expression connotée de préjugés péjoratifs, attribuant à ces personnes une « mentalité primitive » et « peu développée », qui n'est pas exempte d'un fort mépris. Les Amérindiens sont également déconsidérés de la même manière. Fort maladroitement la presse locale, écrite et radiodiffusée, se fait régulièrement l'écho des éternels lieux communs affirmant qu'Indiens et Noirs Marrons « ne savent faire autre chose que de vivre *sur* les allocations familiales et le RMI ». La place occupée par ces deux groupes dans la hiérarchie sociale départementale est comparable à celle des Haïtiens et des Brésiliens, à la différence près du statut d'immigré. Les conditions de vie des habitants du « quartier saramaka » de Kourou ne sont pas notablement meilleures que celles des Haïtiens ou des Brésiliens ; il en est de même à Cayenne, où à quelques exceptions près, ils habitent dans les mêmes quartiers insalubres. Les uns comme les autres sont maintenus dans les mêmes espaces de marginalisation, économique, sociale et politique ⁶. Ils appartiennent au même

⁶ Même si la récente création d'une commune amérindienne est sûrement l'un des premiers pas d'une reconnaissance politique débutante (cf. Grenand P. et F. 1990).

sous-prolétariat urbain et constituent un volant de main-d'œuvre journalière non déclarée que certains employeurs viennent chercher tôt le matin par fourgonnettes entières.

Dans le même temps les Guyanais ne refusent pas, dans l'ambiance actuelle de promotion des « cultures traditionnelles » comme valeur identitaire, l'honneur de partager leurs origines avec ces révoltés de la première heure contre le pouvoir des Blancs, que furent Amérindiens et Noirs Marrons. Bien plus, ces deux groupes sont perçus dans le cadre d'une « idéologie naturaliste des racines » comme les symboles vivants de la résistance politique originelle et du pouvoir magique ancestral perdu par les Guyanais (Chalifoux 1987). Amérindiens et Noirs Marrons sont considérés comme ayant conservé à travers leurs croyances religieuses et leurs pratiques magiques, un savoir supérieur à tout autre groupe (Jolivet 1982 : 404).

On retrouve fréquemment chez les Créoles l'expression d'un regret douloureux quant au sentiment de la perte des connaissances et des pouvoirs que possédaient les « anciens », comme si le fil d'une tradition s'était rompu. Une vieille femme créole affirme : « Les vieux guyanais savaient faire, ils étaient forts, mais ils sont tous morts, ceux de maintenant, ils parlent mais il ne font rien ». Cette certitude, qui n'admet aucun doute sur l'existence même de ces connaissances et sur leur nature, est renforcée par l'idée que d'autres groupes ethniques ont préservé leurs savoirs. L'idéalisation de cet âge d'or perdu conduit à penser que les individus qui seraient restés les plus proches du passé, les plus fidèles à leur tradition, ont gardé le plus de connaissances. C'est exactement ce qu'exprime un Créole Guyanais en affirmant : « Les Haïtiens... c'est reculé... c'est le vaudou ». Dans cette perspective, les Haïtiens occupent en effet une place de choix.

L'idéologie primitiviste s'exprime ici totalement, elle est à l'origine d'un processus d'inversion symbolique du pouvoir social qui conduit à considérer les médecines marronne, amérindienne et haïtienne comme les plus efficaces. Cette inversion symbolique consiste à attribuer aux groupes ethnoculturels occupant les échelons les plus bas de la hiérarchie sociale, les pouvoirs thérapeutiques les plus élevés. La reconnaissance du pouvoir thérapeutique apparaît quasi proportionnelle à la distance sociale qui sépare les individus. Cette distance sociale, largement dépendante de critères économiques, est généralement interprétée en termes de distance culturelle. Cette dernière légitime l'attribution et la croyance en

l'existence de savoirs mystérieux et puissants des thérapeutes considérés : plus l'Autre est distant, plus il est redouté.

Cette situation n'est pas une production spécifique de la société guyanaise, des faits similaires sont décrits dans d'autres aires créoles (île de la Réunion et île Maurice : Andoche 1988, Benoist 1980) et se retrouvent de manière générale, avec des expressions à peine différentes, dans la plupart des sociétés polyethniques. Cette hiérarchisation dictée par le groupe socialement dominant n'est l'objet d'aucune remise en cause. Elle est perçue par les membres des groupes marginalisés comme une marque de reconnaissance sociale (la seule qu'ils possèdent ?) qu'ils réutilisent comme emblème identitaire valorisant. Le bénéfice de cette reconnaissance est tout à fait ambigu. Celle-ci s'enracine dans l'ordre social qui maintient les groupes concernés à la marge de la société, elle est clairement un produit de cette marginalisation. Aussi elle ne saurait servir de faire-valoir à une revendication de changement de statut social qui aurait pour première conséquence de la remettre en question.

Le principe d'efficacité thérapeutique mis en avant par la plupart des personnes interrogées est le produit d'une construction sociale qui permet l'élaboration d'une représentation collective de l'efficacité des médecines citées. Cette représentation est l'objet d'un large consensus dans la population, elle recouvre le champ de la connaissance, dans la mesure où elle est à la fois un savoir et une évaluation, et celui de l'action qu'elle structure puisqu'elle oriente les choix thérapeutiques des individus (Laplantine 1989 : 278).

Un des caractères particuliers de cette représentation de l'efficacité tient au support de son élaboration. La question de l'efficacité thérapeutique, thème majeur de réflexion en anthropologie médicale, est souvent abordée à travers l'étude des pratiques de santé : supports matériels ou symboliques, chaînes opératoires, techniques, etc. Les diverses composantes des thérapies ont été l'objet d'observations et d'analyses générant des hypothèses dans des domaines aussi variés et étendus que la physiologie et la neuroendocrinologie, la pharmacologie, la psychologie, etc. Et même si l'on prend garde, comme le rappelle Benoist (1986), à ne pas séparer dans l'analyse des pratiques thérapeutiques les trois éléments que sont les substances, les conduites et les comportements globaux, et si l'on s'attache à comprendre « la forme de la relation qui s'établit entre le thérapeute et son patient », on n'en reste pas moins au niveau des pratiques elles-

mêmes. Il est encore implicitement suggéré que c'est à travers elles, et elles seules, que s'élabore la reconnaissance de l'efficacité thérapeutique. Il n'est pourtant pas question de nier qu'une certaine évaluation empirique des pratiques puisse être effectuée par les utilisateurs des médecines concernées. Les demandes de soins ne relèvent pas seulement des discours, elles attendent bien des actes effectifs qui sont nécessairement jugés par les utilisateurs. Il est certain que ces jugements participent à la construction de la représentation de l'efficacité.

Cependant, la mise en évidence du processus de construction sociale de la représentation de l'efficacité, révèle que l'élaboration de cette représentation se constitue en deçà des pratiques elles-mêmes. On serait tenté de dire presque indépendamment des pratiques, puisqu'elle s'enracine dans la structure sociale ; les critères employés, par exemple la proximité avec la Nature, ne concernent pas les techniques médicales mais bien le statut social des gens qui les mettent en œuvre. La représentation de l'efficacité préexiste donc bien aux pratiques. Elle détermine, en l'orientant, l'appréciation que portent les consultants sur les pratiques auxquelles ils ont recours. Les expériences individuelles ne semblent se constituer que par rapport à cette construction préalable. La référence aux résultats des pratiques de soins, que les utilisateurs constituent en preuve de l'efficacité, n'est qu'une construction secondaire qui occulte la détermination sociale des choix thérapeutiques.

Alors que les choix thérapeutiques sont pensés et présentés par les individus comme des choix raisonnés sur la base de critères d'efficacité, ils apparaissent en fait plus largement déterminés par le contexte social dans lequel ils se réalisent. Reconnaître ce processus oblige à tenir compte des rapports sociaux institués au sein d'une population avant d'en interpréter les recours thérapeutiques, et souligne combien les choix thérapeutiques sont aussi des révélateurs privilégiés des relations sociales.

Références bibliographiques

Andoche J.

1988 L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion, *Sciences Sociales et Santé* VI (3-4) : 145-165.

Benoist J.

- 1980 *Les carnets d'un guérisseur réunionnais*, St-Denis, Fondation pour la recherche et le développement dans l'océan Indien, 124 p.
- 1986 La question de l'efficacité en anthropologie médicale, *in : Médecines du Monde : Anthropologie et pratiques médicales*, Actes du colloque 27-28 janvier 1986, Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, pp. 91-98.

Calmont R.

- 1988 *Migration et migrants en Guyane Française. L'exemple de la communauté haïtienne*, Thèse de doctorat de troisième cycle, Université Bordeaux III, 449 p.

Chalifoux J.-J.

- 1987 La créolité transculturelle en Guyane, communication au colloque sur La Créolité, 15 octobre 1987, Cayenne.

Chérubini B.

- 1988 *Cayenne, ville créole et polyethnique*, Karthala et Cenaddom, 261 p.

Grenand P., Grenand F.

- 1990 *Les Amérindiens, des peuples pour la Guyane de demain*, Centre ORS-TOM de Cayenne, 72 p.

Illich I.

- 1975 *Némésis Médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 222 p.

Jolivet M.-J.

1982 *La question créole. Essai de sociologie sur la Guyane Française*, Ed. de l'ORSTOM, coll. mémoires, n° 96, 502 p.

Laplantine F.

1989 Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées en France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne, in : D. Jodelet (ss. la dir.), *Les représentations sociales*, PUF, pp. 277-298.

Taverne B.

1991 *Un « docteur-feuille » à Cayenne. Santé, culture et société chez les immigrants haïtiens de Guyane Française*, Thèse Doctorat nouveau régime en Anthropologie, Aix-Marseille III, xix + 579 p.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie : Rencontre de sociétés

Chapitre II

L'identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane).

Par Jean Chapuis

« Il faut définir une civilisation encore plus par [...] ses refus
d'emprunter que par ses emprunts. »

M. Mauss, Oeuvres, t. 2, p. 564

[Retour à la table des matières](#)

C'est le fait d'entendre les Indiens chez qui je travaille me parler de « maladies des Blancs », de « médecine des Blancs » ou de « fièvre des Blancs » qui m'a incité à aborder à travers le prisme de la maladie les catégories identité / altérité qui leur semblent pertinentes.

Si l'on en croit W. Byam « le premier chrétien qui jamais tenta de prendre pied en Cayenne, vers le sud de l'Orénoque en 1530, fut Pedro d'Acosta, un Espagnol, avec deux petites corvettes et 300 hommes » (Hurault 1972). Cependant c'est un Français, La Ravardière, qui en effectue en 1604 pour le compte d'Henri IV une première reconnaissance sérieuse, inaugurant « l'histoire moderne de la Guyane française » (Mouren-Lascaux 1990). Hurault résume avec justesse les tentatives d'implantation ultérieures : « La plupart des colonies qui suivirent furent le fait d'initiatives privées, et n'étaient reliées à aucun plan coordonné. Elles furent presque toutes détruites en quelques années soit du fait des Indiens,

soit plus vraisemblablement du fait des maladies tropicales dont à l'époque on ignorait tout ».

Dès ses débuts, la politique française à l'égard des Indiens fut de leur donner toutes facilités pour qu'ils viennent s'installer du côté français en délaissant les territoires portugais ou hollandais. Il fallait « se les attacher ». Selon un accord tacite initial les Indiens ne dépendaient que du gouverneur, et l'on reconnut aux chefs traditionnels, qui servaient d'intermédiaires pour les questions indigènes, un pouvoir presque indépendant pour régler les problèmes autochtones. On renonça, au commencement du XVIII^e siècle, à soumettre les Indiens à la loi civile française. C'était, comme le remarque Hurault, « reconnaître le droit à la coutume des tribus, pour tout ce qui se rapporte à la condition des personnes et au droit privé ». Un extrait des instructions du roi à Turgot et à Chanvallon (1763-64), alors gouverneur de la Guyane, donne une idée de la place reconnue, et réellement attribuée, aux Indiens à cette époque dans la région, totalement à l'opposé de celle des Noirs, peu nombreux en Guyane, considérés par définition comme des esclaves : « Sa Majesté ordonne expressément que les gouverneurs et intendants ne négligent aucun moyen pour se rendre les Indiens favorables. Son intention est qu'ils fassent tous leurs efforts pour engager ceux qui seront errants à venir s'établir sur les terres de sa domination où elle leur assure une liberté entière... Il encouragera les mariages entre les colons et les Indiens... »

En 1766 le ministre précise : « ... a l'égard des Indiens, comme ils sont d'une origine libre, lorsqu'ils s'établissent parmi les Européens, ils ne doivent pas être traités différemment qu'eux ». La Révolution ne modifiera pas les choses : en 1791 l'assemblée coloniale accorde la qualité de citoyen à tous les Indiens mais non à leurs métis avec les Noirs. Quoiqu'il en soit, souvent par des moyens détournés, un commerce d'esclaves subsista longtemps, car si les Indiens de la Guyane française étaient considérés comme libres, on ne s'opposait pas à ce qu'ils vendent en tant qu'esclaves leurs semblables capturés sur le territoire portugais, et les Portugais n'agissaient pas différemment vis-à-vis de la zone française. Il n'y eut cependant en Guyane jamais plus de quelques dizaines d'esclaves indiens, d'après Hurault ⁷.

⁷ Il y aurait lieu de s'interroger sur les différences réelles de traitement réservé aux Indiens par les différentes puissances européennes, et la zone allant du

Ainsi la violence ne fut-elle pas toujours au rendez-vous contrairement à ce que beaucoup affirment ⁸, et la structuration des rapports Indiens / Blancs a pu s'établir sur d'autres bases que la coercition, l'alcool, le viol...

*

C'est Patris et Mentelle qui, en 1766, effectuant une expédition dans l'intérieur du pays, entrèrent pour la première fois en contact avec les Wajana dont on avait entendu parler sans jamais les rencontrer, un siècle et demi après que la Guyane fut passée sous drapeau français... Il n'y eut à leur égard ni violence ni tentative de « persuasion ». Les relations, rares, furent cordiales. Mais un fait historique allait modifier ce tableau idyllique et avoir des répercussions durables et majeures ; les affections épidémiques importées par les Blancs décimèrent les populations autochtones. Moins d'un siècle après leur découverte, les Indiens de la côte et ceux de l'Oyapok étaient presque totalement éliminés. Quant aux Wajana les plus septentrionaux, à la suite du voyage de Leblond (1789), donc vingt ans après leur « découverte », il semble qu'ils étaient atteints par des épidémies contractées lors de rapports commerciaux avec les Missions de l'Oyapok. Si l'atteinte fut plus tardive, son impact n'en fut que retardé. Le processus ne devait pas s'arrêter puisqu'en 1940 le groupe Wajana de la Guyane française ne compte plus que 50 personnes, et l'ensemble du groupe 550 contre 3 000 en 1760, époque du premier contact. À partir des années cinquante, où une dernière vague épidémique éclaircit encore la population, la politique de vaccination mit fin à ce processus.

La Guyane actuelle, « département français » de 91 000 km², est couverte à plus de 90 % par la forêt primaire, et constitue une véritable mosaïque ethnique comme en témoigne l'éventail des origines de ses 120 000 habitants (officiels), dont 95 % sont regroupés sur la côte : Créoles (35 %), Métropolitains (15 %), Haïtiens, Brésiliens, Surinamiens, Chinois, Dominicains, « Syro-libanais », du

Venezuela au Brésil constituerait un remarquable terrain d'étude par la variété des colonisateurs : Espagnols, Anglais, Hollandais, Français, Portugais.

⁸ Par exemple : « le génocide a bel et bien été perpétré du nord au sud du continent » Dujovne Ortiz (1992).

Laos, plusieurs peuples noirs marrons, Indiens (de l'Inde). et à peine 5 % d'Amérindiens répartis en six tribus (Galibi, Palikur, Wajana, Wajampi, Arawak, Emerillon)⁹. Si une grande partie de la population officielle possède la nationalité française, le reste pose d'énormes problèmes, notamment migratoires, la population réelle étant estimée à plus de 150 000 personnes. Le pouvoir politique créole local ne cache pas son mépris des Indiens et autres populations indigènes. Pour la métropole, dans ce DOM reculé et peu dynamique, à l'activité économique stagnante et qui dépend en grande partie d'elle, seuls les Indiens et la fusée Ariane fascinent et motivent l'intérêt.

Les Wajana sont un peuple de langue karib actuellement disséminé entre le Brésil, la Guyane française et le Surinam, ayant assimilé au cours de son histoire un certain nombre d'autres ethnies. Ils sont répartis en villages allant de vingt à plus de cent personnes le long du Litani et du Maroni pour la partie française, chaque couple et ses descendants non mariés habitant un carbet particulier. Ils se nourrissent du produit de la pêche, de la chasse et de l'abattis. Il n'y a pas de chef, l'indépendance étant une des valeurs wajana les plus enracinées, mais dans chaque village il existe un représentant, validé par le préfet, qui sert d'intermédiaire entre l'administration et la population. L'alliance entre cousins croisés bilatéraux a quasiment disparu, notamment du fait des nombreux mariages inter-ethniques (mais intra-Indiens). L'alliance actuelle est conçue comme libre. La descendance se compte sur les deux lignes, et la résidence est traditionnellement uxorilocale. La grande cérémonie d'initiation, le *marake*¹⁰ ou plus exactement *eputop*, n'a plus eu lieu pour les garçons depuis 1988 et elle a peu de chances de reprendre, alors qu'elle persiste (mais il s'agit d'une version « allégée ») pour les filles. La vie sociale est ponctuée de nombreuses fêtes profanes pendant lesquelles le *cachiri*, « bière » de manioc, coule à flots. La vente de gibier ou de poisson à Maripa-

⁹ L'ordre de citation est en rapport avec l'importance démographique (chiffres tirés de Grenand 1990), les Galibis étant les plus nombreux avec un peu plus de 2 000 représentants, alors que les Emerillons minoritaires en comptaient 180 en 1990. Galibi et Wajana appartiennent à la famille karib, Wajampi et Emerillon à la famille linguistique tupi-guarani, Palikur et Arawak à la famille arawak.

¹⁰ L'alphabet utilisé pour les mots vernaculaires est celui des missionnaires du Summer institute of linguistics.

soula ¹¹, à quelques heures en aval, celle d'artisanat par l'intermédiaire d'associations coopératives ainsi que des activités salariées épisodiques ¹² leur apportent les liquidités nécessaires à l'achat et à l'entretien de moteurs hors-bord pour leurs pirogues, de fusils, de cartouches et de petits objets devenus indispensables (récipients en alu, lampes torches...), et à des dépenses somptuaires variées (tee-shirt, chaussures, postes radio...). Il existe une école depuis vingt ans à Twenke, depuis moins de dix ans à Elahe et Antecume, et depuis trois ans à Kayode. La couverture médicale gratuite, dépendant de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale de la Guyane, est assurée par les deux médecins du centre de santé de Maripasoula, qui « montent » en tournée mensuelle à bord de pirogues, couvrant en deux jours le « pays indien », et par deux postes de soins tenus chacun par un métropolitain rémunéré mais sans formation particulière, reliés par radio à Maripasoula.

Contrairement à d'autres groupes amérindiens qui ont eu à souffrir de la colonisation, les Wajana n'affichent pas de volonté politique commune, restant en-dehors des débats qui agitent la Guyane moderne. Fait capital, seuls parmi les Indiens de Guyane ils ont refusé la nationalité française. Ils ne reçoivent pas, de ce fait, d'aides sociales, et l'on peut dire qu'ils ne subissent pas d'influences politiques réelles. Peuple itinérant, ils sont en cours de sédentarisation et d'expansion démographique (ils passent à 920, pour l'ensemble des Wajana, en 1980, et environ un millier aujourd'hui). Habitants de la France sur leurs propres terres, ils ne sont pas des Français sans cependant relever d'un statut de réfugiés ni d'autres régimes précis : leur statut juridique est donc particulier. Toutefois il faut noter un mouvement récent visant à l'acquisition de la nationalité française. L'exemple des Emerillons de Camopi permet cependant de parler d'une véritable pathologie de l'assistance, connue de tous, mais dont personne à ce jour n'a tenu compte afin d'ajuster l'aide.

¹¹ Bourg de plus de mille personnes, fondé dans les années 40 par l'administration métropolitaine et rapidement peuplé de Créoles, mais actuellement à majorité noir marron Boni.

¹² Guides pour les missions botaniques ou géologiques, défricheurs et « boussoliers » (ceux qui utilisent la boussole pour déterminer le trajet rectiligne d'un layon) pour la prospection minière...

*La conception « classique »
de la maladie et des soins chez les Wajana*

Pour les Wajana, comme pour tous les Indiens d'Amérique, l'univers est animé. Ils distinguent globalement un monde visible, pourvu d'une représentation dans le Monde-autre. Alors que l'homme est doté de l'*omole* (l'âme, pour simplifier), chaque espèce animale, végétale et également le vent, la pluie... possèdent un *jolok*,¹³ sorte de principe spirituel de l'espèce et qui représente pour l'homme le principal vecteur de maladie. Ces *joloks* habitent soit dans le ciel, soit sous la terre (ce sont les plus dangereux), soit sous l'eau, soit enfin dans la forêt. Ils sont disposés en villages, dorment le jour et se promènent la nuit, mangent principalement des champignons (*piupiu*) et de la chair crue. Ils sont par définition méchants, mais une analyse plus fine montre qu'en réalité ils demeurent pour la plupart neutres, ou plutôt ambivalents. Tout dépend de l'usage que le *pïjai* (chaman) en fait, car ils rendent rarement malade de leur propre chef. De toute façon leur principale arme pathogène est le *jolok pile*, sorte de « flèche d'esprit », élément matériel (minuscule flèche en bambou, caillou, morceau de verre, chenille...) qu'ils projettent violemment dans le corps de leur victime impuissante. En effet le *jolok* comme le projectile sont invisibles pour le simple mortel, sauf la « flèche » après son extraction par le chaman. Sa pénétration détermine la maladie, et plus précisément une affection douloureuse. Certaines affections possèdent en propre leur *jolok*. Tel est par exemple le cas de *ëkeëke*, polyarthralgie inflammatoire évoluant vers l'amyotrophie avec rétraction d'un membre, inférieur le plus souvent. Une hiérarchie complexe régit les rapports des *joloks* entre eux, et donc aussi entre les *pïjai* auxquels ils sont associés. En haut de cette échelle on trouve des *joloks* indépendants, tels les « chefs des maladies », qui échappent à la sphère d'influence des chamans.

Le Monde-autre comprend, en plus des *joloks* mais s'en rapprochant, les âmes des morts ou *akuwalimpë* (elles sont en fait une espèce, au même titre que les *joloks* ci-dessus définis, au sein du genre *jolok*), à qui l'on ne rend aucun culte. Elles se manifestent la nuit également, surtout par des bruits et des frôlements

¹³ Pour la transcription phonétique des mots wajana nous avons adopté l'alphabet des missionnaires protestants du Surinam, simple, adapté et repris par les instituteurs des villages.

rappelant sans hésitation possible un défunt bien identifié. Parfois on peut les apercevoir furtivement sous l'apparence d'un fantôme à l'image du mort. Elles résident près de la tombe, et aiment revenir se promener sur les lieux de leur vie charnelle. Sans être mal intentionnées, elles perturbent les vivants qui s'accommodent mal de leur présence : jusqu'à une période récente elles constituaient un des facteurs du déplacement des villages. Elles peuvent déterminer deux types d'affections principalement : la mort subite, par la frayeur qu'elles risquent d'engendrer (« si elles frappent sur l'épaule »), et le « vol de l'âme ». Ce dernier est assez fréquent et malgré l'action curative du chaman, il peut mener à la mort lorsqu'il se répète, car il témoigne alors de l'amour du défunt pour quelqu'un de sa famille qu'il veut appeler auprès de lui par ce moyen. Enfin des relations mystérieuses liant des objets ou des vivants non-humains à l'homme peuvent, dans des circonstances bien définies, le « contaminer ».

De nombreux interdits, tant comportementaux qu'alimentaires, ponctuent la vie wajana, préservant chacun de menaces physiques précises tant qu'ils sont respectés.

Sans détailler davantage nous sommes déjà en mesure d'établir un inventaire succinct des types d'affections chez les Wajana :

- Les maladies liées à *jolok pile*, les plus fréquentes et redoutées. Généralement attribuées à l'action maléfique d'un chaman d'un autre fleuve qui a enjoint à un de ses *jolok* de flécher le malade, soit par vengeance personnelle, soit par méchanceté, soit afin d'exécuter une « commande » rémunérée pour un particulier soucieux de venger un affront, d'épancher ainsi sa jalousie... (il y a là clairement un mode de contrôle social). Cependant, mais rarement, c'est à la méchanceté pure du *jolok* dont on a traversé le chemin que la maladie est attribuée. Dans tous les cas celle-ci peut prendre de nombreuses formes, dont la douleur est la constante, qu'elle s'accompagne de paralysie de type tétanique ou encore de métrorragies, selon le type de *jolok* responsable. Seul le *pījai* est compétent pour le traitement.

- *Tētamolekai*, littéralement « le vol de l'*omole* ». Il ne se produit pas de force, sous la contrainte, mais exige que la victime, sous l'impulsion de la surprise, de la peur ou simplement en dormant, ouvre la bouche par où s'enfuit l'*omole*. C'est principalement chez les malades et les enfants qu'on observe cela. Il se trouve

alors généralement aux alentours un *jolok* (pas n'importe lequel d'ailleurs, mais celui de certaines espèces animales), qui va emmener cette *omole* naïve chez lui, en captivité, sans mauvaise intention particulière, sauf, nous l'avons vu, en ce qui concerne l'*akwalimpë*. Cette dernière effectivement peut déterminer elle même (sur injonction d'un chaman) les conditions de l'expulsion de l'*omole*. L'affection engendrée est essentiellement une grande langueur avec cachexie progressive pouvant aboutir à la mort. Si elle persiste, seul le chaman pourra trouver, ramener et réintégrer l'*omole* dans le corps du malade.

- *Tëtĩmtei*, l'empoisonnement « magique » par des procédés utilisant de façon métonymique une parcelle de la personne (crachat, cheveux, traces de pas, urine), ou un objet d'utilisation récente (pagaie, machette...). Les formes cliniques sont variables : « pourrissement » du pied si l'on a utilisé les traces de pas, de la main si c'est la pagaie ou la machette, du sexe si c'est le sperme (dans le cas d'une femme jalouse), brûlures dans la verge si c'est l'urine... Ce type étiologique, basée sur le principe de la magie contagieuse, est à la portée de toute personne en connaissant le « secret ». Les *hemĩt*, plantes à l'origine légendaire et dotées de pouvoirs magiques, concept important de la pensée wajana, trouvent ici une application. Il existe plusieurs modes de traitement.

- *Tëlemikai*. C'est le fait d'utiliser des chants magiques, les *ëlemis*, et ici dans un but pathogène. Redoutables car difficiles à soigner, les maladies engendrées selon ce mode étiologique recouvrent à peu près les mêmes tableaux cliniques que *tëtĩmtei*. On envisage cette origine notamment lors d'une résistance au traitement. C'est à un *ëlemi* (le même terme désigne le chant et son utilisateur) que revient la cure du mal.

- La rupture d'interdit, dont l'expression clinique est basée sur l'imitation. *Tëhetameimai*, lorsqu'il s'agit d'entités vivantes : manger ou tuer tel animal par exemple alors que c'est interdit à ce moment-là pour cette personne. Dans ces conditions manger du pakira provoquera tôt ou tard *lëwë*, affection redoutable dont le biomodèle est la crise d'épilepsie, car le pakira immobile a parfois des tressaillements de tout le corps. Ou il s'agira de *tëtameikai* quand l'interdit porte sur des éléments n'appartenant pas au règne animal : ainsi la femme avortera si son mari a coupé des roseaux — pointus — pendant la gestation ou si elle a manipulé ou approché des clous ou autres objets pointus. Cette étiologie très fréquente relève le plus souvent d'une prise en charge profane.

- Les maladies « naturelles » : fractures, certaines fièvres, blessures, piqûre de raie, ver macaque, infections oculaires... Mais aussi affections liées à l'ingestion d'aliments déconseillés (manger de l'huile donne des taches sur la peau, manger du sel pendant la grossesse des trous dans les dents) ou avariés (on aura alors de la diarrhée...).

Nous verrons qu'il existe une autre catégorie, celle des maladies importées, d'apparition tardive et liée au contact avec les Blancs. C'est par rapport à elles que nous avons précisé « classique » dans l'intitulé du paragraphe, réservant le terme de moderne à ce qui a suivi ce contact.

Cette recension des causes de maladies chez les Wajana est volontairement simplifiée. Lui répondent des modes de soins et des types de soignants.

Il existe trois variétés de soignants :

- Le *pījai*, c'est-à-dire le chaman. Une analyse exhaustive de ses fonctions serait ici superflue. Ambivalent, pouvant effectuer le bien comme le mal selon l'usage qu'il décide de faire de ses *joloks*, il est l'intermédiaire exclusif avec le Monde-autre. Il acquiert son pouvoir soit par hérédité (avec un apprentissage minimum, ultérieurement), soit par apprentissage pur, surtout après une révélation. Il est le seul spécialiste de la société wajana, bien qu'il effectue par ailleurs les mêmes tâches courantes que tout le monde. Il inspire à la fois crainte et respect. Ami ou chef (selon les versions) des *joloks* qu'il a acquis, il peut grâce à eux entrer en contact avec toute l'Autre nature et y jouer un rôle. Pour tuer, si un intérêt quelconque l'y pousse, et alors c'est presque toujours sur un autre fleuve que les effets funestes de son action se feront sentir, pour guérir quand on vient le solliciter dans ce sens. Tous le considèrent comme l'ultime recours face aux menaces du Monde-autre, mais ils sont conscients de sa duplicité : il vient en premier dans les représentations des causes de mortalité, loin devant toutes les autres réunies.

Son action est toujours rémunérée, et il est vrai qu'il effectue une mission à risque. C'est à lui qu'on s'adressera en premier lieu pour traiter tout ce qui est *jolok pile*, *tētamolekai*, ou autre démêlé avec un *akwalimpë* et, d'une façon générale, pour tout ce qui inquiète ou dure trop. Il s'intéresse, pour reprendre les termes de S. Fainzang, aussi bien à l'événement qu'à la manifestation. Un membre de la famille, après décision collective, va le trouver afin d'engager le processus de soin. A l'issue d'un bref examen du malade sur lequel il souffle la fumée d'une

cigarette tout en appliquant les paumes des mains au niveau de la zone malade, il devra faire un rêve-réflexion durant lequel ses *joloks* enquêtent pour déterminer l'origine précise de l'affection et l'identité de l'agent responsable. Ses *joloks* lui dicteront également la conduite à tenir. Ensuite, il informera la famille du type de cigarette qu'elle devra préparer en vue de la séance de guérison (dans chaque cigarette est inclus un élément végétal dont le *jolok* est nécessaire à l'action ablative du *jolok* animal correspondant). Cette dernière aura lieu après la tombée du jour, et se déroulera sous une « tente », *mimnë*, rapidement construite par des hommes de la famille avec des feuilles de palmiers dont la variété dépend du type d'affection à traiter. La famille se réunira autour de *mimnë* et se manifestera par des cris réguliers à l'intonation particulière ainsi que par des questions aux *joloks* que l'on incite à l'action. Ces derniers, qui raffolent du tabac, viendront se régaler, exprimant leur présence par un bruit d'ailes d'oiseau qui se pose et s'envole ainsi que par un chant qui les identifie. Après nombre de tribulations du Monde-autre, le *jolok* adéquat viendra habiter la peau du chaman pour « battre » ou « tuer » son alter-ego pathogène, et c'est ensuite seulement que le chaman pourra extraire, par succion, le *jolok pile* (c'est là que le *jolok* de la plante mélangée au tabac joue son rôle facilitateur) qui sera décrit ou parfois rapidement exhibé après la séance au milieu de crachats sanglants au creux de la main du *pïjai*. Ensuite sera prescrit un traitement à base de simples (que les membres de la famille iront chercher en forêt), appliqué en bain ou surtout en fumigation et/ou comportemental.

Chaque séance actualise l'ensemble des éléments de la culture wajana, les rend en somme visibles, et constitue pour les jeunes le mode d'appréhension le plus clair de leur propre culture : elle la met en sons et en gestes. A travers les séances de guérison tout ce qui fait le monde wajana entre en résonance : nature (animale, végétale, autre), Autre-monde, corps, rapports entre les hommes (et entre ceux-ci et la nature et l'autre-monde), mort, notion de faute et d'interdit, rôle respectif de chacun... Tout s'ordonne, prend place et sens. V. Turner le disait bien : « le rituel offre une scène sur laquelle les rôles sont joués et les conflits du drame séculier reflétés dans le symbole, le mime et le précepte. C'est par le drame rituel et le drame judiciaire que les membres d'une société prennent conscience des valeurs et des lois qui les unissent ainsi que de la nature des forces qui mettent celles-ci en danger » (1968). Le registre thérapeutique du *pïjai* est large, mais il

est sans concurrent en ce qui concerne les *jolok pile*, *tëtamolekai* (où il va récupérer l'*omole* du malade, ou bien la chasser ou la perdre si elle est par trop importune), et d'autres affections comme *lëwë*.

- L'*ëlemi* ou *ëlemikaten*. Il n'a (mais ce point reste à discuter) pas de connivence avec les *joloks*. Ce sont les *ëlemis*, paroles mystérieuses à l'origine mythique et à vertu curative, ou morbigène, qui lui permettent de traiter. N'importe qui ayant assez de mémoire et de talent peut les apprendre et les utiliser. Certains ne connaissent que quelques *ëlemis*, voire même un seul, alors que d'autres en possèdent de nombreux et sont parfois mis sur un pied d'égalité, en ce qui concerne non le champ d'action mais la puissance thérapeutique, avec le *pïjai* (ceux-là sont alors des semi-spécialistes). Dans la pratique il s'agit d'un soin individuel. Le malade vient trouver l'*ëlemi*, et ce dernier débite sur un ton monocorde et à toute vitesse les paroles salvatrices au niveau de la zone atteinte, s'arrêtant par moments pour souffler longuement sur elle. Si la personne est trop malade pour pouvoir se déplacer, un membre de la famille peut venir expliquer le cas à l'*ëlemi* qui prononcera de la même façon les paroles appropriées sur une petitealebasse emplie d'eau que l'on apportera ensuite au malade pour qu'il la boive. Son se manifeste essentiellement dans le domaine du visible (hémorragies diverses, plaies infectées ou nécrosées, piquûre de raie, vomissements, fractures, certaines maladies infantiles...), mais aussi dans celui du symptomatique : douleur (en attendant que le *pïjai* traite la cause), perte d'appétit... Leur action est rémunérée, comme celle des *pïjai*, en fonction du résultat obtenu et, comme lui, ils sont ambivalents puisqu'on leur attribue le pouvoir de « tuer ». Normalement les deux activités, *pïjai* et *ëlemikaten*, ne se cumulent pas, bien qu'il n'y ait pas incompatibilité. Un seul grand chaman est aussi grand *ëlemi* (mais il est en partie d'origine tirio, ethnie karib du Surinam considérée comme la « championne » des *ëlemis*), un autre l'est « un peu » seulement.

- Les traitements profanes sont basés principalement sur la pharmacopée, et le plus souvent suivant le principe de similitude. Ils sont utilisés généralement en première intention, et c'est par rapport à la résistance de l'affection vis-à-vis d'eux que se détermine l'itinéraire à venir. On y recourt lors de diarrhée, de douleur de l'oreille, d'infection oculaire bénigne, de fracture, de petite fièvre surtout chez l'enfant, de certaines affections cutanées... Pour *tëhetameimai* on réfléchit, en famille, quand ce n'est pas trop grave, à la cause de l'affection afin d'éviter à

l'avenir de renouveler la consommation pathogène. Citons de plus le recours à la parole profane à travers l'*ëlemi*. Tel est le cas si quelqu'un de la famille ou de l'entourage en connaît d'appropriés. On peut aussi appliquer un mode magique différent, consistant en l'énumération des agents étiologiques possibles jusqu'à ce que, ayant nommé le responsable de l'affection, celle-ci — toujours bénigne — disparaisse. Appartiennent encore à cette catégorie les gestes préventifs individuels ou familiaux comme celui de se frotter avec une substance mystérieuse afin d'échapper aux piqûres de serpents ou encore certaines techniques propitiatoires comme d'élever à plusieurs reprises le tout petit vers la pleine lune en prononçant des formules afin qu'il devienne grand et fort ; les techniques collectives conjuratoires préventives et même d'une certaine façon le *marake*.

Il existe une gradation entre ces divers recours, et l'on discerne aisément à l'intérieur de chacun d'entre eux une hiérarchie : on peut être un peu chaman, beaucoup ou pas du tout, de la même façon pour les *ëlemis*, et certaines personnes connaissent beaucoup de plantes alors que d'autres se limitent à quelques unes.

La rencontre : un échange unilatéral et meurtrier de maladies

Nous avons déjà évoqué un fait remarquable et remarqué, sur lequel il est temps de revenir. En effet de nombreuses observations attestent la permanence d'une manifestation de la rencontre Indiens / Blancs : la maladie sous forme d'épidémies chez les premiers. Cette constatation n'a rien de spécifique aux Amérindiens de Guyane, puisque l'on a pu parler, à propos de la conquête du nouveau continent d'un « choc microbien » dont l'impact démographique aurait dépassé largement l'effet des massacres. En Guyane la plupart des témoignages anciens décrivent des épidémies.

Or les Indiens prirent vite conscience du danger que représentaient pour eux ces affections, et de leur lien avec les Blancs. C'est ce qu'attestent tout d'abord de nombreux passages, de Crevaux (1883) ou de Coudreau (1895) entre autres, décrivant les Indiens fuyant à l'approche des Blancs. Ces auteurs nous livrent aussi l'explication indigène : la peur de la maladie. Donc, très tôt, les autochtones ont su que les Blancs apportaient avec eux des maladies féroces et inconnues. Cer-

tains groupes échappèrent à ces affections, volontairement ou par hasard, en s'isolant. Ainsi grâce à leur contact tardif avec les Européens, et par la suite grâce à la fermeture du fleuve par les Boni, l'effondrement démographique des Wajana fut retardé par rapport à la plupart des autres Amérindiens de Guyane, à l'opposé notamment des Galibi de la côte qui furent parmi les premiers en relation avec les Européens et firent précocement les frais des épidémies meurtrières.

Le fait de considérer que, dans l'ensemble, les premiers Blancs étaient accueillis sans défiance particulière nous conforte dans l'idée que ces maladies étrangères ont d'une certaine façon contribué à structurer les relations avec les Indiens. Cette assertion est encore renforcée par la profondeur de l'empreinte que ces affections ont laissée dans la culture wajana. En effet la notion d'altérité originelle qui leur est conférée, alors que leur substrat biologique a aujourd'hui quasiment disparu ou s'est modifié dans ses manifestations, reste présente à travers la conception que les Wajana ont des maladies. D'abord, comme nous l'avons rapidement signalé plus haut, les maladies importées ou « maladies des Blancs » constituent une classe distincte d'affections, agrégées maintenant au patrimoine morbide wajana : « rhume », éruption cutanées épidémiques principalement, mais aussi vomissements, fièvre de la malaria, hémorragies digestives basses... Cette représentation s'inscrit dans certaines pratiques, comme celle qui consiste, lorsque des militaires en mission séjournent quelques jours aux environs du village, à effectuer un rituel conjuratoire après leur départ afin de chasser les maladies qu'ils auraient pu amener avec eux. Mais aussi dans le discours, ainsi que ces quelques phrases d'un chaman le résumant très bien : « il existe de nouvelles maladies comme le rhume. Ce sont les Blancs qui les ont amenées. Autrefois si un Blanc entrait chez les Wajana, ils tombaient malades. C'est pour ça qu'ils avaient peur des Blancs ». Cette peur des Blancs, qui nous renvoie au comportement de fuite, est un indice clair du rôle de la maladie comme structurateur des relations car, en Guyane, seules les maladies épidémiques importées peuvent justifier cette peur, et ce chaman nous le confirme.

Si donc, comme le dit E. Montiel (1993), le « bon sauvage » fut la première image de l'altérité américaine renvoyée dans le miroir de l'Europe, on est en droit de penser que des éléments comme la rapidité et la constance de l'atteinte morbide des Indiens, les réflexes de fuite de ces derniers devant les Français, par leurs implications, signifient non seulement qu'une des premières images de l'altérité

européenne réfléchi dans le miroir des Amérindiens de Guyane fut celle du semeur de mort collective et mystérieuse, mais aussi que cette image eut des conséquences durables.

En somme, pour les Indiens, la rencontre se soldait par un constat du même ordre et aussi visible que celui de la différence de couleur de peau, mais combien plus inquiétant : celui de la *différence*. Sous les auspices de la maladie, plus exactement de ses nouveaux avatars, l'Indien était contraint d'envisager une *altérité dangereuse* par rapport à laquelle il lui faudrait tôt ou tard se situer. L'impuissance des médecines traditionnelles à guérir ces affections (impuissance qui d'ailleurs à l'époque égalait celle des Blancs) ou même seulement à les expliquer offrait une preuve supplémentaire de cette altérité : inopérantes sur les Blancs dont elles étaient en quelque sorte la redoutable métaphore, ces maladies décimaient les Indiens, traduisant leur défaite et engendrant « la peur du Blanc ». Ce mystère ne pouvait s'expliquer que parce que la maladie du Blanc relevait d'un monde différent. Cela aboutit à une prise de conscience anthropologique nouvelle de la part des Wajana : *chaque race a ses maladies*, et ici le terme « race » se réfère aussi bien à la couleur qu'à la culture, avec d'un côté l'Indien de toutes nations connues par lui, et de l'autre el Noir et surtout le Blanc, figure emblématique de l'Étranger.

Les échanges inter-ethniques étaient anciens et nombreux : guerres, échanges commerciaux en étaient les principaux motifs. L'étranger avait donc un visage, mais c'était celui d'un pair, d'un égal sur ce plan, qui ne suscitait pas de remise en question fondamentale, même dans le cas où son contact s'avérait dangereux. Prenons deux exemples : un épisode de grande décadence démographique de sa tribu est attribué par Monpera, ancien chef émerillon, à un sort lancé par un groupe d'Indiens du bas Oyapok venu commercer sur l'Inini (Grenand). On trouve une indication similaire dans Hurault qui décrit la dispute entre deux ethnies à la suite d'une série de décès brutaux attribués par la population amputée à un empoisonnement collectif. Dans les deux cas, le mal est épidémique. Il n'y eut cependant pas, et c'est là le point important, stigmatisation de l'autre groupe. Si la maladie n'a pas joué le même rôle que dans les rapports avec les Blancs, c'est peut-être du fait de la « couleur de peau », mais surtout parce qu'elle n'inaugurait pas les relations. Celles-ci étaient déjà nouées. Car c'est parce qu'elles apparaissaient systématiquement et dès le début des contacts que les pathologies importées ont parti-

cipé à la structuration des rapports entre groupes ethniques, et donc à leur définition respective en termes du soi et de l'autre. Sinon la lecture du mal se fera par la voie des rapports déjà établis, comme ce fut le cas dans les deux exemples cités. Tant qu'on décide d'interpréter la réalité selon une grille connue (comme, dans les exemples cités entre peuples indiens, *pijai* et empoisonnement) c'est qu'on admet implicitement une identité commune : on peut lutter sur le même terrain. Mais quand cette même réalité s'impose avec virulence et au tout début de la relation, en tant que partie intrinsèque mais offensive et projetée en avant d'une altérité saisie comme un tout, alors sa cause semble échapper et se situe dans un « ailleurs » hors de portée.

Après la rencontre: élaborations

La rencontre contraignit ainsi les Indiens, par le biais de la maladie, à une remise en question identitaire, ce qui ne signifie d'ailleurs pas que la maladie fut le seul élément de cette crise de l'identité. Le chaman en redonnant du sens va effectuer un travail sur l'identité. Or, dans le cas qui nous occupe, le caractère épidémique fait que c'est toute la société qui nécessite un réaménagement du sens, afin de rétablir son identité. C'est le système de soin dans son ensemble et, plus largement le groupe, qui est remis en question par ce désordre physiologique. Problème identitaire collectif donc, car une menace sous forme de maladies massives, diffuses et étrangères débouchait sur une absence immédiate de sens, créant une faille dans le système wajana d'explication du monde, remettant en cause « l'être social » dans son intégrité et dans son dialogue avec autrui

Dans ce champ nous tâcherons de voir comment « la découverte de l'autre est aussi découverte de soi-même : la rencontre d'une identité et d'une altérité. La société des Indiens wajana de la Haute-Guyane incite à mettre en évidence les conséquences identitaires du « choc microbien », dont on connaît déjà l'impact économique et social. Il est certes délicat de parler d'« identité ethnique » ; nous suivons ici Lévi-Strauss lorsqu'il dit que l'identité « est une sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses, mais sans qu'il ait jamais d'existence réelle » (Lévi-Strauss 1983). Nous ne le suivrons pas plus loin, en particulier lorsqu'il affirme qu'elle « est une

limite à quoi ne correspond aucune expérience » puisque c'est précisément de cette expérience que nous allons parler.

Les tensions créées par les épidémies ne pouvaient perdurer. À long terme les rapports avec les Blancs devenaient inévitables. Il était donc indispensable de s'adapter à ces menaces exogènes que l'on ne pouvait toujours fuir. D'autant que l'introduction, plus récente il est vrai, de nouveaux modes de soins (les « médicaments »), venait changer les données du problème.

Comment les Wajana ont-ils résolu cette « crise identitaire » ? Comment ont-ils répondu, dans le champ de la maladie et des soins, aux menaces qui pesaient sur leur identité afin de rester eux-mêmes tout en se modifiant ? Par quels moyens ont-ils évité une déstructuration majeure, ainsi que cela a pu arriver à d'autres peuples ?

Nous savons que le chamanisme n'est pas l'unique composante de la médecine wajana : cette dernière est aussi constituée d'une pratique profane basée principalement sur une pharmacopée dont le bain et l'enfumement sont les deux principales voies d'utilisation, et d'une pratique traditionnelle semi-spécialisée utilisant des chants magiques, les *ëlemis*.

C'est en particulier en observant jusqu'à son état actuel la tendance évolutive de ces différentes pratiques que l'on peut tenter d'accéder aux ajustements qui se sont produits à leur niveau, et la façon dont ils ont été réalisés.

Nous n'avons aucune donnée objective sur l'évolution ancienne des soins, et lorsque les Indiens parlent d'« *uhpak* », « il y a longtemps », c'est aussi bien ce qui s'est passé vingt ans auparavant que ce que leurs parents leur ont dit tenir des anciens. Ceci constitue bien sur une limite à notre travail puisqu'il est impossible de situer précisément l'échelonnement des faits dans le temps. Ce qui peut être affirmé concerne essentiellement le XX^e siècle, sans que nous soyons en mesure de préciser le moment du début des grandes tendances.

Les avis sur la pharmacopée sont unanimes : sa connaissance et son usage périclitent, et le déclin a commencé voilà plusieurs générations. Si quelques informateurs peuvent livrer un nombre assez appréciable de plantes (quelques dizaines) avec leur mode d'emploi, une écrasante majorité avoue ne pas savoir grand chose, en dehors de quelques « recettes de famille » qui constitueraient le reliquat d'un riche patrimoine commun revendiqué. Quant aux jeunes, leur ignorance se

majore d'un net désintéret pour la chose. Seuls les *pījai* sont encore dépositaires d'une bonne part de ce trésor. Il est donc logique, en-dehors de toute référence à un mythe de l'âge d'or, de les croire quand tous, *pījai* ou non, reconnaissent qu'en ce domaine ils en savent nettement moins que les anciens. Telle personne âgée me disait : « Ah ! autrefois sur le Jari on ne se soignait que comme ça ! Maintenant on a tout oublié ». D'autre part les plantes prescrites par le *pījai* pour les soins qui suivent la séance de guérison tendent à être négligées au profit des médicaments, concurrents directs et glorieux des soins par les plantes.

Comment expliquer ce reflux de la? Les Wajana nous livrent certaines clefs : d'abord il y a les médicaments, et comme « c'est plus fort » et gratuit, à quoi bon se fatiguer à aller chercher les plantes dans la forêt ? Et puis il y a l'école, et de ce fait les enfants sont moins souvent avec leurs aînés, perdant ainsi le bénéfice de l'enseignement traditionnel, dont celui de la pharmacopée faisait partie intégrante. Conscients de cette perte, ils semblent l'entériner sans regrets. Nous sommes là en face d'un recul massif sans solution indigène de substitution, bien qu'on puisse présumer que quelques recettes de base persisteront. N'oublions pas que, dans le nouveau paysage de la Haute-Guyane, le médicament est aussi gratuit et encore plus facile à trouver que la plupart des plantes de la forêt. Toutefois, si les facteurs retenus ont sans doute joué un rôle d'accélérateurs, rappelons que les voyageurs de la fin du siècle dernier (Crevaux notamment était médecin) avaient introduit, ne serait-ce que très momentanément, les médicaments, et l'on peut penser que ces derniers agirent assez tôt au niveau des représentations.

Qu'en est-il des *ëlemis* ? On observe là encore une nette régression mais moins massive et à nuancer. Tous reconnaissent qu'il y a moins d'*ëlemis* qu'avant, et le fait semble patent. Il paraît qu'autrefois chaque Wajana possédait au moins une formule « magique » spécialisée, et que, pris dans son ensemble le groupe familial était détenteur d'une panoplie complète d'*ëlemis* permettant de répondre aux nécessités du pathologique quotidien. Aujourd'hui, à part quelques grands noms qui paraissent rassembler en eux l'essentiel du savoir ancien, et ont su trouver ou conserver des réponses à quelques affections « nouvelles » (vomissement, hémorragie digestive notamment), la diffusion, même minime, dans l'ensemble de la société de recettes incantatoires de base, et encore plus de leur pratique, est en phase finale de disparition. Par ailleurs je n'ai pu obtenir le nom d'aucun grand *ëlemi* ancien. Il y aurait lieu de s'interroger sur le changement de

statut de cette pratique, qui paraît ne s'être semi-spécialisée qu'assez récemment. Les motifs invoqués pour justifier cet état de fait sont du même ordre que pour la pharmacopée : l'accès facile aux médicaments, et l'école qui, en emplissant le cerveau des enfants de nombreuses connaissances, ne laisse plus de place en eux pour cet apprentissage réputé difficile. Les grands *ëlemis* sont des hommes âgés dont un seul a transmis une partie de son savoir à ses fils. Les Wajana n'hésitent pas à recourir à leur compétence lorsqu'ils pensent que leur maladie en relève ou quand le traitement du *pïjai* est mis en défaut. Donc malgré des tentatives d'adaptation, la récession numérique est claire et il n'y a pas, ou peu, d'apprentissage en cours, ce qui incite à envisager une extinction prochaine de cette pratique, au moins sous sa forme « noble » actuelle. Une approche plus précise fait ressortir la modification du statut des *ëlemikaten* ; il semble que les jeunes n'en attendent plus de soins mais en aient peur à cause du caractère ésotérique de leurs procédés. On ne les respecte plus pour le caractère bénéfique de leur pratique, mais au contraire pour son versant maléfique. Il y a là un changement très intéressant.

Reste à analyser l'activité des *pïjai*. Ils ont numériquement diminué, tous les Wajana l'attestent. Mais leur activité ne semble pas avoir chuté. Par contre elle s'est modifiée. On les consulte toujours autant, mais souvent pour d'autres motifs. Les plus anciens d'entre eux ont constaté un changement dans la répartition des affections. L'un d'eux me confiait : « Il y avait des maladies particulières aux Blancs, d'autres pour les Indiens et d'autres pour les Noirs. Celles des Indiens n'existent presque plus chez les Indiens et vont chez les Blancs. Aussi autrefois on perdait *omole* plus souvent », et un autre : « Ce qui a changé c'est que beaucoup de maladies ont disparu », ou encore : « Je vois moins souvent *jolok pile* ou *akwalimpë* », et le plus âgé de tous : « Autrefois *ëkeëke* était fréquent, maintenant il est rare. Toutes les maladies comme *lëwë* et *akwalimpë* sont moins fréquentes ». On pourrait expliquer ces changements par des modifications de la pathocénose ¹⁴ et de l'immunité, mais il est plus vraisemblable qu'une adaptation culturelle, à travers la présentation des symptômes (rôle des malades) et le mode explicatif (rôle des chamans), en fut le principal facteur. Par contre la transmission du savoir

¹⁴ Le concept de pathocénose, utilisé par Grmek dans une perspective historique, désigne « un ensemble d'états pathologiques qui sont présents dans une population donnée à un moment donné ».

est ici aussi réduite. A cause de l'école, nous répondent les Wajana, dévoreuse de temps et d'efforts, à cause également des privations de l'initiation que les jeunes se refusent à respecter, à cause du sang qu'ils ne veulent plus absorber... Mais peu d'entre eux ont utilisé l'argument des médicaments. Nous allons comprendre pourquoi. Au total malgré le maintien de l'activité chamanique et de sa prégnance, le risque concerne la « relève » au cours des décennies à venir.

Ainsi, la modification principalement culturelle du panorama morbide a-t-elle permis d'organiser les attributions thérapeutiques entre deux pôles : chaman et médecin. Car il convient d'ajouter un nouveau volet à ce qui est en train de devenir la médecine Wajana moderne. C'est celui du recours aux soins biomédicaux dont le « médicament » est la métonymie. Le médecin est avant tout celui qui connaît les médicaments, et l'on considère généralement qu'il connaît bien le corps, son action se limitant au niveau profane et visible, matériel. La consultation auprès des deux postes de santé, créés depuis moins de vingt ans, concerne surtout les maladies infectieuses : paludisme, infections ORL, rhume et bronchites, diarrhées (donc en grande partie les « maladies des Blancs ») mais aussi les problèmes dentaires et cutanés, les plaies, les piqûres de raie, les petites douleurs... La vaccination est acceptée facilement maintenant. Les primo-accouchements se font pour la plupart à Cayenne, sinon au dispensaire de Maripasoula. On consulte plus vite qu'auparavant pour les jeunes enfants. Il n'y a pas compétition sur le plan thérapeutique, alors que c'est le cas, à peu de distance de là, entre thérapeutes boni et médecins, mais complémentarité sans heurt. Les rares fois où l'on m'a demandé d'intervenir en tant que médecin, pour des cas inquiétants, ce fut en combinaison avec le chaman, à la séance duquel j'étais accueilli amicalement à peine mes soins achevés. Cette relative confiance est cependant récente, comme me le signalait André Cognat, responsable du poste de santé d'Antecume, installé chez les Wajana depuis près de quarante ans. Ce n'est que très progressivement qu'elle s'est établie, selon une logique consistant à soumettre dans un premier temps des cas bénins, et les rapports actuels ne datent pas de plus de quinze ans. Quoi qu'il en soit le médecin, ou un de ses représentants, fait maintenant partie de la panoplie de soins wajana et la combinaison des différentes solutions est une constante dès qu'il n'y a pas sédation immédiate ou très rapide de la symptomatologie.

Nous avons constaté que les ajustements s'effectuaient grossièrement selon plusieurs modalités bien connues : la perte, l'addition, l'adaptation, la résistance.

Les deux derniers sont le fait du chamanisme cautionné par l'ensemble social. Mais il faut se méfier de cette typologie. En la suivant de façon simpliste on croirait raisonner sur des entités pathologiques fixes et autonomes, comme autant de territoires à conquérir, autour desquelles se livrerait un combat entre différentes méthodes de soins. Or nous avons déjà relevé le caractère mouvant de ces entités, qui sont créées ou annulées ou déplacées ou modifiées afin de servir à négocier une identité, à bouleverser pour tel profit les frontières du partage... Les ajustements, la répartition des tâches, ne sont pas seulement fonction de la spécificité de chacune des pratiques en présence (et de sa « théorie »), de leur « force » intrinsèque : ces médecines fabriquent également la matière de leur confrontation, en proposant à l'approbation de la société de nouveaux modelages ainsi que des créations.

On observe un recul des deux pratiques, profane et semi-spécialisée, malgré un effort de la part des *ëlemis*. Si elles n'ont pu ni résister ni s'adapter aux contraintes, ce n'est pas seulement à cause des motifs invoqués par les Indiens, mais aussi pour d'autres raisons. D'une part parce que leur sphère principale d'activité, la lésion visible et la maladie « naturelle », coïncide avec celle où la biomédecine est la plus efficace ; elle peut de ce fait les mettre en défaut de façon souvent apparente. Mais surtout elles ne possèdent pas l'armature théorique et l'aura du chamanisme, ce qui limite leurs possibilités de réajustement. Cette carence adaptative n'est pas un hasard, mais est liée au fait qu'elles n'incarnent pas pour les Wajana l'essence de leur culture. Elaborées par leur société pour résoudre des problèmes simples et pratiques, n'utilisant qu'une parcelle du savoir, sans rapport avec le « sacré », elles ne sont que des instruments techniques, auxquels on peut en substituer d'autres, étrangers, sans se renier du moment qu'on en tire avantage. Il est clair qu'elles ne constituent pas des zones identitairement sensibles, où les Wajana se sentiraient profondément menacés, où il y aurait lieu d'opposer une résistance.

Notons que le chamanisme a, lui aussi, enregistré quelques « dommages » : on ne lui confie plus certaines maladies, et les soins (plantes) prescrits ne sont plus respectés de la même façon. Quant à sa régression numérique, elle s'explique surtout par la concentration de l'habitat suite à la sédentarisation (phénomène qui aurait dû au contraire favoriser les *ëlemis*). Autrefois il était nécessaire d'avoir au moins un *pïjai* par village, ces derniers étant éloignés, nombreux et petits. Le

grand chaman P. n'a appris, jeune, que sur les instances d'un parent car son village était dépourvu de *pījai*. Les villages étant plus importants et moins nombreux actuellement, la « demande » a diminué.

Le chamanisme est, quant à lui, le siège de nombreuses adaptations. Plus exactement il est caractérisé fondamentalement par un vrai « esprit d'entreprise », tourné attentivement vers ce monde changeant qu'il lui revient en grande partie d'expliquer. Mes entretiens avec les chamans wajana et l'observation de leurs cures thérapeutiques m'ont convaincu de leur souci d'apprentissage permanent afin d'améliorer leurs techniques, afin de répondre à des besoins nouveaux, pratiques ou intellectuels. Le *pījai* M. d'Antecume m'a dit qu'il avait appris à soigner d'autres maladies, qu'il utilisait de nouvelles plantes, enfin qu'il emploie maintenant un roseau plutôt que la succion directe pour extraire les *jolok pīle* du vagin ou d'autres zones délicates ou sensibles. D'autres m'ont décrit leur apprentissage à propos de maladies nouvelles (pas particulièrement les « maladies des Blancs »), surtout grâce à leurs *joloks* qui les renseignent au fur et à mesure sur tous les éléments du savoir et de l'action ou, plus rarement, grâce au savoir d'un autre chaman.

Conté par le grand chaman P., l'exemple d'une affection inconnue devant laquelle il avait dû s'incliner et qui avait provoqué la mort, est suffisamment démonstratif du premier procédé d'acquisition :

« Dimanche dernier j'ai vu sur le fleuve, vers l'aval, le *jolok* qui a tué la fille de X. cet été. Il venait du Jari. Les chefs de mes *joloks* faisaient une réunion cette nuit-là, alors je suis monté les voir. Ils m'ont montré ce *jolok* qui passait et qui tenait la fille de X. dans ses bras. Il venait d'essayer d'attaquer une fille du village Z. mais il l'a ratée. Mes *joloks* m'ont dit que c'était un spécialiste de la gorge. Il flèche là et c'est pour ça qu'on peut plus parler ni bouger. Alors mes *joloks* l'ont tué. Comme il était accompagné par un camarade mes *joloks* ont obligé ce dernier à indiquer comment faire les soins si cette maladie revenait, puis ils l'ont tué. »

En pensant l'inconnu morbide (qui ne se limite pas aux maladies importées) à travers les catégories de la culture wajana, et parfois en modifiant ces catégories (tel ce *pījai* affirmant « quand on a mal au ventre ou de la fatigue, ce n'est plus forcément *jolok pīle*, ça peut être autre chose... par exemple des clous »), ils permettent son intégration, et cet *apprivoisement*, minorant le danger et l'angoisse, réduit de fait le sentiment d'altérité. C'est ce qui a dû se passer à propos des « ma-

ladies des ». Elles sont moins redoutées car, c'est certain, moins fréquentes à cause de la vaccination et de l'acquisition d'une immunité, donc d'une action sur le plan biologique, mais aussi grâce à une action sur le plan culturel, fruit du travail des *pïjai* et de l'assentiment de la population. Nous touchons là un point sensible : car si les chamans élaborent des réponses nouvelles, elles ne peuvent persister que par une reconnaissance sociale générale (c'est cette volonté qui fait défaut pour la pharmacopée et les *ëlemis* où se manifeste un désinvestissement global). Si certaines affections disparaissent au profit d'autres, c'est en partie par un modelage différent de la pathologie dont les acteurs sont l'ensemble des Wajana. Insistons encore sur la conception dynamique propre au chamanisme, qui n'a pas attendu les « maladies des Blancs » pour tenter de coller à la réalité, mais qui saisit cette dernière dans ce qu'elle a de changeant. Cependant les maladies importées ont dû le confronter initialement à un échec massif, par leur gravité et leur aspect collectif. Or le chamanisme n'est pas un instrument que l'on peut troquer pour un autre. Il porte en lui un potentiel évolutif puissant. Y réaliser certes des modifications pour survivre, l'adapter au nouveau milieu tout en le préservant, mais ne pas le remplacer pour ne pas devenir totalement autre, voilà ce qui est ici en jeu. En cela les *pïjai*, soutenus par le groupe social, sont des « traducteurs culturels », travaillant aux frontières de l'identité ou plus exactement travaillant ces frontières dont ils sont en quelque sorte les habiles sculpteurs.

Les « frontières » de la culture wajana au pays du malheur physique

Cédant du terrain sur quelques aspects, les *pïjai* ont su malgré tout conserver avec force, grâce à l'adhésion de leur groupe, les principes mêmes de leur art. De plus, à travers certaines maladies, leur culture a créé une sorte de démarcation entre elle et celle des « envahisseurs ». Car si nous avons insisté jusque là sur l'aspect intégrateur ou plus exactement adaptatif de leur activité, il nous faut voir maintenant où se situent les marges de l'adaptabilité, autrement dit par où passent les frontières visibles et revendiquées de la culture wajana au pays du malheur physique. Les résistances tracent des frontières, il s'agit de voir où et comment. C'est là que le balisage annoncé sera le plus lisible.

Nous avons dit que les représentations, principes et pratiques de base qui déterminent l'existence et la particularité du chamanisme wajana conçu comme point nodal de l'ensemble culturel, ont globalement résisté au contact. Ces bases, par nature évolutives, ne sont pas altérées. Le chamanisme est en quelque sorte le cœur culturel wajana, il synthétise l'essentiel des représentations de cette société. Qu'arriverait-il s'il n'y avait plus de *pījai*? « Alors tout le monde mourrait car personne ne saurait enlever les *jolok pile* ! » C'est une autre façon de dire que le monde ne saurait exister sans le chaman, tant le rôle de ce dernier est majeur, proprement vital. Le premier chaman, inaugurant l'unique lignée de spécialistes de la société wajana, ne reçut-il pas son pouvoir du dieu unique Kujuli ? Et ceci par l'intermédiaire d'un messenger du monde-autre, qui y retourna : son père. Lui substituer un autre mode de soin reviendrait pour la société globale à changer d'âme, à perdre ses repères, sa façon d'être, bref son identité. Mais il s'agit d'un premier niveau, d'une toile de fond où vont s'inscrire des détails. Des marqueurs plus précis, à déterminer, doivent permettre d'affiner la lecture. Pour notre part nous proposons le concept de « maladie-frontière ».

Effectivement il est possible d'isoler un autre niveau de résistance, plus visible, érigé à partir de quelques affections ou modes étiologiques que nous nommerons *maladies-frontières*. Nous retiendrons chez les Wajana, à titre d'exemple, la plus fondamentale et la plus caractéristique, le *jolok pile*, sorte de flèche invisible propulsée magiquement à l'intérieur du corps de la victime par un « esprit » sur l'injonction d'un chaman, et qu'un autre chaman consulté s'emploiera à ôter selon le rituel complexe déjà décrit et qui est à lui seul une sorte d'abrégé de la culture wajana. Le signe pathognomonique de l'atteinte par *jolok pile* est la douleur. Or si le traitement biomédical de la fièvre ou celui de la diarrhée par exemple ont acquis une réelle légitimité aux yeux des Wajana, ni les antalgiques ni l'intervention chirurgicale ne bénéficient du même statut. Un solide consensus admet que seul le chaman possède le pouvoir de traiter l'affection douloureuse. L'aspect symptomatique peut, en attendant, faire l'objet de soins biomédicaux ou profanes ou par *ëlemis*, mais c'est le chaman qui *guérira* l'affection. Il ne s'agit pas là d'un simple constat imposé par l'évidence, ni d'un mode adaptatif face à des circonstances défavorables, mais bien d'un acte dynamique et structurant aboutissant à la (re)définition de limites claires, dans le champ des soins, qui permettent de se situer et de situer l'autre. Plus que cela : on entend montrer à ce niveau que le

rapport de pouvoir est inversé. Le docteur ne peut pas, ne sait pas enlever le *jolok pile* : seul le chaman, héros culturel en la circonstance, peut réaliser cette opération. Le vieux *pïjai* Z. me racontait en riant cet épisode où, lors d'un séjour à l'hôpital pour un problème sans solution, il fut amené à enlever du cou du docteur blanc un gros crayon (crayons et stylos sont les *jolok pile* des Blancs). Tout malade ayant bénéficié à Cayenne, cas exceptionnel, d'une intervention chirurgicale, va, dès son retour, demander une séance au *pïjai* pour ôter le *jolok pile*, puisqu'il considère que l'intervention chirurgicale a simplement enlevé « la maladie », c'est-à-dire le pourrissement des tissus autour de la flèche. Les Wajana distinguent clairement le *jolok pile*, étiologie du mal et cause de la douleur, et la « maladie » conséquence tissulaire générée par la présence du *jolok pile*. Le *pïjai* est chargé d'enlever le premier alors que le médecin, exceptionnellement et parce qu'il le propose, secondairement et comme en supplément, enlève la « maladie ». Il s'agit là d'une action de résistance à une pluralité menaçante, et qui menace quelque chose qui touche au fondement de l'« identité ethnique », tant il est vrai que « chaque société... a besoin d'une altérité dévalorisée pour créer sa propre identité... » (Amselle). Ou bien encore d'une volonté de prendre sa place, à égalité, dans un ensemble dont on paraissait *a priori* exclu.

Ainsi globalement un affaissement localisé dans le système de soins se trouve d'une certaine façon compensé par un rapport de domination dans un autre secteur. Ici ce n'est pas simplement la maladie qui est en cause, comme on a pu le voir lors de la rencontre, mais le type de soin et celui qui en est chargé. Ou plutôt, pourrait-on dire, la pathologie sert de matériau pour une élaboration précise, travail sélectif permettant finalement une mise en valeur de l'identité, une affirmation offensive visant à une place prééminente dans la hiérarchie complexe mais obligatoire que suscite toute confrontation. Il y a donc un partage des rôles correspondant à une prise en compte des identités. Un exemple confirmera ce fait : un père me racontait le déroulement d'une maladie qui avait frappé sa fille encore jeune, une fièvre grave qui échappait aux soins profanes. À l'analyse, derrière un masque unique se dissimulaient deux maladies très différentes : d'une part *ipojin*, « la fièvre des Indiens » (il s'agit d'une fièvre « initiatique » touchant les enfants jeunes, survenant par périodes sur plusieurs années, généralement respectée et dont la résolution signe l'acquisition d'un statut différent), et d'autre part de la malaria, « la fièvre des Blancs ». Dans ce cas typique la première fut traitée par un

soignant indien tandis que la seconde cédait au traitement d'un Blanc. Cet exemple permet de voir qu'il y a peut-être d'autres lieux morbides où les Wajana négocient leur identité.

Au total nous avons affaire à un système de soins modifié, ayant acquis un profil nouveau, que nous appellerons le système de soins wajana « moderne ». Pour résumer la pensée des Wajana à ce sujet, il est clair que si chaque peuple a ses propres maladies, chaque peuple est aussi équipé pour les traiter. Mais à la longue, lorsqu'il y a cohabitation régulière, en-dehors de quelques affections-frontières à la fonction particulière, comme celle que nous venons de voir, les Wajana pensent acquérir, soit en utilisant les techniques thérapeutiques de l'autre pour les affections que celui-ci a amenées, soit par le biais de spécialistes ethniques légitimés, les moyens nécessaires pour tout soigner. Notons ici que les chamans wajana ne font pas référence à un partage volontaire des savoirs, où des médecins leur auraient livré des clefs. C'est par l'intermédiaire du Monde-autre, de l'invisible, qui transcende celui de la matière, qu'ils ont acquis le secret de la guérison de ces nouvelles pathologies. Il ne s'agit donc pas pour eux d'accaparer une recette (comme ce pourrait être le cas pour remplacer la pharmacopée ou les *ëlemis*) mais bien d'inventer selon leur grille culturelle, ou en modifiant cette grille, la lecture d'un phénomène inédit. Les maladies-frontières sont à la fois un signe d'appartenance et un alibi permettant de démontrer la cohérence, la validité, voire la supériorité, du mode de soin ethnique. Elles peuvent se définir encore par rapport à l'ensemble des maladies « indifférentes » ou identitairement neutres, en ce sens que pour ces dernières le recours à un type précis de thérapeute ethnique n'est pas obligatoire. (Pour une diarrhée on ne va généralement pas voir le *pïjai*.) Dans l'ensemble morbide connu, elles constituent les parties que l'on décide, au moins momentanément mais toujours consensuellement, de figer, de penser ou de repenser afin de pouvoir les revendiquer, les utiliser comme emblèmes.

C'est ce jeu complexe que nous donnent à voir les exemples cités : la structuration du couple identité / altérité à partir d'un matériau aussi banal qu'incontournable, la maladie, le jeu de ce couple à l'intérieur du champ de la pathologie et le rôle du chaman et de la société dans la définition de ses règles. Le concept de *maladie-frontière* nous permet de localiser les zones de résistance, les lieux où se manifestent les limites, temporaires, de l'adaptation. En elles la culture s'incarne au point de s'en servir comme marqueurs d'une identité ailleurs mena-

cée. Les identifier contribue à définir les contours minimums qu'une culture, à un moment donné, accepte de considérer comme siens, ce qui n'empêche nullement qu'elles évoluent. Et suivre leur mobilité, à la façon d'un traceur en biologie, peut permettre d'apprécier les mouvements fins de la culture qu'elles représentent. Les *maladies-frontières* ne doivent pas être confondues avec les *culture-bound syndroms*, bien que ces derniers puissent en faire partie. Elles émergent d'une situation de confrontation interculturelle, et regroupent, autour d'un élément syndromique généralement trivial (fièvre, douleur, amaigrissement...), un mode d'interprétation et une prise en charge qui fédèrent des éléments nucléaires dans la pensée d'un peuple, manifestant clairement un souci identitaire. Un Wajana ne saurait penser sa société sans *jolak pile*, et cela est d'ailleurs impossible (explication de la douleur, raison d'être du *pïjai*, rôle de contrôle social...).

Signalons pour finir que les Wajana vont plus loin : ils s'approprient presque exclusivement, tous mes informateurs sont d'accord là-dessus, la causalité de leur mort. Ce sont les *jolak pile* qui tuent le plus, et donc surtout les *pïjai*. Ces derniers représentent ainsi la première cause de mortalité pour les Wajana, la seconde étant les *jolak pile* envoyés directement par des *joloks* sans l'intervention d'un chaman, et la troisième les *akwalimpë*. Instruments d'un marquage de l'identité pendant la vie, les *pïjai* conservent ce rôle par-delà la mort.

Conclusion

Le modèle que nous fournit la société wajana montre que le corps, objet d'un profond travail culturel mais par essence du côté de la nature, permet un premier balisage identitaire, tandis que les soins, génétiquement du côté de la culture, permettent l'élaboration de marques plus sophistiquées. Cette étude volontairement schématique n'a pas prétendu dire plus. Au-delà, il faudrait établir les raisons précises du choix des maladies-frontières, de leur détermination comme lieu de marquage. On pourrait encore étudier les conséquences de ce marquage. Par ailleurs il serait possible de suivre une réflexion qui épouserait l'identité dans sa dynamique rétractile, ou gigogne. Traçons, à partir du terrain wajana, ce qui en aurait alors constitué les grandes étapes : l'étude ici présentée correspond au niveau ethnique et inter-ethnique global (Indiens / Blancs) ; au niveau inter-

ethnique local (interindien), il faut montrer comment et pourquoi c'est un *pījai* d'un autre fleuve, et dont les *joloks* n'appartiennent pas au même pays du Monde-autre que ceux des *pījai* wajana, qui est responsable des affections touchant les gens de l'ethnie ; entre villages, et donc historiquement entre familles, le problème est un peu différent, d'autant que les *joloks* sont de la même région.

Nous pouvons ainsi retenir quelques éléments de réflexion :

1) Le corps, avec ses souffrances et les moyens de les soulager, trait d'union absolu entre les peuples, permet de marquer aussi la différence. Plus peut-être : aucune société ni aucune culture ne pouvant faire abstraction des corps individuels qui les fondent, on peut penser que, quand tous leurs autres aspects matériels se seront dissous ou amalgamés, ce qui concerne le corps demeurera leur dernier refuge, le dernier lieu où pourra se manifester la différence, la preuve qu'on est autre et soi. Au sens propre c'est finalement dans son incarnation la plus littérale qu'une culture balise ses frontières.

2) Sur le plan théorique il est clair que le pluralisme, dans le domaine de la pathologie et des soins, est un pluralisme des pathologies (réelles ou représentées) en même temps qu'un pluralisme thérapeutique. C'est à ces deux niveaux que se disputent les enjeux. La notion de pluralisme médical ne prend sens que lorsque celle de pluralisme pathologique, mise en commun dynamique d'entités morbides initialement séparées, ne relevant pas de la même pathocénose et secondairement redéfinies, a été suffisamment élucidée.

3) Sur le plan « éthique » il faut exiger une grande prudence des « développeurs » et des spécialistes de la santé publique. Si certaines affections jouent le rôle de marqueurs identitaires forts, contribuant à la fois à structurer les rapports avec les « autres » et à préserver la cohésion sociale, alors toute manipulation irréfléchie ou mal réfléchie les concernant semble risquée. Oublier cet aspect de la question, ce n'est pas seulement risquer l'échec ou limiter l'acceptabilité de certains apports, c'est souvent aussi fragiliser la société censée bénéficier des actions intentées ; c'est aussi une façon de nier l'Autre, de lui retirer une partie de son intégrité et de sa capacité à se préserver. C'est une des figures de l'ethnocentrisme. Quelques pistes peuvent être dégagées (comme la détermination et l'étude approfondie des maladies-frontières et de tout ce qui est en jeu à leur niveau, les raisons de leur choix, la localisation des acteurs qui les manœuvrent...)

qui permettraient un meilleur repérage et une prise en compte de facteurs pertinents afin de mieux penser le pluralisme, notamment à ce qu'il implique de réflexion avant l'action, car « toute société est une chose donnée, souvent fermée, qu'on ne peut modifier arbitrairement ni heurter sans danger » (M. Mauss, *in* Fournier 1995 : 356).

4) Nous avons compris que le concept de maladie-frontière était « visible » et opératoire « de l'intérieur ». Si nous l'appliquons à notre propre société, que nous montre-t-il ? D'abord, comme de nombreux auteurs l'ont vu, que l'écrit a tendance à réifier toute entité nosologique, à codifier son traitement. De ce fait il favorise la possibilité de la transformer en maladie-frontière. En effet, nous pouvons constater que pour l'impérialisme biomédical, les entités nosologiques sont des réalités indiscutables ; elles sont toutes ou presque des maladies-frontières. A tel point que les médecins du dispensaire de Maripasoula ne se posent même pas la question d'une éventuelle compétition par rapport aux thérapeutes wajana, et de toute façon ne cherchent pas à connaître ces catégories différentes qu'ils savent pourtant exister, prouvant à quel point ce qui n'est pas biomédecine est hors frontière, pour ne pas dire hors raison. Cette notion dépend de la société qui suscite sa création. Ainsi ce n'est pas aux mêmes affections que les Wajana feront appel pour jouer le rôle de maladies-frontières vis-à-vis des Blancs et vis-à-vis des Bonis, population noir marron du Haut-Maroni, ou encore vis-à-vis d'autres groupes indiens voisins. Il est même possible que ce ne soit pas sur cette base que s'effectue le clivage, que la constitution de l'identité wajana ne s'établisse pas alors à partir des mêmes ingrédients, ou que ces derniers n'aient pas la même pertinence. Le registre de l'identité utilise ainsi des combinaisons différentes selon la société protagoniste « définissante », ce qui nous renvoie à une identité plurielle.

Pour finir, cette mise en forme de l'altérité / identité dans le domaine de la maladie ne doit pas nous faire négliger son corollaire : le métissage. En ce lieu aussi se fabriquent selon une alchimie complexe de nouvelles entités, de nouvelles identités : maladies métisses, comme celles qui, par le jeu des migrations humaines, se trouvent intégrées définitivement dans des ensembles morbides nouveaux où elles occupent des places nouvelles ; médecines métisses, celles qui essaient, en se renouvelant, de faire face à des affections importées, ou bien encore ces thérapies qui incluent des instruments exotiques sans modifier leur appareil conceptuel ; et l'on pourrait dire « malades métis », ceux qui tentent, dans le dé-

dale des possibles, de trouver une voie porteuse du sens qui permettra de soulager leur mal.

C'est à ces phénomènes-là que s'intéressent de nombreuses études, mais c'est par un autre versant que nous avons tenté d'explorer la réalité. Il ne s'agit pas d'approches antagonistes, bien au contraire elles sont complémentaires et leur objet est identique. Identité et métissage se construisent en miroir. Pour parler de l'identité / altérité, nous ne sommes pas parti ici du métis, mais de son histoire en quelque sorte. Comprenons bien qu'il ne s'agit pas de postuler la « pureté » d'une « culture », qui s'attacherait à des éléments « originaires », ici relatifs à la santé et à la maladie, mais de comprendre comment évoluent ces entités floues et mouvantes que nous appelons cultures. Nous avons tenté de parler de points d'ancrage qui, même temporaires, peuvent leur servir à effectuer des déplacements.

Références bibliographiques

Pour la partie historique et les détails démographiques, deux ouvrages de référence, que je n'ai pas cité à chaque fois, mais où sont puisées également toutes les citations :

Grenand P.

1971 *Les relations interethniques en Haute-Guyane*, mémoire de maîtrise d'ethnologie, Paris.

Hurault M.

1972 *Français et Indiens en Guyane*, 1^e édition, UGI (2^e édition, Guyane presse diffusion 1989).

Pour les autres parties :

Amselle J.L.

1990 *Logiques métisses*, Payot.

Coudreau H.

1893 *Chez nos Indiens*, Hachette.

Crevaux J.

1883 *Voyages dans l'Amérique du sud*, Paris, Hachette (repris dans : *Le mendiant de l'Eldorado*, Phébus, 1987).

Duvojne Ortiz A.

1992 Le mépris, la méprise et le métis, *Magazine littéraire* 296 : « 1492 l'invention d'une culture ».

Fainzang S.

1985 La maison du Blanc, *Sciences sociales et santé* 3 (3-4).

Fournier M.

1995 *Marcel Mauss*, Fayard.

Grenand P.

1971 *Les relations inter-ethniques en Haute-Guyane*, mémoire de maîtrise d'ethnologie, Paris.

Grenand P. et F.

1990 *Les Amérindiens, des peuples pour la Guyane de demain*, Centre ORS-TOM de Cayenne.

Grmek M.D.

1983 *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Payot.

Lévi-Strauss Cl.

1983 *L'identité*, PUF.

Montiel E.

1993 *L'Amérique ancienne dans le miroir de l'Europe, in : 1492, Le choc de deux mondes*, La différence, Actes du colloque international organisé par la Commission nationale suisse pour l'UNESCO.

Mouren-Lascaux P.

1990 *La Guyane*, Karthala.

Turner V.

1972 *Les tambours d'affliction*, Gallimard.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie : Rencontre de sociétés

Chapitre III

L'Indien comme thérapeute créole

Par Odina Sturzenegger

[Retour à la table des matières](#)

La province de Formosa, dans la région du Chaco, au nord de l'Argentine, a été colonisée, à partir de la fin du siècle dernier lorsque l'armée a conquis, après de longs années de guerre, des territoires qui auparavant avaient appartenu depuis toujours aux Amérindiens.

La nouvelle population est issue de différentes vagues migratoires. Les deux premières étaient formées de ruraux qui cherchaient des terres propices à l'élevage du bétail. Ils sont venus d'abord de la province de Salta, qui est contiguë avec Formosa à l'ouest. Il s'agissait de Créoles qui descendaient du métissage d'anciens colons espagnols avec des Indiens de groupes andins. La deuxième vague, provenant du Paraguay était également constituée d'une population créole, née de la rencontre entre Espagnols et Indiens guaranis. Dans l'un comme dans l'autre cas, ces Créoles ignoraient — et leurs descendants ignorent toujours — tout autant leurs origines hispaniques que leurs origines indiennes.

Peu à peu, la population créole a vu des Indiens s'approcher de ses villages et s'établir à leur périphérie. Il s'agissait des Indiens battus par l'armée, qui suite à leur défaite s'étaient réfugiés dans la brousse, et qui commençaient, avec le temps, à s'installer aux alentours de la population colonisatrice. C'étaient des groupes de chasseurs-cueilleurs, qui sont toujours restés marginaux face à la société créole.

Plus tard, surtout à partir des années 1930, arrivèrent des Européens de différentes origines et des colons argentins et originaires de pays limitrophes. Les uns et les autres se sont assez rapidement intégrés à la population créole déjà installée dans la région, et aujourd'hui ils en font partie.

À mesure que les villages s'accroissaient, la présence de professionnels devenait nécessaire, surtout celle de médecins et d'avocats. Puisque la province n'en disposait pas, ils sont venus d'ailleurs dès que des postes ont été créés par les autorités. Ils sont arrivés, pour la plupart, avec femme et enfants ; dans des cas exceptionnels ils ont constitué leur famille sur place. C'est ainsi que s'est formé un nouveau groupe social, venu de la culture urbaine, auquel se sont rattachés les officiers de la gendarmerie.

Nous allons voir de plus près l'une des localités du Chaco, Las Lomitas qui a une population de 8 000 habitants et qui est formée par les différents groupes mentionnés ci-dessus.

En raison de sa situation géographique, au centre de la province de Formosa, les deux vagues migratoires initiales, constituées par des Créoles ¹⁵ venus de Salta et du Paraguay sont représentées de façon équilibrée.

Les Indiens de la région sont des Matacos (souche linguistique Mataco-Makka) et des Pilagas (souche linguistique Guaykuru).

Les Matacos et les Pilagas qui habitent actuellement à Las Lomitas sont établis à la périphérie du village. Un recensement local non officiel réalisé il y a déjà quelques années, en 1984, indique 811 individus, dont 156 Pilagas et 655 Matacos.

L'entrée des Blancs dans le Chaco à la fin du siècle dernier a impliqué de profonds changements dans la vie des groupes indiens. L'action de l'armée nationale

¹⁵ Comme pour le français « créole », le sens premier de « *criollo* », en espagnol, correspond à enfant de parents européens né en Amérique. Dans l'Amérique espagnole, le terme a été appliqué aux enfants d'un père européen même si la mère était de souche amérindienne. Avec les indépendances, avec la naissance des nouvelles identités nationales, sa raison d'être a disparu. En Argentine, pourtant, « *criollo* » désigne les descendants des créoles de l'époque précédente. Cf. Sturzenegger 1992 : 42-52.

d'abord, l'installation des nouveaux colons ensuite, arrachèrent aux Indiens leur ancienne suzeraineté sur le territoire. Ils se replièrent vers l'intérieur de la brousse, d'abord, en tant que guerriers vaincus, avant de se rapprocher plus tard des centres urbanisés à la recherche de sources de travail qui ont toujours été misérables. De celle de peuples vaincus par la guerre, leur situation devint celle de peuples vaincus dans leur mode de vie. La colonisation réduisit leurs territoires de chasse et dépeupla en même temps ceux-ci de la faune qui avait constitué traditionnellement la base de l'économie indienne. Les Indiens furent obligés de se procurer leur subsistance en devenant dépendants de la vie économique imposée par les nouveaux colonisateurs. Les plantations sucrières du nord-ouest argentin, des établissements d'exploitation forestière, sucrière et de coton de Formosa, et les grandes exploitations d'élevage, ont eu besoin de main d'œuvre non qualifiée et ils en ont trouvé, au moins en partie, chez les Indiens.

Avec les Blancs arriva aussi l'évangélisation. Mais le prêche a entraîné, dans la vie religieuse indienne, des modifications qui ont touché plutôt la forme que la structure des croyances ; en effet, aujourd'hui, sous les voiles d'autant d'autres religions chrétiennes, la structure de l'ancien chamanisme persiste toujours.

Les traces d'une ancienne évangélisation catholique—provenant probablement des missions franciscaines installées vers le río Bermejo à partir des dernières décennies du XIX^e siècle—sont présentes chez un groupe assez restreint de Matacos. Ils réalisent régulièrement un rituel communautaire de salut et de renouvellement cosmique auquel participent de manière active tous les chamanes du groupe, et qui se termine par une séance thérapeutique collective. C'est un rituel traditionnel dans lequel apparaissent certaines influences formelles du catholicisme.

En dehors de ces Matacos, qui se disent eux-mêmes « catholiques », tous les Indiens de Las Lomitas reconnaissent leur appartenance à une Eglise protestante.

L'évangélisation des Indiens commença avec l'action des anglicans au cours des années 1920, puis des Eglises pentecôtistes s'installèrent en 1960 et entreprirent une œuvre missionnaire. Mais l'événement religieux le plus notable, depuis les débuts de la christianisation, fut le développement d'une Eglise indienne

d'inspiration pentecôtiste, l'Église évangélique unie ¹⁶. Née officiellement en 1958 sous l'impulsion des mennonites, elle s'installa vers 1975 chez les Pilagas et quelques années plus tard chez les Matacos et devint très rapidement majoritaire.

Le développement de cette Église eut des incidences importantes. En effet, les idées chrétiennes de guérison et de salut qu'elle véhicule sont parfaitement conciliables avec les modèles traditionnels de thérapie proprement matacos ou pilagas et, de ce fait, il n'existe pas d'antinomie entre christianisation et traditions thérapeutiques indiennes. De plus cette Eglise, en s'identifiant avant tout comme indienne, a pris une importance fondamentale dans le maintien de la cohésion de chaque ethnie face aux menaces d'érosion par la société environnante.

Or Pilagas et Matacos ont été insérées par les circonstances historiques, sociales et économiques dans un monde blanc auquel ils demeurent étrangers. Bien plus, ils n'y sont pas simplement étrangers : ils y sont surtout marginaux, et cela d'une façon très marquée et à tous les niveaux de la vie de la société qui les englobe :

- *par leur position économique*, qui ne repose que sur des emplois précaires et subalternes : pour la plupart, les Indiens sont des tâcherons ; l'absence d'emploi permanent, la généralisation de travaux non déclarés les empêche en général de bénéficier des avantages sociaux ;
- *par leur situation sanitaire* : on relève chez eux un taux de maladies endémiques infectieuses et parasitaires plus élevé que dans la population générale dans la région, qui a cependant elle-même un taux plus élevé que le niveau national ;
- *par la scolarisation* : dans un pays où 95 % de la population de plus de cinq ans a été scolarisée, les Indiens sont très majoritairement analphabètes. Autre handicap, alors que l'espagnol est la langue de communication, et d'accès aux emplois, les femmes, les vieillards et les enfants ne le parlent presque pas, et les hommes en ont souvent une maîtrise déficiente ;
- *par la perception que les Créoles ont des Indiens*. Ils les qualifient couramment de « sauvages », d'« arriérés », que l'on a peu à peu civilisés

¹⁶ A propos de la naissance de cette église, cf. Loewen et al. 1965, Miller 1979, Wright 1983.

pour qu'ils cessent de tuer les colons blancs. On va même plus loin, de façon implicite et parfois de façon tout à fait explicite, en se posant la question du statut d'« hommes » à accorder aux Indiens : il est très fréquent d'entendre des Créoles distinguer entre « les Indiens » et « les gens » à propos de la population de la région.

Et j'ai souvent entendu dire que « le Chaco était auparavant un désert tout peuplé d'Indiens ».

*

Lorsque les Créoles tombent malades, ils ont le choix entre nombre de thérapeutes qui représentent les différents groupes présents dans la société.

Au sein de la tradition créole, l'automédication ou les soins à la maison par un parent proche ou même par un voisin, sont extrêmement fréquents ; ils correspondent en effet à un savoir qui se veut très ancien et dont la pratique se maintient tout à fait vivante de nos jours. De plus, les spécialistes de la médecine créole, les guérisseurs, aussi bien ceux qui habitent le village que ceux qui sont établis ailleurs, sont toujours très sollicités.

Mais les thérapeutes issus du groupe créole ne se résument pas à ceux qui pratiquent la médecine traditionnelle. Depuis quelques années sont apparues dans le village des Eglises évangéliques qui s'adressent aux Créoles, et elles sont devenues autant de nouveaux recours auxquels faire appel en cas de maladie. En effet leurs pasteurs, représentants de religions pentecôtistes, sont aussi des faiseurs de miracles, presque exclusivement de miracles de guérison. Pour le moment, les témoins de Jéhovah, très récemment arrivés, font seuls exception. Ils comptent encore peu d'adeptes et n'ont pas encore de pasteur établi sur place. Au sein de l'Eglise catholique, un groupe charismatique surgi depuis peu réalise lui aussi des guérisons, attribuées au pouvoir du Saint-Esprit.

On compte également des médecins, bien entendu, tant à l'hôpital que dans des cabinets privés. L'hôpital est gratuit et donc accessible à toutes les couches de la population. Par contre, les cabinets privés sont réservés à ceux qui peuvent payer la consultation et les médicaments et à ceux qui sont couverts par un systè-

me de sécurité sociale qui n'est pas lui-même accessible à tout le monde. Les infirmiers de l'hôpital, du fait du poste qu'ils occupent, pourraient être considérés comme représentants de la médecine moderne. Mais cela ne serait pas exact. En effet, créoles de la région, les infirmiers connaissent et pratiquent la thérapeutique traditionnelle en même temps que celle qu'ils ont apprise à l'hôpital. Ils les intègrent l'une à l'autre, ce qui les situe à un niveau de soin différent de celui des médecins (Sturzenegger 1995).

Il y a, enfin, les thérapeutes que nous allons voir ici de plus près : « *los Indios que curan* » (lit. : « les Indiens qui soignent »), comme disent les Créoles. Mais il faut noter d'emblée que ces individus ne sont pas les mêmes que ceux que les Indiens mêmes reconnaissent comme leurs propres thérapeutes.

Aussi, faut-il voir d'abord quels sont les thérapeutes indiens reconnus comme tels par les Matacos et les Pilagas

On a mentionné plus haut les nouvelles institutions qui, chez les Indiens, prennent en charge les domaines religieux et thérapeutique, domaines où le chamanisme demeure présent. Dans l'Eglise évangélique unie, qui rassemble la plupart des Indiens des deux ethnies et qui continue à faire des adeptes, ont lieu des cultes thérapeutiques auxquels la participation (au moins à Las Lomitas et jusqu'à présent) est exclusivement réservée au groupe ethnique concerné et où un observateur extérieur ou un malade d'une autre ethnie en quête de soins ont accès très difficilement ; s'ils peuvent parfois y venir, ce n'est qu'à travers une relation proche. Toutefois, mes informateurs indiens ont été unanimes à dire que jamais des Créoles n'avaient assisté aux cultes de l'Eglise évangélique unie, que jamais ils n'avaient demandé à y assister et que de toutes façons ils n'avaient rien à y faire. Il est clair d'ailleurs que les Créoles ignorent complètement ce qui se passe lors de ces cultes, où certains individus, nommés « *espíritus de sanidad* » (lit. : « esprits de guérison »), tiennent maintenant le rôle de thérapeute que tenaient autrefois les chamanes. Cet accès restrictif aux cultes indiens ne semble pas ancien et autrefois les séances chamaniques chez ceux des Indiens qui font maintenant partie de l'Eglise évangélique unie recevaient des observateurs extérieurs, comme le font encore aujourd'hui les Matacos « catholiques ». Ceux-ci se considèrent d'ailleurs comme très traditionnels face à ceux qui se qualifient eux-mêmes d'« évangéliques », et ils pratiquent toujours un chamanisme qui a reçu certaines influences formelles de l'ancienne christianisation par les franciscains. Souli-

gnons que si les Créoles ne cherchent pas non plus les soins des Matacos « catholiques », c'est d'abord parce qu'ils ne connaissent même pas l'existence de leurs séances, qui ne se tiennent pourtant qu'à 2 km du village. Rien cependant ne nous conduit à penser que ces Matacos les rejetteraient. Probablement demanderaient-ils un prix élevé, mais pas plus important que celui de certains guérisseurs auxquels les Créoles s'adressent assez souvent.

En tout cas, le fait essentiel est que les Créoles de Las Lomitas ne recourent ni au chamane, ni non plus au pasteur ou à « l'esprit de guérison » de la nouvelle religion. C'est à de tous autres individus qu'ils s'adressent, à des individus qui ne sont pas des thérapeutes au sein du monde indien. Soulignons bien le fait que ces Indiens ne jouent le rôle de thérapeutes que chez les Créoles et non dans leur propre milieu culturel.

Mais alors, comment ces Indiens sont-ils devenus thérapeutes ?

Chez les Matacos et chez les Pilagas, comme dans tous les groupes amérindiens du Chaco, la connaissance et la pratique de la fabrication de paquets de magie s'apprennent à partir de l'adolescence, et font partie de l'apprentissage de la vie sociale. Or certains Indiens, pour leur travail, pour mendier, ou simplement un jour par hasard, se sont plus approchés des Créoles que ne l'ont fait les autres membres de leur ethnie, et ils ont commencé à leur vendre des *payés*¹⁷, paquets de magie destinés à ensorceler, à protéger ou à résoudre des problèmes d'amour. Pour les Créoles, une telle technique ne peut en aucun cas être seulement un savoir profane, mais bien le savoir d'un spécialiste de la manipulation du pouvoir magique, comme le serait un guérisseur dans leur propre société. Sans imaginer que les choses puissent se passer autrement chez les Amérindiens, dès qu'ils ont posé leur regard sur l'Indien fabricant d'amulettes, ils ont vu en lui la figure d'un homme puissant qui, entre autres choses, devait avoir le pouvoir de guérir. Pour traiter leurs maladies, les Créoles se sont alors adressés à l'Indien ainsi érigé en thérapeute et il a accepté ; parfois, en modulant le chant chamanique, il a imité les

¹⁷ *Payé* : ce mot guarani désigne des petits sachets (généralement de toile) contenant des produits magiques. Leur contenu peut varier selon leur objectif, bénéfique ou maléfique, et selon l'appartenance culturelle de celui qui les fabrique : terre de cimetière, aiguilles, plantes, rubans rouges ou noirs, os d'animaux, fragments de bible, etc.

thérapeutes de sa propre culture ; d'autres fois, il s'est inspiré des guérisseurs créoles et il a demandé la guérison aux saints ; d'autres fois enfin, il a combiné les deux sortes de pratiques. Mais le renom que ces nouveaux thérapeutes ont souvent acquis chez les Créoles ne leur a jamais valu de devenir des thérapeutes aux yeux des membres de leur propre ethnie, car ils manquaient du savoir-pouvoir chamanique qui caractérise aux yeux des Indiens leur propres spécialistes.

On peut se demander comment se perçoivent eux-mêmes ces thérapeutes qui le sont seulement chez les autres. En d'autres mots, se considèrent-ils eux-mêmes comme des thérapeutes ?

Me parlant d'un Indien pilaga du nom de Juan de los Santos que je connaissais depuis des années, un Créole m'a raconté que celui-ci lui avait vendu un *payé* pour avoir du bonheur en général. Par ailleurs il l'avait soigné plusieurs fois, « puisqu'il savait soigner ». Cela m'a vraiment étonnée, d'autant plus que lors d'un entretien antérieur avec Juan de los Santos, durant lequel je lui avais posé quelques questions sur la thérapeutique pilaga, il avait souligné qu'il ne pourrait m'apprendre que des choses très générales : n'étant pas lui-même spécialiste, il n'avait pas, à vrai dire, de connaissances sur le sujet, mais seulement le souvenir de ce qu'il avait entendu dire par son père, chamane, qui était mort depuis déjà longtemps. En dépit de mes arguments, mon interlocuteur créole a insisté sur le fait que Juan de los Santos était thérapeute, et que lui-même n'était pas le seul à se faire soigner par cet Indien-là, qui exerçait d'ailleurs très bien son art curatif. Dès que j'ai revu Juan de los Santos, je lui ai parlé de ce sujet. J'ai appris qu'il fabriquait avant tout des *payés* pour les vendre aux Créoles, mais que, également, il les soignait parfois, lorsque ceux-ci le lui demandaient. J'ai voulu alors en savoir plus sur son apprentissage thérapeutique. En fait il n'en avait pas eu : ni apprentissage empirique, ni initiation chamanique, ni révélation divine. Comment soignait-il alors ? Tout simplement, il soignait. « Si un Créole te demande de le soigner, tu le soignes, et ensuite il te paye », me dit-il très amusé. Mais au moins, était-il devenu spécialiste des *payés* ? Pas particulièrement ; en réalité, tous les Indiens savent le faire, même si certains le savent mieux que les autres. Mais ce n'était pas son cas. Enfin, soignait-il aussi des malades Pilagas ? Non, car les Pilagas le connaissaient bien et ils savaient qu'il n'était pas thérapeute ; et surtout,

Juan de los Santos n'avait aucune intention de se faire passer, parmi les siens, par ce qu'il n'était pas.

Lorsqu'un chamane extrait du corps du malade qu'il soigne un ver qui était caché, déjà mort, dans sa poche, qu'il écrase le ver avec son bâton, et que par la suite il affirme l'avoir tué après l'avoir sorti vivant du corps du malade, on peut s'interroger sur la façon dont il vit la véracité de son affirmation. Je n'entends pas donner ici une réponse que je n'ai pas, et le recours si classique à une explication symbolique semble faible, en ce sens qu'elle peut répondre à d'autres questions, mais non à celle que l'on vient de se poser. Il est certain que le chamane a appris pendant son initiation des techniques manuelles qui donnent au malade une sensation très vive d'extraction, qu'avant la séance thérapeutique il va dans la brousse chercher le ver qu'il « extraira » par la suite, et qu'il n'y a pas de raison pour penser qu'il n'est pas conscient de ce qu'il fait. Mais ce qui est certain, c'est que si sa propre fille tombe malade, il la soigne au moyen de ces mêmes techniques. C'est-à-dire qu'il croit vraiment à ce qu'il fait ; il se sait thérapeute et il exprime son savoir thérapeutique de la façon dont on le fait dans sa société.

Par contre, l'Indien qui soigne les Créoles ne croit pas à ce qu'il fait, explicitement, et c'est certainement pour cela qu'il n'essaie pas de jouer le thérapeute au sein de sa propre ethnie. Juan de los Santos m'avait fait la réflexion que si un parent ¹⁸ à lui venait lui demander de le soigner, il ne pourrait pas le faire car il savait bien qu'il n'arriverait pas à le guérir.

Josefa a été, peut-être, la plus connue des thérapeutes qui s'occupaient de soigner des Créoles. Son cas nous amènera à évoquer la façon dont ces thérapeutes sont considérés par ceux qu'ils soignent, c'est-à-dire les Créoles. Depuis sa jeunesse Josefa avait acquis parmi les Créoles une réputation de sorcière-thérapeute qu'elle n'a jamais eu chez elle parmi les Pilagas. Pour ceux-ci, elle n'était ni *piyogonagáe* (chamane, fém.) ni *konánagae* (sorcière), mais seulement *edagaikletá*, terme qui en pilaga désigne un individu particulièrement habile dans la fabrication des *payés*. C'est seulement dans ce but qu'un autre Pilaga aurait pu lui de-

¹⁸ La notion de parent parmi les Pilagas, comme parmi d'autres ethnies du Chaco, est très extensive et fait allusion à tous les individus qui habitent le même village.

mander ses services, dans la mesure où il ne se serait pas considéré lui-même comme suffisamment compétent dans ce domaine. Pour leur part, les Créoles s'adressaient à Josefa non seulement pour lui commander des amulettes mais aussi pour solliciter qu'elle traite des malades. On dit même que très souvent certains avaient recours à elle pour lui demander de jeter un sort contre un ennemi... Mais nous sommes ici au niveau des conduites qu'on attribue toujours au prochain, jamais à soi-même. Josefa est morte dans un accident, renversée par un camion lorsqu'elle traversait une rue de la ville de Formosa. À Las Lomitas, personne ne doute qu'il ne se soit agi de la vengeance de l'une de ses nombreuses victimes. Le souvenir que les Créoles gardent de Josefa est d'une très grande ambivalence, car même ceux qui considèrent qu'elle a été une excellente thérapeute la qualifient de « *china* ¹⁹ très dangereuse » et de « sorcière maudite ».

L'image laissée par Josefa est certainement plus néfaste que celle de ses pairs, mais il faut toutefois souligner que la façon dont les Créoles perçoivent les Indiens qui exercent la thérapie chez eux est toujours négative. En effet, ceux-ci reçoivent très rarement le nom de guérisseurs ; d'habitude on les appelle simplement « Indiens qui soignent » ou, plutôt, « *brujos* » (sorciers). L'utilisation du terme « *brujo* » pour désigner le thérapeute indien, est un signe de distance, de barrière, et nous indique la charge de négativité que comporte la perception de l'autre culturel. Par contre un Créole censé pratiquer la sorcellerie ne reçoit jamais le nom de sorcier. On dit de lui que c'est « quelqu'un qui fait », expression où il est sous-entendu que ce qu'il fait c'est de la sorcellerie, mais on ne lui donne pas d'autre appellation. En d'autres termes, dans les représentations des Créoles, les pratiques thérapeutiques et celles de sorcellerie occupent une place quantitativement très différente selon qu'il s'agit de la vie des Indiens ou de la vie des Créoles. Indépendamment du fait que ceci corresponde ou non à la réalité, aux yeux d'un Créole, dans le monde créole il y a quelques guérisseurs qui, outre leurs pratiques thérapeutiques, effectuent des actes de sorcellerie, alors que dans le monde indien il y a quelques Indiens qui, en plus d'ensorceler, traitent des maladies afin de les guérir. L'Indien est toujours, d'abord, un sorcier. En effet, on attribue au spécialiste indien l'habitude quasi-permanente de pratiquer la sorcellerie, comme si la malignité était un caractère inné de l'indianité.

¹⁹ Le terme « *china* » (lit. « chinoise ») est utilisé par les Créoles pour faire allusion (et même parfois pour s'adresser) aux femmes indiennes.

Pourquoi, alors, le recours à l'Indien, pourquoi l'acceptation de ses pratiques ? Existe-t-il une ressemblance entre les notions de maladie et de guérison des univers culturels indien et créole, ou bien une similitude formelle entre le rituel indien et le rituel thérapeutique créole ?

Chez les Pilagas et chez les Matacos, comme dans le monde amérindien en général, la maladie a pour origine l'intentionnalité de certains êtres que, sous l'effet de l'évangélisation, on nomme « démons », « diables », ou « esprits malins ». Ce serait toutefois une sursimplification que de penser à partir de ces termes que certaines notions seraient équivalentes chez les Indiens et chez les Créoles en ce qui a trait à la genèse de la maladie. On ne peut dire par exemple que toute maladie chez les Indiens, et la maladie par sorcellerie chez les Créoles, soient conçues à partir d'une même forme d'intentionnalité maléfique.

Par contre, il n'est pas du tout certain que le malade créole et son thérapeute indien soient conscients de la différence entre les notions relatives à la maladie qu'ils ont l'un et l'autre. L'utilisation, pour désigner l'étiologie du mal, d'un terme dont le signifiant correspond à deux signifiés différents selon qu'il s'agit de la vision du malade ou de celle du thérapeute, conduit, aussi bien chez l'un que chez l'autre, à dénommer la maladie comme « chose faite par le » ou « avec le diable ». De plus, chez les Matacos comme chez les Pilagas, la maladie se matérialise, à l'intérieur du corps du malade, sous la forme d'un être vivant que les Indiens dénomment « *bicho* » (bête) en espagnol. La matérialisation du mal et la dénomination de « *bicho* » existent aussi chez les Créoles dans certains cas de maladie par sorcellerie. Il s'agit, chez eux, d'une notion vraisemblablement issue des cultures indiennes qui se trouvaient à la base de leur ancien métissage.

Cette analogie formelle entre la maladie indienne et la sorcellerie créole, conduit à une identification de surface qui cache la différence entre les ensembles de notions qui, dans un monde et dans l'autre, donnent sens à la maladie. Ce que les Indiens dénomment « diable » correspond à chacun des êtres puissants qui envoient la maladie et à chacun de leurs esprits auxiliaires, dont aucun ne peut être rapproché du diable du catholicisme populaire. Chez les Matacos, par exemple, le terme que les missionnaires ont appris aux Indiens à traduire par « diable » est celui de « *aját* ». Or, si dans le monde judéo-chrétien la notion de diable correspond à une vision qui polarise le bien et le mal absolus, la notion d'*aját* est l'un des pôles d'une opposition qui prend comme axe le degré d'« humanité » des

êtres. Dans la vision matabo, « *wichí* » signifie, d'abord, homme, au sens large. Mais « *wichí* » enferme non seulement l'idée d'humain, mais aussi celle de prochain. *Wichí* est à la fois le nom que se donnent les Matabos, celui qu'ils donnent aux membres d'autres ethnies, et aussi celui qu'ils utilisent pour désigner certains êtres « surnaturels » proches des hommes et favorables à eux. *Aját* est celui qui est plus qu'humain, ce « plus » impliquant des capacités qui dépassent les capacités propres aux hommes ordinaires, et *aját* implique en même temps une idée de distance. En tant qu'homme en chair et en os, le chamane est toujours un *wichí*, mais en tant qu'individu dont le pouvoir devient de plus en plus important, il est aussi considéré comme *aját*. Ce que nous appelons couramment (souvent de façon inexacte) « le monde des esprits » est peuplé, chez les Matabos, en majorité par des *aját* : des êtres qui ont des capacités que les hommes n'ont pas et qui ne sont pas des prochains des hommes ordinaires. Certains sont défavorables et d'autres sont ambivalents, mais l'idée de *mal absolu* est complètement étrangère à la perception qu'on a des *aját*. Le chamane les fréquente et on ne pourrait jamais dire qu'il soit perçu comme un homme diabolique : il est simplement le dépositaire de leur pouvoir, qu'il peut utiliser dans un sens positif ou négatif. Il peut s'en servir aussi bien pour rendre un homme malade que pour le guérir. Par contre, un Créole qui possède le pouvoir du diable peut s'en servir pour provoquer la maladie chez quelqu'un, mais pas pour lui rendre sa santé.

On peut faire une observation analogue, en ce qui concerne le décalage de signification entre la vision des Créoles et celle des Matabos, quant à la « bête » chez les uns ou chez les autres. L'analogie peut tout au plus rendre possible un dialogue où l'utilisation des mêmes mots ne s'accompagne pas d'un partage de notions. Dialogue où, lorsqu'il est question du diable ou de la bête, le malade comprend le terme à sa façon et le thérapeute à la sienne. Dialogue qui est aussi limité par le niveau, souvent pauvre, de l'espagnol des Indiens.

Ce dialogue amputé cesse au moment du rituel thérapeutique, rituel complètement incompréhensible au patient, dont le sens lui échappe et qui souvent lui fait peur. Même si le thérapeute indien affirme, pour aller dans le sens de son patient, qu'il soigne « avec les saints », il se sert aussi de techniques empruntées au chamanisme qui sont extrêmement étranges pour les Créoles. Comme d'autres thérapeutes indiens, Josefa, qui appartenait à l'Église Évangélique Unie

(d'inspiration protestante, rappelons-le), disait qu'elle guérissait les malades avec l'aide des saints catholiques, mais en même temps ses séances thérapeutiques incluaient les techniques de chant, de succion et d'aspersion de salive.

« Josefa vous crachait partout pour vous soigner. Elle vous tapait partout, elle vous crachait, elle vous suçait. C'est comme ça qu'elle faisait. Oui. Moi, je l'ai vu soigner plusieurs fois. Plusieurs fois je l'ai vue ! Mais pas à moi, car j'avais peur d'elle. Qu'est-ce qu'elle me faisait peur ! Elle était gentille apparemment... Je n'en sais rien. Mais moi, j'avais peur d'elle, très peur ! [...] Les Indiens chantent pour soigner. Je ne sais pas ce que c'est ! Ils chantent, ils ronflent, ils crient ! Je ne comprends pas ce qu'ils font ! Et je ne sais pas quel est le mystère dans tout ça, mais avec ça on guérit. Quand ils ronflent comme ça, ça fait comme si c'était une bête ! Qu'est-ce que ça peut être ? » (femme créole, guérisseuse, 60 ans).

Souvent, lorsqu'ils parlent de la consultation médicale, les Créoles mettent l'accent sur leur espoir de voir le médecin donner au malade des explications sur sa maladie et sur le sens du traitement. Ils présentent les choses comme si le fait de comprendre ce qui se passe dans leur corps était absolument fondamental, et ainsi le fait de ne pas recevoir des explications est-il un reproche très fréquemment adressé aux médecins. Ce reproche de la part des Créoles ne semble pas d'ailleurs correspondre à la réalité des faits ; on l'exprime lorsqu'on parle de la figure — abstraite — *du médecin*, mais très rarement lorsqu'on parle *d'un médecin donné*. Nous avons analysé ailleurs la relation entre malade créole et médecin (Sturzenegger 1992 : 136-153 ; Sturzenegger 1993), et il en ressort que ce reproche est un argument idéologique parmi d'autres, vraisemblablement inconscients, qui masquent une relation très difficile et complexe. Mais il s'agit d'un reproche que l'on n'entend ni vis-à-vis des guérisseurs créoles ni vis-à-vis des « Indiens qui soignent ». Quant aux premiers, on peut penser que les Créoles comprennent par eux-mêmes ce que font leurs propres thérapeutes ; en réalité, ce n'est pas toujours le cas, mais cela ne semble pas les troubler. Quant aux pratiques thérapeutiques des Indiens, les Créoles interrogés ont toujours exprimé leur incompréhension, mais en même temps ils n'ont jamais exprimé qu'ils cherchaient à comprendre ; leurs propos ont généralement été très proches de ceux que nous avons transcrits plus haut.

Il est certain que lorsqu'on cherche la guérison d'une maladie, le fait de comprendre le diagnostic ou l'acte thérapeutique n'est pas en général une préoccu-

tion essentielle ; ce qui compte avant tout c'est de savoir auprès de qui, auprès de quel thérapeute, il est possible de trouver une bonne efficacité. Et cette efficacité, les Créoles sont certains de la trouver chez le thérapeute indien, qui est un personnage particulièrement puissant : certains Indiens ont réussi à acquérir une grande réputation en tant que spécialistes, censés être de meilleurs thérapeutes que les guérisseurs créoles, les pasteurs évangéliques, ou les médecins de l'hôpital. On les reconnaît comme capables d'agir avec succès là où d'autres ont échoué. Car l'Indien intervient rarement en premier recours : c'est quelqu'un à qui on fait appel lorsqu'au moins la thérapeutique créole traditionnelle s'est montrée insuffisante. Face à l'Indien, les attitudes sont en effet toujours ambivalentes : s'il est censé être plus efficace que les autres thérapeutes, pourquoi ne pas s'adresser à lui d'emblée ? Le fait de le garder comme recours ultime peut s'expliquer par sa situation d'étranger et de marginal, par ses pratiques bizarres et incompréhensibles, qui par ailleurs contribuent à son image de thérapeute puissant. Bien que rejeté, méprisé, ignoré dans la vie quotidienne, il devient face à certains événements un acteur pris sérieusement en compte dans la vie créole : au Chaco comme ailleurs dans le monde, toutes les instances où la manipulation du pouvoir apparaît nécessaire — le rituel thérapeutique, l'acte religieux, la pratique de propitiation — sont susceptibles d'agir comme autant de canaux qui traversent maintes barrières ethniques et sociales. Aucune distance n'est infranchissable lorsqu'il s'agit de chercher un individu puissant pour traiter une maladie grave, pour réaliser un charme amoureux, pour commander une pratique de sorcellerie ou pour faire une prière destinée à favoriser la victoire d'une équipe de football.

Même si la compréhension de la maladie et de son traitement apparaît comme secondaire quant au choix du thérapeute et à l'image que l'on se fait de lui, le fait que le manque de compréhension soit considéré dans le discours de façon différente selon qu'il s'agisse du médecin ou de l'Indien, est à mettre en rapport avec la *source d'efficacité* qu'on attribue à l'un et à l'autre. Nous ne retenons ici que le médecin et l'Indien car ils apparaissent sur ce point comme deux figures extrêmes et opposées. Si on n'attend de l'Indien aucune explication c'est parce qu'on considère qu'il n'a rien à expliquer : en fait il n'a pas de connaissances ; il manipule seulement un pouvoir qu'il maîtrise. Ce pouvoir est tel qu'il fait de l'Indien le plus efficace des thérapeutes, que ce soit dans le traitement de la maladie ou dans la réalisation d'un ensorcellement, mais il est clair que s'il est considéré

comme capable de traiter des maladies c'est grâce à ce pouvoir et non pas à des connaissances. Il en va exactement à l'opposé du médecin : tout le monde reconnaît son savoir, un savoir totalement dépourvu de pouvoir. Il est très mal accepté que le médecin ne donne pas d'explications à son malade, alors que l'incompréhension de ce que fait l'Indien est une situation normale que personne ne cherche à changer. Le médecin a des explications à donner à cause justement de son savoir, de ses connaissances. Comme dans d'autres sociétés, le savoir et le pouvoir symbolique sont détenus, respectivement, par les membres des couches la plus favorisée et la plus défavorisée de l'échelle sociale.

*

Tout cela dépasse le domaine thérapeutique et nous fait pénétrer au cœur de la situation des Indiens en Argentine. Paradoxalement, les pouvoirs attribués à l'Indien témoignent de sa marginalité. Ils en sont même le corollaire. Marginaux, les Indiens le sont à bien des niveaux. Ils occupent une place périphérique dans la topographie du village, dans l'économie de la région, dans l'éducation ; leurs connaissances de la langue nationale sont insuffisantes ; leur niveau de vie les rend particulièrement fragiles face à des maladies endémiques ; enfin, leur place dans la société nationale est inexistante. Cette situation factuelle de marginalité est renforcée par la façon dont les Indiens sont perçus par les Créoles, qui leur refusent leur identité ethnique, en rassemblant Matacos et Pilagas sous une étiquette unique, qui non seulement ne les considèrent pas comme des Argentins à part entière, mais pas même comme des « gens » au même titre qu'eux-mêmes.

D'autre part, les Indiens sont l'expression de l'ambiguïté de l'exotique : leurs rituels produisent la peur de ce qui relève d'une altérité presque inhumaine ; les individus sont redoutés à cause du pouvoir qui leur est attribué. Mais c'est en même temps ce pouvoir qui les valorise.

Ces deux images s'unissent dans la figure de « l'Indien qui soigne ». Sa situation de marginalité se concrétise, dans le système médical créole, dans le fait que, en tant que thérapeute des Créoles, il est situé en dehors de la tradition thérapeutique de sa propre ethnie et en dehors de celle de ses patients : bien qu'imitant le chamane et le guérisseur, il ne devient ni l'un ni l'autre. C'est en fait un thérapeu-

te construit par l'imaginaire créole, qui est ainsi en mesure de se servir de son pouvoir, du pouvoir extrême et ambigu, à la fois redouté et valorisé, de son exotisme.

Références bibliographiques

Loewen J., Buckwalter A., Kratz J.

1965 Shamanism, Illness and Power in Toba Church Life, *Practical Anthropology* 12 : 250-280.

Miller E.

1979 *Los Tobas argentinos. Armonía y disonancia en una sociedad*, México, Siglo XXI.

Sturzenegger O.

1992 *Penser la maladie au Chaco*, Thèse Nouveau Régime en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille III.

1993 Lorsque le médecin s'adresse à l'ethnologue, *Bulletin d'AMADES* 14 : 9-12, Toulouse.

1995 Entre la tradición y la modernidad : la terapia del enfermero, *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, Tarragona.

Wright P.

1983 Presencia protestante entre aborígenes del Chaco argentino, *Scripta Ethnologica* VII : 73-84

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie : Rencontre de sociétés

Chapitre IV

Carrefours de cultes et de soins à l'Île Maurice

Par Jean Benoist

Devenir homéopathe
Préparer des médicaments
Donner des consultations
Niveaux d'une action

- a. Une technique au carrefour de la tradition et de la modernité
- b. des soignants qui reflètent la nouvelle société mauricienne
- c. une image positive du changement social en cours

Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

L'île Maurice dispose de services médicaux modernes fort développés. Elle compte aussi de nombreux praticiens qui participent sous diverses formes à l'exercice de médecines traditionnelles, elles-mêmes plus ou moins directement liées par leur origine aux divers groupes qui ont formé la population de l'île (médecines chinoise, indiennes etc...). Mais les pratiques qui se déroulent quotidiennement dans l'île, en rapport avec la prévention de la maladie et avec les soins qu'elle peut recevoir, vont bien au delà de ces cadres. En effet, les champs du religieux et du médical ont de tels recouvrements qu'il est souvent artificiel de les distinguer et que l'on ne peut traverser l'un sans entrer quelque peu dans l'autre et c'est bien au delà de la part thérapeutique de leurs pratiques que les diverses reli-

gions (hindouisme, islam, catholicisme, cultes chinois, sectes évangéliques), contribuent aux réponses offertes aux malades.

Le passage d'une société construite autour de la plantation sucrière, à une société moderne, en croissance économique rapide, et affectée par le tourbillon d'un immense changement social vient frapper de plein fouet cette constellation de pratiques et de valeurs. La pathologie certes demeure, mais elle est affectée elle aussi par le changement. Ce n'est pas seulement la pollution, les transformations de l'alimentation et des activités qui sont en cause, mais bien plus globalement les réactions à la modernité, au bouleversement du quotidien, à la remise en cause de l'image d'une société où, jusqu'alors et malgré les tensions, la place de chacun était claire à tous. Image qui se brouille désormais, société où les réponses données auparavant aux questions sur la signification de la douleur et de la mort semblent tâtonner entre des univers contradictoires.

Et cependant il ne cesse d'émerger des solutions nouvelles, dans cet empirisme sociologique qui caractérise les sociétés des mondes créoles. Maurice, par sa diversité extrême, par le poids relativement faible qu'y occupe la composante d'origine africaine et la place considérable des divers apports de l'Inde occupe certes une place à part dans l'ensemble du monde créole. Mais elle est pleinement concernée par tout ce qui s'y déroule : remaniements majeurs de la société de plantation issue de l'époque coloniale, insertion dans des courants économiques, migratoires, touristiques, culturels d'échelle planétaire, convergences et fusions au long de métissages multiples opérant à tous les niveaux. Mariages, langue, religions, alimentation, et pratiques relatives à la santé sont entraînés par un courant irrésistible.

*

Il ne s'agit pas là de faits accessoires, temporaires effluves d'une modernité que la tradition absorbera, mais de la poursuite d'une aventure sociale et culturelle qui a commencé avec le peuplement de l'île. Chaque groupe humain qui y a concouru s'y est inséré non seulement en tentant comme ailleurs d'occuper une niche exclusive, mais en apportant des matériaux culturels dans lesquels les uns et les autres ont puisé. Car la société mauricienne s'est construite à partir de vagues

d'immigration. Européens, Malgaches, Africains, Indiens et Chinois s'y sont successivement insérés. La situation respective de ces groupes au long de l'histoire coloniale a marqué dès leur arrivée leur place dans la stratification sociale de l'île. Les Européens, leurs esclaves africains et malgaches, les travailleurs indiens et les commerçants chinois occupèrent des places fort différentes dans une société fondée sur les plantations sucrières, société très inégalitaire où les appartenances culturelles et la référence aux origines étaient constitutives de l'identité et du destin assignés à chaque personne.

Le temps a nuancé les contrastes originels. Devenus majoritaires, les descendants des travailleurs indiens, renforcés par l'arrivée de commerçants immigrés de l'Inde, ont peu à peu affirmé leur place à tous les niveaux. Ils jouent actuellement un rôle déterminant, en étant devenus les principaux cadres politiques, administratifs et intellectuels de l'île, indépendante depuis 1968. Les descendants directs des colons Européens contrôlent l'essentiel des terres et des usines sucrières; en conjonction avec les Indiens et les Chinois ils ont donné à l'île Maurice une orientation résolument moderne en développant depuis une vingtaine d'années le tourisme, puis l'industrie. Celle-ci a donné essor à une classe économiquement puissante de dirigeants d'entreprises issus de divers groupes : hindous, indiens musulmans, chinois, créoles issus de divers métissages, franco-mauriciens. Les masses populaires reflètent elles aussi la diversité originelle, mais les anciens clivages, issus de la société de plantation, se complexifient, et le modèle social et économique d'une modernité accélérée tarabuste les frontières entre les groupes sociaux.

Deux axes structurent ainsi la société mauricienne, mais, en se recoupant, ils se contredisent de plus en plus, établissant une dialectique qui ne laisse de prépondérance à aucun d'eux mais à un subtil équilibre, porteur à la fois de tensions et d'innovations.

L'un, économique, fait émerger les classes d'une société industrielle moderne où se distribuent les individus sans qu'intervienne a priori leur origine ethnique. Conflits syndicaux et oppositions sociales surgissent sur la base d'affrontements relatifs à un partage plus égal de la richesse et des pouvoirs. Le gouvernement mauricien, qui est celui d'une démocratie parlementaire, sensible à la pression

électorale de sa base, vise une réelle réduction des inégalités. La modernité fait irruption de façon puissante à travers les actions des nouveaux leaders économiques comme dans les aspirations populaires et les modes de vie les plus quotidiens.

Mais l'autre axe est ethnique... Longtemps, des groupes ethniques clairement définis, dotés d'institutions religieuses et sociales entretenant souvent des liens privilégiés avec leur pays d'origine ont valorisé un "communalisme", qui demeure perpétuellement implicite dans les relations entre les individus et entre les groupes. La solidarité ethnique est souvent inexprimée, mais, latente dans la vie quotidienne ; elle peut prendre force lors de tensions, et se cristalliser en période électorale sous forme de factions politiques qui sans toujours être explicitement ethniques, s'identifient majoritairement à une communauté.

Le malaise qui gagne le pays par périodes, amplifié par la caisse de résonance qu'est une petite société insulaire, participe donc à la fois de l'héritage des contraintes anciennes et des humiliations subies par bien des groupes sociaux lors de la période coloniale, et de la déstabilisation de cet ordre ancien. Même mal vécues lorsqu'elles étaient absolues, les certitudes qui figeaient cet ordre assuraient une cohérence en assignant des rôles et une place définis et peu susceptibles d'être altérés. La disparition de ces contraintes crée paradoxalement bien des angoisses, surtout chez les vaincus de la modernité qui voient éclater la famille, le village, les rythmes des tâches et des jours, repères anciens auxquels aucun succès nouveau ne vient se substituer. C'est là que s'ancre leur demande de secours, qui se manifeste tout autant dans l'adhésion à diverses pratiques religieuses que dans la recherche de soins pour une santé qui se sent menacée et que déstabilisent des signes autrefois mieux acceptés. Les conduites relatives à la maladie doivent une part non négligeable de leur sens à cette situation, et elles sont devenues le lieu d'une intense activité qui brasse des courants de pratiques et de savoirs issus de toutes les traditions ethniques du pays. Ce n'est pas que la biomédecine, fort développée, ne soit largement accessible à tous. Un système hospitalier appuyé par des lois sociales de bonne qualité, des centres de soins, des médecins privés et des pharmacies implantés à la portée de chaque village la rendent omniprésente, et chaque malade s'adresse un jour à elle. Mais elle n'est pas seule dans les choix, et les demandeurs de soins la combinent de façons très variées à d'autres thérapies, techniques ou religieuses. Il existe ainsi un très large pluralisme médical, qui

offre à chacun une série d'alternatives, dont l'énumération est éloquente : "Il existe au moins douze catégories de soignants à l'île Maurice. Ce sont : 1. Les médecins de la biomédecine 2. Les médecins et les pharmaciens chinois 3. Les praticiens ayurvédiques 4. Les homéopathes 5. Les herboristes sud-indiens 6. les matrones indo-mauriciennes et créoles 7. Les guérisseurs créoles 8. Les prêtres catholiques et autres soignants religieux 9. Les prêtres-guérisseurs hindous 10. Les prêtres-guérisseurs musulmans 11. Les religieuses bouddhistes 12. Des sorciers de tous les groupes ethniques ou religieux. (Sussman 1983)"

Au premier abord, la diversité de ces pratiques médicales semble refléter les origines de la population de l'île, chaque groupe ayant apporté à la fois ses façons de soigner, les références religieuses et philosophiques qui soutiennent ses conceptions de la maladie et les spécialistes qui entretiennent son propre système médical : à chacun ses croyances, ses connaissances, ses techniciens. En réalité, surtout dans le monde rural et dans les groupes défavorisés des zones urbaines, les apports culturels et religieux originels ne sont pas des patrimoines clairement délimités, attribués à tel ou tel groupe. Ils s'identifient de moins en moins à leurs origines (Benoist, 1989). Comme dans l'île voisine, à La Réunion (Benoist 1975, 1993) les chevauchements sont nombreux. En particulier les choix que font les individus dans leur recherche de secours franchissent très aisément les barrières ethniques et les oppositions religieuses qui leur sont souvent liées, et l'on s'adresse successivement, ou simultanément, à des formes très différentes de recours: *puseri* tamoul, tombeau du Père Laval, ce prêtre catholique que fréquentent aussi hindous et musulmans, tombe de saints musulmans, pratiques populaires originaires du nord de l'Inde, guérisseurs créoles, sages-femmes hindoues ou musulmanes (daï) sont accessibles à la plupart, indépendamment de son origine... On est en droit de se demander si cette remarquable facilité n'est pas en continuité avec les conduites courantes en Inde, où "les connaissances des individus sur la maladie évoquent le pouvoir d'absorption d'une éponge quant aux informations médicales, quelle qu'en soit la source, (...) et parce que les différents types de traitement ne sont pas considérés comme contradictoires, il n'y a rien de mal à en essayer simultanément une grande diversité (Beals, 1976, p. 191)"

Grâce à cette perméabilité médicale, les lieux de soin sont des lieux privilégiés de perméabilité interethnique. Ils ne sont donc pas que des lieux de soin : ils mettent en contact et en communication des traditions aux origines les plus diver-

ses, et, à travers la pratique très concrète des soins, c'est une pratique interethnique qui se construit. Le rôle de celle-ci est d'autant plus important dans la dynamique des relations interethniques dans l'île qu'il s'agit d'un rôle souterrain, inexprimé, second par rapport au rôle explicite et accepté de tous : soulager des malades. Certains lieux de soins sont donc de véritables théâtres de la communication interethnique, communication qui s'édifie au cours d'une mise en scène de la prise en charge de la maladie.

Le pluralisme médical trouve là un usage social original : il construit des passerelles entre cultures, et il participe, dans le cas de cette société, à l'édification de la créolité commune, par delà différentes cultures.

Les changements récents de la société mauricienne ont toutefois conduit à l'émergence d'une classe moyenne, ayant un niveau d'instruction non négligeable et qui ne participe que de façon réticente à celles des activités de soins qui sont le plus explicitement marquées par l'empreinte des croyances populaires, bien qu'elle ne s'en dissocie pas réellement. Aussi est-ce d'abord dans ce groupe qu'a pris racine le fait médical très particulier que nous allons découvrir ici. Il ne s'agit pas de la rencontre entre des pratiques populaires traditionnelles et la médecine moderne, comme le montrent bien des pluralismes. Ni de la confrontation de la biomédecine aux nouvelles médecines, douces ou parallèles, bien que les apparences puissent conduire l'observateur à retenir initialement cette interprétation, mais d'une nouvelle mise en scène de la communication interethnique autour de la maladie, sous une forme accessible et intelligible à cette nouvelle classe moyenne..

Ainsi, par delà le médical, s'agit-il de la structure sociale de l'île et de ses changements récents. Cette pratique médicale est en même temps une pratique sur le social. Dans une société en changement rapide, l'activité médicale, par le relais d'une consultation et de l'administration d'un traitement, contribue à élaborer une nouvelle représentation de cette société. Tout en gravitant autour de préoccupations apparemment exclusivement liées à la santé, les soins dispensés se placent au coeur des changements sociaux récents et des tensions ethniques que vivent les individus. et ils révèlent le foyer réel d'un malaise collectif.

Nous allons voir comment, en concentrant notre observation sur un lieu hautement significatif. Il s'agit d'un centre de soins homéopathiques, le *Sivananda*

healing center. Il est le lieu principal des activités de soin de la *Sivananda healing association*, elle-même issue d'un mouvement originaire de Bangalore, en Inde, et qui est en étroite coopération avec les activités du Sivananda Ashram, lieu de prière et de méditation interethnique. Le Centre est établi depuis quelques années dans une des régions urbanisées et très peuplées de l'île, quartier à mi-distance entre les zones d'habitat les plus riches et les zones les plus défavorisées.

*

Comment un centre médical sert-il de révélateur à une dynamique sociale et culturelle ? Et comment celle-ci rencontre-t-elle les logiques de ceux qui s'adressent à ce centre ? À travers son message philosophique, comme par sa façon de concevoir les soins, il joue un rôle exemplaire dans la dialectique fort tendue entre l'indianité toujours résurgente à Maurice et la nécessité d'une unité nationale. Il joue, symétriquement, un rôle capital dans l'ajustement à la modernité des classes moyennes urbaines récemment issues du monde rural. En effet, les soins sont dispensés par des personnes issues de toutes les classes et de tous les groupes ethniques de Maurice et qui ont reçu une formation accélérée aux diagnostics et aux soins.

Devenir homéopathe

L'enseignement se fait sous forme de stage intensif d'une durée de quatre mois. Les élèves se voient remettre un manuel qui deviendra leur livre de référence : *Handbook on Healing*, par Narayani et Girdarlall. Publié d'abord à Bangalore, puis en Afrique du sud cet ouvrage rappelle dans sa préface que les auteurs sont inspirés par l'enseignement homéopathique qu'a donné à Durban (RSA) le Swami Venkatesananda. Celui-ci, qui était le disciple de Swami Sivananda lui-même médecin, fonda les Sivananda Ashram, en leur donnant entre autres objectifs celui de contribuer à la santé des populations défavorisées. Il leur fixa pour moyen d'action la formation d'homéopathes, non-médecins, capables d'intervenir

au profit des malades sans coût excessif pour eux. Il organisa des stages de formation au diagnostic et au traitement.

C'est en 1977, après avoir suivi cet enseignement, que les auteurs du *Handbook of Healing* sont venus à Maurice. Ils y ont enseigné l'homéopathie au Sivananda Ashram, à Beau Bassin, dans le centre de l'île. Sri Mangalal Desai, originaire du Gujérat donna un terrain où fut édifié un centre de soins, inauguré le 8 septembre 1979. Rapidement se mirent alors en place des consultations, dans le Centre et dans des *dispensaires* situés dans divers édifices religieux (temples hindous, églises catholiques) et dans des centres sociaux. La *Sivananda healing association* servit de cadre aux *homéopathes* ainsi formés, et à ceux qui année après année les rejoignirent. La fin de stage est marquée par l'octroi d'un diplôme qui, bien entendu, ne donne pas le droit d'exercer la médecine, bien que les autorités mauriciennes, tout en étant attentives à ce qui se fait dans ces centres aient montré une grande tolérance envers leurs activités.

Handbook of healing est un très curieux ouvrage. Ecrit "for the use of Healer", il centre son enseignement sur l'homéopathie, mais il y ajoute des rappels de beaucoup d'autres doctrines médicales, que présente un chapitre consacré aux "Natural healing methods". La pratique du *Sivanana healing center* se conforme à ses indications, en prônant l'homéopathie et l'utilisation de "méthodes naturelles de soins, qui forment une excellente combinaison lorsqu'elles sont utilisées en conjonction avec l'homéopathie". On soigne aussi en évitant au malade toute absorption de drogues, grâce à l'utilisation de techniques variées : *Pressure therapy, Foot reflexology, Breathing exercises, Water treatment* etc..

L'essentiel de l'ouvrage est cependant consacré à l'homéopathie. Les médicaments homéopathiques y sont présentés dans une première partie : liste de 36 mixtures puis de 80 remèdes simples. Après une excursion du côté de l'astrologie, le plus long chapitre porte le titre de "Diseases" et se présente comme l'énoncé d'un "ensemble de règles concernant l'usage des remèdes" et "comment utiliser les potentiels forts et les faibles". La liste des maladies et de leurs principaux symptômes ne s'écarte guère de ce qui pourrait figurer dans un manuel familial de médecine générale. La description de chaque maladie est suivie d'un guide d'utilisation des médicaments homéopathiques. Le dernier chapitre de l'ouvrage *Diet and*

Mind, Body and Soul replace la maladie dans son contexte spirituel, tout en mettant l'accent sur l'importance des choix alimentaires dont on souligne combien ils sont liés au spirituel.

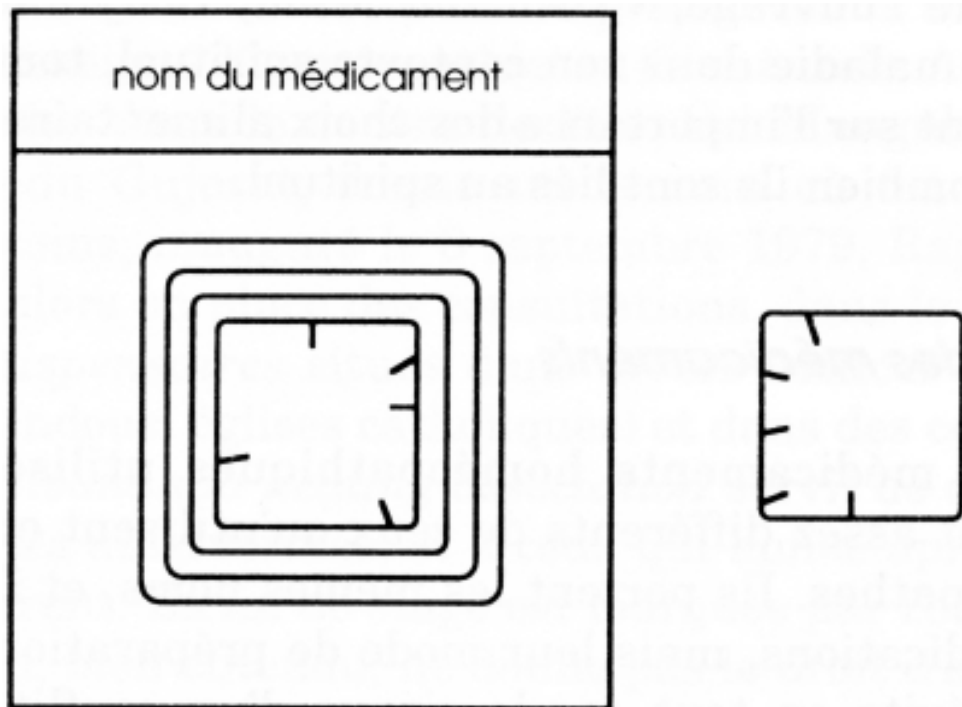
Préparer des médicaments

Les médicaments homéopathiques utilisés par le centre sont assez différents de ceux qu'utilisent en général les homéopathes. Ils portent les mêmes noms, et ils ont les mêmes indications, mais leur mode de préparation est tout autre. Il évite en tout cas le risque d'un conflit avec les autorités responsables de la santé publique, qui pourraient s'alarmer de voir user de préparations pharmaceutiques effectuées à partir de teintures-mères contenant des produits physiologiquement actifs et même dangereux avant dilution. Aussi n'emploie-t-on pas de teintures-mères, ni aucune autre sorte de produit pour préparer les granules homéopathiques prescrits au *Sivananda healing center*.

Les granules sont préparés selon une méthode qui aurait été mise au point en Grande-Bretagne, par Malcom Roe. La spécificité de cette méthode tient à ce que les teintures-mères sont remplacées par l'action d'une machine, le *magneto-geometric potentizer*, sur les granules neutres de lactose. Chaque médicament homéopathique serait caractérisé par une *vibration* propre. L'appareil vise à soumettre le granule de lactose à cette *vibration* dont il gardera trace ensuite et dont il véhiculera vers le malade l'effet bienfaisant, lui aussi spécifique. Pour chaque médicament à produire, la *pharmacie* du centre de soin dispose d'une carte sur laquelle figure un diagramme formé de plusieurs cercles concentriques. Le cercle le plus petit porte des encoches dont la disposition commande le rythme vibratoire du médicament auquel correspond la carte. La machine suit ce rythme lorsqu'on la met en marche après introduction de la carte, et le communique aux granules qui, en l'enregistrant, deviennent des médicaments.

Le plus grand soin doit être apporté aux manipulations destinées à la préparation de ceux-ci. La carte est insérée de façon très précise dans la machine. On introduit ensuite dans une ouverture le lactose et quelques gouttes d'eau distillée contenant 30% d'alcool. Il est enseigné aux *homéopathes* que l'alcool retient les *vibrations*, et qu'elles peuvent même y demeurer pendant 20 ans. Mais la prépara-

tion est fragile. Le soleil la détruit, ainsi que les odeurs, qui neutralisent les médicaments. On doit craindre en particulier les piments et l'odeur du dentifrice (ceci rappelle la croyance courante selon laquelle l'absorption de produits à la menthe détruit l'effet des médicaments homéopathiques).



Lorsque tout est prêt, on peut régler la *dilution*. Un compteur placé sur la machine indique une série de *dilutions* et le *pharmacien* en choisit une en tournant un bouton. Les *dilutions* suivent le classement suivant :

- une *dilution* de 1 x correspond à une goutte de teinture-mère dans neuf gouttes d'eau.
- une *dilution* de 2 x correspond à une goutte de la solution précédente dans 9 gouttes d'eau , et ainsi de suite.

Les *dilutions* utilisées au centre sont les suivantes: 6 x, 30 x, 200x. Mille x deviennent 1 m. On utilise des dilutions de 1 m, 10 m, 100 m. Cette dernière est notée CM, et on peut pousser jusqu'à MM, soit mille m. La croyance exprimée par les thérapeutes veut qu'un médicament soit d'autant plus puissant qu'il est plus *dilué*.

Quand l'appareil a été ajusté à la *dilution* souhaitée, il est mis en marche. En 6 minutes, les granules sont transformés en médicament. Ils sont alors manipulés avec précaution, sans contact direct avec les doigts de quiconque, et placés dans de petits tubes analogues à ceux qu'utilisent les laboratoires homéopathiques classiques.

Donner des consultations

L'observation des consultations données au *Sivananda healing center* révèle comment s'y entrecroisent bien des phénomènes. Dans les consultations, comme d'une façon plus générale dans tout le fonctionnement du centre, on peut distinguer d'abord un niveau explicite, le plus évident, à finalité médicale. Un autre niveau est, lui, implicite ; là, le propos médical initial est transcendé par une mise en scène qui ébranle l'image des rôles ethniques et sociaux au sein de la société mauricienne ; la lecture de cette mise en scène permet de percevoir comment se fait sa prise sur le malade, et nous indique le lieu le plus probable de l'efficacité de cette institution : une thérapie remettant en place les dislocations issues des transformations récentes de la vie sociale.

"Quand il vient, nous mettons le malade dans sa peau", affirme l'un des thérapeutes, franco-mauricien occupant un poste assez élevé dans la fonction publique et qui est considéré au centre comme un spécialiste du diagnostic." Nous ne le traitons pas tout de suite, nous l'invitons à causer, et en causant, causant, il finit par dire quelque chose que nous comprenons. On peut se dire "le mal tient de ça !". 90% des maladies viennent du cerveau : ce qui fait que nous réussissons, c'est la confiance illimitée que nous faisons avoir au malade (...) Quand c'est débloqué, défoulé, alors là nous le prenons en charge (...) Sur les organes qui ne fonctionnent pas, nous avons le *pressure pointing* nous avons détecté certains organes qui ne fonctionnent pas, par les pieds. Voilà une méthode merveilleuse, très loin de la médecine allopathique ! (...) La religion ? Travailler dans un temple indien ou dans une mosquée, moi catholique ? Mon impression, c'est que le Christ a paru en Orient... Mais pendant 33 ans, où était-il ? Peut-être au Tibet, peut-être en Chine ? Qui dit qu'il n'a pas été en Inde ? Chacun prie son Dieu, nous ne pouvons pas savoir. C'est ma maison, je ne connais pas ta maison."

Les techniques en oeuvre sont variées. Deux autres thérapeutes travaillent dans une pièce voisine. L'un est technicien en électronique, l'autre policier. Tous deux sont en train de masser un homme qui a de violentes douleurs au genou gauche. Il s'agit de réflexothérapie : massage lent et continu du coude droit et pression sur la plante du pied gauche, puis pressions sur la projection plantaire de la colonne vertébrale. Cependant, un jour suivant, un autre thérapeute, cadre dans une banque, exposera qu'il suit une autre démarche :

"un organe n'est jamais malade. Mais, par une certaine raison, un stress, un choc, une frayeur, le nerf connecté à l'organe fait un noeud. La circulation est interrompue à ce point là vers la glande pituitaire, la glande principale qui va au plexus solaire : le plexus solaire reçoit tous les nerfs. Vous, en traitant ce point vous retirez les nœuds ; il y en a pour les poumons, le coeur... On a eu quelques cas vraiment extraordinaires. Nous sommes quatre à faire spécialement ce travail. (...)

"Beaucoup de ceux qui viennent à vous pensent "Ce sont des charlatans". Mais, aussitôt qu'une personne comprend un intérêt pour son cas particulier, c'est déjà 50% de gagné dans le bien-être que vous pouvez lui apporter. Malheureusement dans les hôpitaux, les médecins ne peuvent pas aller au fond des choses. Alors ces gens qui sont pauvres, très pauvres, vont à l'hôpital, passent, sortent avec trois comprimés, mais ils n'ont pas la tranquillité, la quiétude d'âme. Ils vont prendre des médicaments. Mais pour que quelque chose fasse un effet, il faut que le subconscient ait été saisi, pour mener parallèlement cette bataille... La façon dont le médecin questionne ne permet pas au malade de trouver des mots pour exprimer ce qu'il ressent, et ça empêche le diagnostic. Ils disent "Mo les reins faire mal !" (...). 80% de nos malades sont des femmes. Tous les problèmes reposent sur elles. La plupart des hommes ont démissionné de leurs devoirs paternels. Et la femme a à se défendre, sans appui moral de l'homme. À 40-45 ans, ce sont des loques. (...) Si vous ne réussissez pas médicalement, mais si vous réussissez à gagner le moral, à donner confiance dans la vie, en 10 - 15 jours le malade peut être retapé. Dans les cas très graves, nous ne soignons pas. On dit d'aller voir son médecin. Nous ne sommes pas des guérisseurs, nous refusons cette appellation. Nous sommes là seulement pour soulager, écouter, comprendre et essayer de reconforter"

Les rencontres avec les pratiques les plus traditionnelles surviennent parfois à des moments inattendus :

"Une femme souffrait. On lui avait fait de la sorcellerie. J'ai donné quelques médicaments pour la calmer. Quand j'ai sorti un pendule, dont je me sers très rarement, ça a fait quelque chose. Elle a cru que c'était un geste de sorcellerie. Je lui ai précisé qu'elle n'était pas possédée. Mais elle a été guérie, désorcelée".

Tout cela montre qu'il ne suffit pas d'avoir des connaissances, pour être un bon thérapeute. Il faut travailler sur son propre esprit, pour affiner son intuition, son écoute. Aux confins du technique et du religieux, la *self-analyse*, régulièrement pratiquée en suivant les indications d'une feuillelet publié par l'association pour guider la démarche à suivre sert à "se corriger soi-même, voir ses points faibles". Ainsi, comme cet employé de bureau indien, soignant dans un dispensaire de l'association installé dans un temple hindou, atteint-on un certain idéal :

"Mon papa était infirmier. Il a travaillé 22 ans, et moi à son coté, j'ai travaillé 15 ans à l'hôpital, sur la propriété. J'ai lu ses bouquins allopathiques. Ça m'a toujours intéressé, mais je n'ai pas eu l'occasion d'étudier la médecine...Nous recevons une trentaine de personnes chaque samedi; nous sommes de toutes les communautés, et nous venons après les heures de bureau... Je veux rendre service. Je suis bien, dans mon travail; le Bon-Dieu m'a béni, alors je veux aider ceux qui souffrent. C'est ce que j'ai toujours voulu faire, vu que depuis mon enfance mon papa voulait me faire dentiste. Quand il est mort subitement, c'était fini. J'avais commencé, un an et demi..."

Tout cela se déroule, même lorsque les consultations ont lieu dans des édifices religieux, selon un protocole qui a toutes les apparences de celui d'un dispensaire de santé publique.

Si l'on essaie de dégager les régularités les plus significatives de ce qui se passe dans ce *dispensaire*, on voit se mettre en ordre plusieurs éléments qui construisent une combinaison originale.

a. Notons d'abord des *éléments qui reprennent les apparences d'une médecine moderne*:

- la technique de fabrication des médicaments qui se réfère explicitement à des pratiques de laboratoire:
- dilution dans de l'eau distillée
- rôle de l'alcool comme préservateur

- utilisation d'une machine complexe
- référence à un processus physique
- codification de la carte, évoquant l'informatique
- précision quantitative des dilutions
- la disposition générale du local principal du *Sivananda healing center*:
- bâtiment moderne semblable à un dispensaire
- salle d'attente
- enregistrement des malades par des aides techniques encadrant la consultation.
- pharmacie où sont préparés et stockés les médicaments
- série de cabinets de consultation donnant chacun sur la salle d'attente.
- le cadre matériel de la consultation :
- cabinet de consultation équipé comme un cabinet médical et s'en inspirant directement : bureau, téléphone, chaise pour le malade, table d'examen, affiches médicales aux murs.
- soignant en blouses blanches
- fichier d'observation des malades
- utilisation d'un imposant livre médical (Boericke: *Pocket Manual of Homeopathic Materia medica*). e

b. Mais, si cette adhésion à la science est évidente au premier regard, c'est à *une science différente, celle des médecines douces, naturelles* :

- la référence principale est l'homéopathie, autant quant aux médicaments qu'en ce qui concerne la nosologie et les explications étiologiques.

- mais l'homéopathie n'est que le centre d'une constellation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Les affiches de la salle d'attente traitent de l'acupuncture, de la vertébrothérapie, de la diététique etc... En réalité, aucun thérapeute, et aucun malade, ne se limitent à l'homéopathie. Le diagnostic par la pression de la plante du pied occupe une place prépondérante ; il est complété par les médicaments *vibro-homéopathiques*, associés parfois à des manipulations vertébrales ou des massages sur la région dont on a diagnostiqué qu'elle était malade, ou à distance de celle-ci.

- l'écoute du malade est explicitement considérée comme très importante. La consultation dépasse fréquemment une demi-heure, et dans certains cas elle se borne à un long entretien, sans examen physique. Répétée à intervalles réguliers, elle a beaucoup d'une psychothérapie informelle et elle s'accompagne alors de conseils relatifs à des problèmes relationnels ou personnels, et même de secours matériels.

- les conseil diététiques sont très courants. Ils sont de deux ordres. Les uns visent à la mise en accord de l'individu, quel qu'il soit avec les règles et les interdits de l'hindouisme végétarien, les autres correspondent à des régimes relatifs à des entités pathologiques, selon les prescriptions du *Handbook of Healing*

- les conceptions de l'étiologie des maladie sont puisées dans un large éventail de médecines orientales ou de médecines parallèles, bien que l'homéopathie soit largement dominante : "Il y a quatre maladies, qui règnent depuis que le péché est entré dans le monde : la syphilis, la tuberculose, la lèpre et la gonorrhée. Par exemple, l'asthme, c'est que le gène de la tuberculose est là. On donne quatre pilules". Mais les références à la nature, voire à la naturopathie sont fréquentes : "L'homme est responsable de sa maladie. On se chauffe, on conditionne l'air ; le corps dit: " Tu n'as pas besoin de moi, je te quitte" L'énergie n'entre plus, et c'est fini." D'une façon générale les symptômes seuls sont recherchés, la recherche étiologique passant au second plan, ou demeurant tout à fait absente.

- jamais il n'est fait allusion à une intervention divine directe dans le processus de diagnostic ou de traitement, pas plus que dans l'étiologie des maladies soignées au Centre. Par contre l'aide de la prière et de la méditation est considérée comme allant de soi, et on s'y réfère sans s'appesantir, tant cela paraît évident.

c. La dimension religieuse, hindoue, est sous-jacente à l'ensemble des activités et l'on ne peut s'en tenir au discours explicite, qui est apparemment très médical. Ce n'est pas un hasard si les ferronneries protégeant les fenêtres des cabinets de consultation sont travaillées en forme de OM sanscrit. D'autre part, le pluralisme médical du centre procède clairement de la pensée de l'Inde et il fait écho au pluralisme indien, qui associe lui-même de façon tout à fait naturelle médecins et paramédicaux, pharmaciens, praticiens des médecines savantes (chinoise, ayurvédique, siddha), homéopathes, guérisseurs de village, matrones, herboristes, prati-

ciens magico-religieux etc... Il le fait en liaison avec une pensée humaniste, appuyée sur une vision universaliste destinée à dépasser les oppositions de cultes et de cultures.

La médecine exercée au Centre est véritablement une philosophie en action, et elle a en ce domaine valeur de démonstration. À Maurice comme en Inde, en effet, "la présence de philosophies médicales pluralistes reflète une conception générale pluraliste de l'Univers. Il y a de nombreux Dieux, de nombreuses voies vers le ciel, de nombreux textes sacrés, de nombreuses traditions intellectuelles et bien des sortes différentes de gens" (Beals) Dans l'expression de leurs motivations, les thérapeutes évoquent d'ailleurs un devoir religieux, voire une crise spirituelle et une crise d'identité qui les ont conduits à adhérer au centre. Ils sont devenus *homéopathes*, au cours d'une démarche plus globale où se rencontrent le désir de participer à une oeuvre de bienfaisance envers les malades et un cheminement religieux qui les fait adhérer aux activités de l'Ashram. Ils lisent régulièrement la littérature que celui-ci publie, et ils pratiquent la méditation. Cette démarche apporte aussi d'autres bénéfices, en particulier celui, fort manifeste, d'acquérir un statut, grâce à la participation à une activité très valorisante. Les propos de certains soignants, qui ont cependant une place très enviable dans la société, montrent clairement leur ancienne vocation, et le regret de n'avoir pas suivi la voie médicale.

Le centre de soin et les "cliniques" périphériques sont certes dotés d'une large autonomie, mais la référence au Sivananda Ashram revient régulièrement, même chez les non-hindous, et les brochures religieuses (aides à la méditation, réflexions sur la sagesse etc...) disponibles à l'Ashram sont diffusés dans les lieux d'attente des malades.

La doctrine de l'Ashram est largement oecuménique. Il y est explicitement dit que toutes les formes de culte et d'adoration sont admises, que toutes les représentations religieuses, que tous les livres saints (de l'hindouisme, de l'islam, du christianisme) sont acceptés. Lors des réunions de prière de l'Ashram, des fidèles de diverses religions lisent à tour de rôle des extraits de leurs propres livres sacrés, tout en commençant tous par une invocation à Krishna. Là, fait capital, les différences ethniques et religieuses ne sont plus le fondement d'oppositions. Au contraire, elles sont intégrées dans un ensemble plus vaste, qui les accepte toutes et qui donne un sens positif à leur rassemblement : les diverses religions, les di-

verses ethnies apparaissent très explicitement comme autant de voies qui convergent vers un même but. L'Inde est toujours présente, à l'arrière-plan : elle est la référence indispensable dont la philosophie vient cautionner cette unité. Elle enseigne à chacun que les oppositions apparentes de la société mauricienne sont en fait des complémentarités.

Niveaux d'une action

a. Une technique au carrefour de la tradition et de la modernité

Les thérapeutes comme les malades semblent adhérer totalement aux croyances véhiculées par les leçons au profil d'enseignement scientifique diffusées par les fondateurs du Centre. Et là nous nous trouvons devant un phénomène qui semble général, bien au delà de Maurice, lorsque les approches traditionnelles des soins s'adressent à des sociétés modernes : l'instance légitimante immédiate n'est pas d'ordre religieux, mais d'ordre scientifique, quitte à ce qu'une instance supérieure, d'ordre spirituel vienne à son tour légitimer cette science. Il s'agit de ne pas s'écarter de façon irrévocable de ce que cautionne la science moderne dans son vocabulaire, dans ses références au corps, dans une part de ses positions sur l'étiologie des maladies. On ne se dresse pas en opposition avec les fondements épistémologiques de la médecine moderne, bien au contraire. Les références étiologiques ne touchent jamais le surnaturel, et elles n'empiètent pas sur le champ du religieux. Les explications physiopathologiques données aux malades font appel à l'anatomie, au fonctionnement du corps, à l'environnement ou à l'alimentation. Malades et thérapeutes situent la pratique médicale qui s'exerce au Centre au sein de la médecine moderne, dont elle représente à leurs yeux une variante enracinée dans une dimension spirituelle. Si certaines convergences avec la médecine ayurvédique apparaissent, c'est plus du fait de la doctrine homéopathique elle-même qu'en raison d'une volonté de se rattacher à l'Ayurveda ²⁰

²⁰ Pratiquement absente de Maurice jusqu'à une date récente, la médecine ayurvédique y est l'objet d'une attention croissante,

Le travail du thérapeute est accompagné d'une gestuelle qui se rapproche beaucoup de celle du médecin dans son cabinet. La tenue de dossiers médicaux vient conforter ce sentiment aux yeux du malade. Il en va de même lors de la formulation de l'ordonnance ou de son exécution à la *pharmacie* du Centre. Là encore, blouses blanches, médicaments enveloppés dans des tubes, prescription soigneuse des conditions d'administration se présentent sous un visage totalement technique, sans laisser apparemment de place à un quelconque appel au surnaturel.

Mais, simultanément, l'observateur reconnaît aisément que les diagnostics, tels qu'ils sont effectués, les manipulations des pieds qui les accompagnent, et la préparation des médicaments grâce au *magneto-geometric-potentizer* ne relèvent pas de l'ordre de l'action ni des préalables expérimentaux propres à la biomédecine. Car si ces techniques prétendent s'inscrire dans le même cadre que les pratiques de la médecine, elles n'entendent pas les reproduire. Il ne s'agit pas d'une variante de la médecine moderne, mais d'une apparence de celle-ci qui adopte les gestes et les objets par lesquels la modernité a conquis une prise matérielle sur la réalité biologique. Mais il n'est pas question d'adopter la démarche expérimentale et de chercher à vérifier ce que l'on fait et que l'on exécute comme un rituel dont la conformité à un modèle assure la qualité et l'efficacité. Il n'est pas question, en effet, de démontrer la réalité des *vibrations*, ni l'effet biologique de leur introduction dans le lactose par le *magneto-geometric-potentizer*.

Aussi la situation est-elle particulièrement riche en signification. Il s'agit presque d'un modèle expérimental de placebo: les soins qui se présentent comme faisant partie de l'univers médical moderne, comme n'étant qu'une de ses variantes adaptée à la nécessité d'un appui spirituel, sont basés sur des procédés de diagnostic et sur des médicaments entièrement symboliques et dépourvus de toute connexion avec les connaissances médicales auxquelles ils semblent renvoyer. Les malades reçoivent une "médecine traditionnelle" sans le savoir et en pensant recevoir une forme adaptée d'une "médecine moderne".

Il faudrait pas croire que l'on se trouve en rupture avec ce qui se pratiquait auparavant, et qui se pratique encore dans d'autres secteurs de la société mauricienne. La trame pluralisme de la médecine mauricienne répond au pluralisme de la société elle-même. Ainsi que le remarquait Sussman : "Le système médical pluraliste de Maurice est bien adapté au contexte hétérogène dans lequel il existe

(1983, p. 373)" Mais ce pluralisme, poursuit-elle, n'est pas facteur d'éclatement, au contraire, car il a pu édifier une idéologie où chaque composante de la diversité devient une partie d'un ensemble vécu comme potentiellement unitaire en raison des multiples échanges qui se déroulent : "Malgré l'hétérogénéité ethnique et religieuse de ses populations et son histoire relativement brève, Maurice a un système de représentations et de classifications médicales qui offre une trame unifiée grâce à laquelle les patients structurent aussi bien leur perception de la maladie, que leur utilisation des diverses ressources thérapeutiques disponibles (1983, p. 355)"

Or ce pluralisme souple, et finalement unificateur, subit un double assaut :

- de la biomédecine, et d'une façon générale du paradigme scientifique, qui vient ébranler les fondements de la plupart des anciennes doctrines médicales
- de l'émergence de certaines tendances à la "purification" des pratiques religieuses en vue de les débarrasser des influences d'autres religions. Les musulmans ne sont pas les seuls à aller dans ce sens : hindous et chrétiens ont une tendance analogue.

Le Centre vient répondre à cette menace. En donnant apparemment une réponse issue de la modernité, il réaffirme le pluralisme, à travers la doctrine religieuse de l'Ashram ouvert à tous les cultes, à travers la diversité des thérapeutiques qu'il accepte et par la rupture des hiérarchies de classe et des étanchéités ethniques que démontre sa pratique. Il apparaît comme une forme de transition, comme une réponse ancrée dans le religieux indien qui permet d'aborder la modernité en remaniant sans le rejeter le pluralisme antérieur et en permettant que continue le rôle privilégié du médical dans la perméabilité entre les ethnies et entre les croyances.

b. des soignants qui reflètent la nouvelle société mauricienne

Les soignants sont de toutes origines. Les Hindous sont majoritaires, mais, même en leur sein, des coupures souvent très affirmées à Maurice (entre castes, entre nord-indiens et tamouls par exemple) sont ici effacées. Les non-hindous ont toute leur place, dans les mêmes conditions d'exercice. Musulmans, Franco-

Mauriciens, Créoles, Chinois participent à diverses activités du centre. Les inégalités sociales elles aussi semblent effacées. Dans les cliniques éloignées où deux ou trois personnes reçoivent les malades dans les annexes d'un édifice religieux, il est tout à fait normal qu'un individu de statut social élevé soit l'aide d'un *homéopathe* de classe très inférieure à lui. Je pense par exemple à tel cadre du secteur tertiaire, appartenant à une famille franco-mauricienne bien connue, et qui était l'aide d'un jeune policier tamoul. La majorité des soignants appartient aux classes moyennes urbaines (employés, techniciens, fonctionnaires), bien que certains aient une position plus importante. Les malades, en majorité urbains eux aussi, appartiennent à des groupes plus défavorisés, et sont pour plus de 70% des femmes.

Le véritable théâtre de soins qui accueille ainsi le malade n'est pas seulement une représentation de la modernité, il montre surtout des acteurs qui soignent ensemble dans un Centre placé sous l'égide d'un Swami hindou,. La caution religieuse donne sa force et son sens à ce qu'expriment sur la société mauricienne leur présence simultanée et la coopération dans un ordre qui contredit les stéréotypes souvent justifiées sur les oppositions ethniques et les inégalités.

c. une image positive du changement social en cours

La dimension religieuse revêt, dans le contexte mauricien, un sens tout autre que celui qu'elle pourrait avoir en Inde, et sans doute dans la société indienne d'Afrique du sud. Sous le message religieux et philosophique perce un message social d'une grande importance qui fait que le centre, devient un lieu où les tensions nées du "communalisme" sont rejetées à l'extérieur au profit d'une image de paix, de concorde et d'égalité.

Cohérents par leurs apparences avec les références techniques de la société moderne où sont immergés les malades qui viennent les recevoir, les soins offerts ne renvoient pas à un groupe ethnique particulier, ni à une classe sociale. Mais, en permettant à chacun de venir, ils font du centre un carrefour des angoisses et des tensions. Tous les soignants soulignent combien la demande qui leur est adressée reflète de profondes difficultés issues du changement de la société. Les femmes, en particulier, se trouvent soumises, dans un isolement jusque là inconnu, à des

pressions traumatisantes : problèmes financiers, volonté d'éducation, coûteuse, des enfants, éclatement du réseau de parenté, tensions ethniques. Dépouillés de l'encadrement social de villages au coeur desquels s'infiltré l'industrie, dépouillés de bien des recours traditionnels que l'éducation leur fait abandonner, les malades trouvent là une réponse modernisée aux questions qu'ils posaient autrefois aux *pusari* et aux *longanistes*, et auxquelles les médecins n'apportent que des solutions trop partielles.

Mais le message le plus important va bien au delà de la réponse à chaque individu sur ses problèmes propres; les soins n'offrent pas seulement des diagnostics et des médicaments Ils sont surtout la démonstration d'un autre ordre social, qui est en action devant le malade. Sur le théâtre du dispensaire se présente une autre société mauricienne. Les soignants en donnent une autre image. Par leur présence, d'abord. Mais aussi par la référence à une philosophie qu'ils identifient à l'Inde et qui nie les contradictions sociales agressives issues de la modernité. Les inégalités de classe et les contrastes ethniques, vécus comme des lieux de tension, prennent un aspect positif, car on les présente comme les préalables d'une unité. Les activités de soin, et leurs fondements religieux et philosophiques permettent de réinterpréter les traumatismes que ressentent violemment ceux qui viennent consulter. Entre les croyances passées, marquées par la plantation coloniale, et une modernité vécue comme étrangère, les pratiques, le langage et les références du Centre assurent la transition. Ils démontrent que l'univers mauricien, imprégné de la vision du monde de l'univers indien est compatible avec la modernité, et qu'il ne s'y détruit pas.

Mais le plus important n'est pas cette médiation (interethnique, interreligieuse. C'est la médiation entre l'univers de la science moderne que le centre *représente*, au sens d'une représentation théâtrale, et celui de la religion. Car chacune de ses activités (diagnostic, traitement...) est enracinée quelque part bien au-delà de ce que connaît la science, non dans l'inconnu, mais dans ce qui est par essence inconnaissable, et de ce fait appartient au divin. On n'a pas à se référer au surnaturel; on montre qu'il est à la racine du monde, au delà du naturel mais que celui-ci est un chemin qui conduit à lui si on sait éviter les pièges de s'en tenir à la science. Nous retrouvons ici la force des médecines "douces" modernes. En présentant leur enracinement comme plongeant au-delà du scientifique, du connaissable par la voie de la science, elle peuvent résoudre des aspirations contradictoires aspiration

à la science (qui peut agir, mais qui donne une représentation inacceptable de l'être), aspiration au surnaturel, qu'on ne croit pas capable d'agir seul, les succès de la science ne lui laissant pas de chance, mais qui, en se présentant comme la part d'inconnaissable du monde est acceptable.

Dans une société polyethnique, où l'identification des individus passe largement par le religieux, il est remarquable que ce lieu de recours -mais il en existe bien d'autres qui ont une structure analogue- soit apparemment marqué par une identité religieuse explicite forte, hindoue en l'espèce, alors que ceux qui s'y adressent viennent d'ailleurs et ne sont nullement des "convertis". En venant au centre, ils semblent alors franchir les frontières qui pourraient séparer les identités et cloisonner l'île. À tel point que ce franchissement de frontières est sans doute l'un des aspects principaux de ce qui s'y passe. Par delà le discours explicite de ces lieux (qu'il soit religieux ou médical), l'éclatement des cloisons "communalistes" est au coeur du processus de prise en charge. Les consultations démontrent à ceux qui viennent se faire soigner la résolution des oppositions; elles mettent en scène des situations où les contradictions identitaires qui ébranlent bien des individus sont résolues par la perméabilité entre des configurations culturelles que la société globale présente souvent comme essentiellement différentes.

Le fonctionnement, et le succès, du *Sivananda healing center* révèlent des besoins auxquels ne répondent ni les structures médicales, ni les thérapeutes traditionnels lors des changements importants liés à l'industrialisation très rapide de l'île. Sur le plan médical, le centre représente avant tout une modernisation de la médecine traditionnelle. Mais son impact social est bien plus important, car l'idéologie du groupe fondateur permet, sans l'expliciter, de lutter contre le "communalisme" tout en revivifiant les liens avec l'Inde. Lieu auquel la pratique thérapeutique légitime l'accès de tous, il contribue à affirmer la convergence des religions, et par là celle des groupes sociaux de l'île. Sans nécessairement le savoir, on y vient dans une démarche globale, où la demande de soin ou de protection immédiate s'accompagne d'une autre demande, qui vise à transformer la société elle-même.

Bibliographie

ALBER J.L. 1993 Emploi de la pensée et pensée mode d'emploi en contexte pluriethnique in J.Hainard et R.Kaehr ed. *Si...* Neuchâtel, Musée d'ethnographie, pp. 89-114

BEALS A.R. 1976 Strategies of Resort to Curers in South India in C.LESLIE ed. *Asian Medical Systems*, U.of California Press

BENOIST Jean 1975 Patients, Healers and Doctors in a polyethnic society *African Environment* 1 (4) : 40 - 64

BENOIST J. 1989 De l'Inde à Maurice et de Maurice à l'Inde, ou la réincarnation d'une société, *Carbet* Fort-de-France N° 9, décembre 1989 pp 185-201. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

BENOIST J. 1993 *Anthropologie médicale en société créole* Paris, P.U.F. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

BISSOONDOYAL U., S.B.C.SERVANSING 1986 *Indian Labour Immigration* Mahatma Gandhi Institute, Mauritius, 329 p.

BOERICKE W. *Pocket Manual of Homœopathic Materia Medica*, comprising the characteristic and guiding symptoms of all remedies (clinical and pathogenic) 9° ed. B.Jain Publishers, New-Delhi 1042 p n.d.

ERIKSEN T. H. 1992 *Us and them in Modern Societies. Ethnicity and Nationalism in Mauritius*. Scandinavian University Press, Oslo

NARAYANI and GIRDARLALL 1981 *Handbook on Healing* 2nd ed. Sivanda Press, 570 New Germany road, Reservoir Hills , Durban, South Africa 2nd ed.

PARATIAN R 1995 *La république de l'île Maurice à l'heure des délocalisations*. Paris, L'Harmattan.

SUSSMAN Linda K. 1983 *Medical pluralism on Mauritius: a study of medical beliefs and practices in a polyethnic society* Ph.D. Washington University 445 p

SUSSMAN Linda K. 1983 Unity and diversity in a polyethnic society : the maintenance of medical pluralism in Mauritius *Soc.Sci. Med.* 158:247 - 260

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Première partie : Rencontre de sociétés

Chapitre V

Manger le pluriel à l'Île de la Réunion

Par Patrice Cohen

[Retour à la table des matières](#)

L'acte de manger se rapproche-t-il de l'acte de soigner ou d'être soigné ? Si dans l'absolu, ces deux comportements paraissent dissemblables quoiqu'ils puissent parfois se recouvrir, on constate de nombreuses ressemblances dans les systèmes qu'ils mettent en œuvre. Distant, en apparence, des pratiques de soins, l'alimentation — domaine très significatif pour le corps — permet d'observer avec une lisibilité exceptionnelle, les courants sociaux et culturels mis en jeu dans les rencontres des médecines. Dans une société pluriculturelle, comme celle de la Réunion, ces processus sont d'autant plus lisibles que l'histoire du peuplement est récente et que différentes façons de manger et de voir le monde se sont rencontrées. Aussi n'est-ce pas décentrer le thème central de cet ouvrage que d'y aborder la question de « manger le pluriel ».

C'est dans l'océan Indien que la société réunionnaise s'est constituée. Héritière d'une gestion coloniale de ses terres, marquée par l'arrivée d'immigrants autant européens qu'africains ou asiatiques, sa population s'est formée depuis le début de son peuplement comme une véritable société plurielle. La modernisation de l'île par l'intermédiaire de l'accès au statut de département français en 1946 a favorisé de nouvelles diversités. À travers la culture de la France métropolitaine

qui s'est imposée notamment dans l'éducation, dans le circuit économique, dans le système politique ou de santé, de nouvelles valeurs et de nouveaux comportements bouleversent les héritages culturels préexistants. L'identité de chaque habitant de l'île cherche ses repères à la fois dans le passé et dans son devenir. Bout de France dans l'océan Indien, ce département vit une situation spécifique qui se présente à la fois au pluriel et au singulier.

L'alimentation au même titre que la langue ou le domaine de la santé, mais avec une visibilité plus grande, est un thème privilégié d'observation ²¹. Manger, c'est non seulement nourrir son corps, mais c'est aussi nourrir son imaginaire ; c'est affirmer son identité et gérer sa vie familiale et sociale. La cuisine et les pratiques alimentaires s'enracinent dans un héritage culturel modelé par le niveau socio-économique et représentent dans la plupart des populations migrantes des traits culturels qui disparaissent en dernier, bien après le vêtement ou même la langue. Manger c'est aussi s'ouvrir à l'altérité, en acceptant ou non d'essayer de nouvelles façons de s'alimenter. Comme partout, le mangeur réunionnais est soumis au balancement entre la recherche du connu (sa nourriture acceptée depuis l'enfance) et l'attirance pour des aliments, des plats nouveaux. Dans ce subtil jeu de va-et-vient, où alternent innovation et conservatisme alimentaire, tout individu exprime à la fois son sexe, son âge, ses origines ²², son lieu de vie, son activité, sa vie sociale et familiale, son intégration dans la société moderne, et ses représentations de l'ordre social ou de l'ordre du monde.

Au sein d'une Réunion polyculturelle, il n'est donc pas étonnant que non seulement on pense le pluriel, mais aussi qu'on le mange ! Que l'on considère l'origine des aliments, et leur façon de les penser, de les transformer, de les manger ou que l'on se penche sur les codes alimentaires, sur les préceptes religieux, ou sur les façons de se soigner, l'alimentation a de multiples voies d'être plurielle. Ainsi, un aliment, un mets, un snack, ou une habitude alimentaire sont-ils les vecteurs d'une ou plusieurs origines. Prendre conscience de la singularité ou de la pluralité de ces éléments dépend bien sûr de leur degré d'intégration dans la cultu-

²¹ On trouvera une analyse des représentations et des pratiques alimentaires en liaison avec le fonctionnement physiologique et la santé à l'île de la Réunion dans Cohen 1994.

²² Origines ethniques, familiales, géographiques, sociales, etc.

re du mangeur. En France, a-t-on forcément conscience de l'origine américaine de la tomate ou du maïs, ou de l'origine chinoise des pâtes, lorsqu'on les mange ?

Au gré des mouvements de population, des équilibres sociaux, des itinéraires personnels ou familiaux, au gré des unions ou des contacts sociaux, les dynamiques culinaires s'accompagnent de mélanges, d'assimilations, de complémentarités, de rejets, d'emprunts. Mais ces processus n'opèrent pas au hasard. L'itinéraire du mangeur dans ses choix alimentaires dépend en grande partie de son apprentissage du goût en relation avec son appartenance culturelle et son insertion sociale et économique. Et il sera soumis à d'autres influences tout au long de sa vie (itinéraires éducatifs, religieux, thérapeutiques, professionnels, soins du corps, ouverture sur l'extérieur, relations familiales et sociales, rencontres, etc.).

À la Réunion cette rencontre au pluriel se réinvente quotidiennement. Les choix et les comportements alimentaires se font autour de diverses traditions alimentaires qui évoluent à travers la modernité. La rencontre de ces traditions, leur réactualisation et l'introduction de nouveaux modes alimentaires placent tout Réunionnais dans une situation de pluralité alimentaire à la fois dans la sphère publique et dans la sphère privée.

Ainsi, manger le pluriel à l'île de la Réunion oblige à nous interroger non seulement sur ce que mangent ses habitants, mais aussi sur leurs manières de manger, et sur les dynamiques qui participent à la pluralité ; et cela sera abordé à travers une double vision des phénomènes, une observation objectivée (vision de l'extérieur du groupe), et une analyse du vécu des mangeurs eux-mêmes (vision de l'intérieur du groupe).

I - La Réunion, creuset de traditions alimentaires

Vestiges vivants des pays et des cultures originelles, influencées par le milieu et son histoire, les pratiques alimentaires de la Réunion se sont confrontées à la fois au brassage de la population et au conservatisme (quand cela était possible) de certaines traditions ethniques.

Héritière de l'histoire multiculturelle de l'île, une tradition culinaire créole s'est créée à mesure de la constitution du peuplement. Construite dans une insula-

rité tropicale, marquée par le métissage biologique et culturel, et par la gestion coloniale des hommes et des terres, la cuisine créole, bien qu'elle même plurielle selon les groupes ethniques, représente un ensemble de rapport à la nourriture, de plats et de manière de manger communs à l'ensemble des Réunionnais. Mais elle n'est pas fermée à toute transformation. La vie moderne, la variété grandissante des produits alimentaires sur l'île, le contact avec des cuisines ethniquement marquées favorisent son évolution.

Ces autres cuisines pratiquées quotidiennement par des Réunionnais fidèles aux habitudes de leur pays d'origine font référence à des traditions culinaires plus ou moins structurées sur le sol réunionnais. Parmi les plus répandues, mentionnons une tradition *malbar* (des Réunionnais originaires de l'Inde du sud), une tradition *zarab* (des Réunionnais musulmans originaires de l'Inde du nord), une tradition chinoise (des Réunionnais originaires de Chine).

L'influence française, si elle est sensible dans la cuisine créole, devient de plus en plus grande notamment par le biais du modernisme, par le nombre grandissant de Métropolitains sur l'île et par l'accessibilité croissante à des produits alimentaires métropolitains. À ces principaux modèles, s'ajoutent les traditions culinaires de minorités comme les Pondichériens, les Karanas²³ (Indiens musulmans venant de Madagascar), les Mahorais, les Mauriciens, les Malgaches, qui contribuent à l'extrême diversité culinaire qui existe sur le sol réunionnais.

II - De la pluralité à l'unité , et de la singularité à la mise en commun

La tradition alimentaire créole

L'enracinement des habitudes traditionnelles créoles dans l'alimentation à la Réunion est une des caractéristiques du système alimentaire de l'île. Si celle-ci semble concerner au quotidien la plupart des Réunionnais quelle que soit leur couche sociale, la fréquence de son utilisation varie. Plus le quotidien est traditionnel, proche de la terre, plus cette tradition tend à se conserver. Le coût peu élevé de l'alimentation créole, dans sa conception la plus basique, rend son utili-

²³ Ce mot d'origine malgache se prononce « *karane* ».

sation d'autant plus quotidienne que les revenus sont faibles. Mais au-delà du mode et du niveau de vie, la tradition alimentaire a développé des schèmes olfactogustatifs qui sont conservés dans toutes les couches sociales et qui se matérialisent à divers moments, soit régulièrement dans le quotidien, soit à certaines occasions festives. Le recours à l'alimentation créole est très variable, mais il témoigne d'un attachement très profond à cette tradition culinaire.

La grande diversité des fruits et légumes acclimatés sur le sol réunionnais et qui sont à la base de l'alimentation créole illustre bien les influences multiples qui se sont exercées sur cette cuisine. L'Inde et l'Asie ont apporté les épices²⁴, ainsi que nombre de fruits²⁵. De la France et de la zone méditerranéenne de nombreux végétaux ont été implantés : le blé (disparu au XIX^e siècle), la pomme de terre, le raisin, le figuier, le pommier, le fraisier, le thym, des légumineuses, et de nombreux légumes de pays tempérés. De la zone américaine, notamment des Caraïbes et du Brésil, ont été introduits manioc, christophines (*chouchou*), avocats, papayers, ananas, goyaves, fruits de la passion qui sont aujourd'hui à la base de l'alimentation traditionnelle ; de l'aire pacifique sont venus l'arbre à pain, et la pomme de Cythère (*évis*).

Mais si l'île a été autosuffisante dans les premières années de son peuplement, elle est très vite devenue tributaire de l'extérieur. Des produits importés ont contribué à la tradition créole. Les poissons pêchés dans les eaux glacées (essentiellement Terre-Neuve), séchés et salés ou fumés comme la morue, le hareng ou le snook sont à la base de recettes créoles très courantes. Le riz, cultivé pendant les premières décennies, est depuis le milieu du XIX^e siècle exclusivement importé de Madagascar, de l'Inde ou de l'Extrême-Orient. Il a supplanté les autres céréales, blé, maïs, comme base de l'alimentation créole. L'importation nécessaire de l'aliment de base montre combien le système alimentaire réunionnais et notamment la tradition culinaire créole dépend de l'extérieur.

L'utilisation de ces produits, leurs modes de préparation suivent des logiques à la fois culturelles et sociales ; culturelles par l'origine des divers peuplements

²⁴ Piment, poivre, curcuma, noix muscade, giroflier, cannelle, tamarin, etc.

²⁵ Mangue, jacquier, jamblon, jamrosat (Inde), mangoustan (Manille), longanis et letchis (Chine), mambolo appelé caca de chat à la Réunion (îles Philippines), etc.

(européens dont surtout français, asiatique, africain), et sociales par les relations hiérarchiques de la société insulaire sous le pouvoir colonial.

Deux types de logiques sociales se sont créées : l'une basée sur la société de plantation, l'autre sur le modèle d'une société paysanne²⁶. La juxtaposition et la coexistence de ces deux systèmes sociaux ont favorisé des dynamiques sociales diverses qui se sont accompagnés de créolisation linguistique, musicale et alimentaire. Ainsi, la part relative des patrimoines culinaires représentés dans la cuisine créole n'est-elle pas en rapport avec le poids démographique de chaque culture. Les héritages français et indien dominant par rapport aux autres. On peut y voir l'importance d'une tradition française apportée par des hommes libres dont les valeurs appartiennent à la classe dominante. La place que la cuisine indienne a prise tient, elle, à l'influence de ses ressortissants²⁷, aux apports d'épices et d'aliments venant des navires revenant des Indes, et au retour de nombreux voyageurs français et créoles ayant effectué des séjours en Inde.

Mais ces apports se sont adaptés au contexte local. Les épices indiennes ont vu leur nombre décroître, et les traditions françaises se parer de saveurs exotiques. Les autres apports, notamment malgaches ou africains, sont plus discrets mais sensibles notamment dans l'art de cuire le riz, ou d'utiliser et de préparer certains végétaux ou produits de cueillette. Les traditions africaines ou malgaches régulièrement réprimées par le pouvoir colonial n'ont pas bénéficié de conditions favorables à la conservation du patrimoine culturel, comme cela a été le cas au Brésil. Les processus qui ont favorisé l'émergence d'une cuisine créole sont fort riches,

²⁶ Les logiques de la société de plantation (construite dans le cadre de l'exploitation spéculative de la canne à sucre sur les terres des Bas de l'île, les plus fertiles) et de la société paysanne (basée sur une exploitation des terres à des fins de productions vivrières pouvant être vendues) ont été détaillées par J. Benoist (1983). Retenons ici que la première est établie sur une société extrêmement hiérarchisée avec à la tête le propriétaire blanc de la plantation qui a le pouvoir quasiment absolu sur ses travailleurs constitués d'une population de couleur avec des statuts d'esclaves ou d'engagés. La hiérarchie favorise peu la mobilité sociale. La société paysanne avec ses petits et ses grands propriétaires, ses employés agricoles propose une structure sociale moins rigide, et la mobilité sociale est plus facile.

²⁷ Notamment par l'influence des femmes indo-portugaises dans les tout premiers moments du peuplement, et par la suite par celle des nombreux esclaves cuisiniers appréciés par les maîtres pour leur délicatesse.

mais dépassent le cadre de cet chapitre ²⁸; nous aborderons toutefois rapidement les caractéristiques de cette cuisine telle que nous pouvons l'observer actuellement.

La nature offre de nombreuses ressources alimentaires : produits de la cueillette (aliments, plantes médicinales, ou fourrage), produits de la chasse ou de la pêche en eau douce. Leur quête a été depuis le début du peuplement une des passions des Créoles et elle se perpétue. Les productions de la nature ont permis l'enracinement de nombreuses habitudes alimentaires : le goût pour les aliments frais, le goût pour la viande des animaux d'élevage comme la volaille ou le cochon, ou de certains animaux sauvages (oiseaux, cabris, tanrecs ²⁹, etc.). Des cycles réguliers de produits saisonniers déchaînent des passions, tant leur consommation est appréciée (letchis, mangues, ou bichiques — alevins de poissons d'eau douce).

La nécessité de vivre des produits de la nature a fait naître un très fort attachement à ce qui touche celle-ci. Les cultures de fleurs, de plantes alimentaires, d'épices, de fruits, l'élevage familial à des fins alimentaires, sont fréquents non seulement dans les milieux ruraux mais aussi dans l'espace urbain.

Le rapport avec la nature et les nécessités de subsistance ont développé une utilisation assez complète des végétaux. M. Valentin (1982) remarquait en effet l'utilisation simultanée des plantes à plusieurs niveaux anatomiques : fruits, racines, feuilles. Le choucho (*Echium edule*), appelé en français « christophine » ou « chaillote » est en ce sens l'une des plantes les plus populaires, dont on utilise toutes les parties, comme c'est le cas aussi pour d'autres plantes, comme les citrouilles, les maniocs ³⁰. L'utilisation des fruits à divers degrés de maturité, man-

²⁸ On lira avec profit les analyses de R. Chaudenson (1992) sur les phénomènes de créolisation, tant au niveau linguistique, musical, qu'au niveau alimentaire et médical. Ce thème, dans l'alimentation, a été abordé en détail par M. Valentin (1980, 1982), et par nous même (Cohen 1993).

²⁹ Tanrec (*Ericanus setosus*) : Appelé « tangué » à la Réunion, cet animal originaire de Madagascar est un petit insectivore à museau pointu, couvert de poils et de piquants qui peut le faire ressembler (trompeusement) à un petit hérisson.

³⁰ Ceci représente une caractéristique spécifique de la cuisine créole réunionnaise par rapport à la cuisine créole antillaise ou même par rapport à la cuisine indienne.

gés soit salés et pimentés lorsqu'ils sont encore verts, soit tels quels quand ils sont à maturité, soit intégrés à des préparations culinaires, caractérise aussi cette utilisation complète des produits de la nature.

Construite comme une petite maison séparée de l'habitat, mais contiguë, la pièce qui sert de cuisine permet la conservation d'un mode de cuisson et d'habitudes organoleptiques très enracinés. Ce « boucan », est composé d'une seule pièce à une ouverture (la porte), pièce dans laquelle un foyer à bois est destiné à la cuisine. Là subsiste la cuisine au bois, ce qui implique une organisation familiale, des gestes, des odeurs, des couleurs, des goûts, dont la seule évocation rappelle à tout Réunionnais l'ambiance de la vie traditionnelle. Fumer (« boucaner ») les viandes pour leur conservation se fait au-dessus du foyer qui dispense très régulièrement la fumée nécessaire au fumage et à la fumaison (d'autant plus qu'il n'y a pas d'autre aération que la porte ouverte et que la pièce entière est baignée de fumée quand le foyer est allumé). Se réunir dans cette pièce, source de chaleur lorsqu'il fait frais à l'extérieur, permettait les discussions et favorisait les veillées animées par un conteur d'histoires créoles.

Ainsi l'importance du *boucan* est-elle primordiale dans l'alimentation créole, même s'il disparaît progressivement au profit d'une cuisine moderne sans fumée, au gaz ou à électricité. Si le *boucan* n'existe plus dans nombre de foyers, son souvenir est très présent, et il subsiste des goûts qu'on a toujours plaisir à retrouver et qui font encore partie de l'identité créole : le goût de la cuisine au bois, l'odeur et le goût des aliments fumés, la joie de se retrouver dans un repas autour d'un foyer au bois les dimanches ou les jours de congés. Ceci a favorisé le développement des tables d'hôtes sur toute l'île. Fréquentées par les touristes, mais énormément par les Réunionnais eux-mêmes, elles proposent non seulement une cuisine faite avec les productions du jardin, mais aussi une cuisine au bois.

L'histoire agricole de l'île a fixé certaines habitudes de consommation. La culture du café, des épices et de la canne à sucre a facilité l'intégration du café dans les habitudes créoles, la préparation de plats avec des épices produites sur place et l'habitude du goût sucré (café très sucré, ou un nœud de canne que l'on suce). Le rhum fait partie intégrante de cette tradition. | la base de nombreuses préparations locales et familiales, l'utilisation du rhum est multiple. Bon marché, le rhum blanc est habituellement bu par les hommes de milieux défavorisés au comptoir des boutiques traditionnelles (le Chinois).

L'aliment de base par excellence est le riz. Mais le maïs, moins courant actuellement, fait encore partie d'une tradition qui s'est conservée dans les zones rurales des moyennes pentes. Souvent, des racines ou des tubercules (manioc, taro, igname, etc.) ont remplacé ces céréales lors des disettes ou des famines, ou dans des situations de pauvreté. Elles sont encore couramment consommées dans certaines zones rurales, et sont à la base de gâteaux appréciés dans l'ensemble de l'île. L'importance des légumineuses, les *grains* comme on les appelle en créole, est primordiale, car elles accompagnent le plus souvent le riz. Héritée de la navigation à voile, cette habitude s'est conservée depuis le début du peuplement. Le poisson étant devenu rare et peu pêché, la consommation de poissons salés ou fumés importés des mers boréales, tels que la morue, le hareng, le snook (etc.) est devenue très courante et a été favorisée par le jeu du commerce et de la navigation. L'habitude de consommation de ces poissons est héritée du mode alimentaire des esclaves et des engagés ; et même s'ils représentent une nourriture de pauvreté, ils sont parvenus à conditionner le palais de tous les Réunionnais qui aiment retrouver ce goût à la fois salé et fumé. Le choix des préparations à base de viande de porc ou de volaille est privilégié. Ces animaux sont élevés traditionnellement autour des logements, et apportent à leurs producteurs les principales sources de viande. Enfin, les épices utilisées dans la cuisine créole définissent un champ sémantique plus large qu'en français, car on y inclut autant les épices, au sens courant du terme en français, que certains légumes ou aromates (oignons, ail, tomate, thym).

Les autres traditions alimentaires

Il est courant dans les études ethnologiques sur les populations migrantes de constater que le style alimentaire et culinaire de leurs origines est conservé en grande partie dans leur nouveau pays (Calvo 1982).

La situation à la Réunion illustre bien cette tendance générale, mais ne concerne pas tous les immigrants. Si les patrimoines culinaires de France, de Madagascar et d'Inde ont contribué à la création de la tradition créole, ceux des dernières populations arrivées, influencent aussi la tradition créole et l'alimentation de la société globale.

Nous en retiendrons ici trois : les traditions alimentaires des *Malbar*, des Chinois, des *Zarab*. Tout en conservant des particularismes elles ont su s'adapter au contexte local, et pour certaines se créoliser en partie. Leur intégration a entraîné deux phénomènes : un enrichissement de la cuisine créole par des préparations culinaires ou par l'utilisation de nouveaux produits alimentaires, et l'émergence de « plats-totems »³¹, définis comme des préparations pourvues d'un rôle symbolique permettant au groupe de s'y identifier. Marqueuses d'ethnicité, ces préparations sont associées au groupe qui les a produites ; elles participent ainsi aux catégorisations des personnes et des groupes, et s'inscrivent dans des dynamiques de l'altérité. Les « plats-totems » transmis de génération en génération servent aussi à la conservation d'une mémoire identitaire.

L'importance démographique des Réunionnais originaires d'Inde du sud, la conservation d'un patrimoine à la fois culinaire et religieux hindou mais aussi l'insertion de ces *Malbar* dans le monde créole, font que l'influence de cette population sur l'alimentation à la Réunion est importante.

La tradition alimentaire *malbar* se situe à un pôle du continuum créole ; elle a intégré les caractéristiques de la tradition créole, mais elle compte de nombreuses spécificités. Hérité de l'Inde du Sud, le riz est la base du repas et il a une valeur symbolique forte de nourriture vitale, particulièrement sensible dans la religion hindoue. Utilisant les mêmes épices que celles de la tradition créole, cette tradition alimentaire fait aussi usage d'épices spécifiques. La plus connue est la poudre de massalé composée d'un mélange d'épices³², traditionnellement préparé dans les familles *malbar*, mais que l'on trouve actuellement dans le commerce. D'autres épices sont d'utilisation courante : le kalou pilé, la cardamome, le tamarin, le cumin, le fenugrec...

La tradition alimentaire *malbar* est fortement marquée par la religion qui prohibe la consommation de viande de bœuf et déconseille très fortement de manger de la viande de cochon, impure. Elle induit une relation spécifique à la nourriture par l'intermédiaire du *carême*, attitude sacrificielle favorable à une meilleure

³¹ « Plats-totems » : Notion explicitée par M. Calvo (1982) et reprise par C. Fischler (1990 : 149).

³² Sa composition peut changer selon les foyers mais le plus souvent, elle contient du coriandre, du cumin, du fenugrec, de la moutarde, du curcuma, et selon les préparations du piment.

communication avec les divinités et qui est censée favoriser leur intercession. Ce carême, motivé par des décisions personnelles ou familiales, par l'intervention d'un prêtre ou par la perspective d'assister à des cérémonies religieuses, est pratiqué très couramment et rythme la vie de toute famille *malbar*. Il consiste en une diète végétarienne, caractérisée par la non consommation de viande, de poisson, d'alcool et par l'utilisation privilégiée d'œufs, de lait, de laitages, de riz et de végétaux (légumes, fruits) ; il est à l'origine de nombreuses habitudes alimentaires qui privilégient le végétarisme. On a souvent recours au « mangé légume » (le repas végétarien) dans les foyers *malbar*, mais aussi dans les temples hindous où il existe une véritable vie sociale autour de la nourriture. La nourriture est considérée dans la religion hindoue comme un intermédiaire rituel entre les hommes et les dieux, au même titre que les fleurs ou la musique. Elle intervient dans les offrandes faites aux dieux, et, après sanctification par la prière, elle est consommée par les humains.

La tradition *malbar* a conservé des rites villageois de l'Inde du Sud et sacrifie des animaux (cabris, coqs) en honneur de certaines divinités. La chair de ces animaux sacrifiés est préparée selon des recettes codifiées qui entrent dans les offrandes, et elle est consommée par les fidèles. Des repas cérémoniels ont lieu au temple ; ils remplissent une fonction sociale très importante et permettent de conserver le traditionnel repas sur feuille de bananier, mangé avec la main droite, comme cela se fait quotidiennement en Inde du Sud. La nourriture à fins religieuses a ainsi perpétué nombre de préparations culinaires. Citons entre autres les préparations de la chair des animaux sacrificiels (cabris, coqs), de nombreux caris de légumes, certains bouillons comme le *bouillon larson* (bouillon à base de lentilles avec du tamarin et des épices) ou le *mangé tamarin* (riz cuit dans du safran avec du tamarin), des préparations à base de riz comme le *mangé d lait* (riz sucré cuit dans du lait avec des épices) ; des beignets et desserts — les *bonbon piment* (beignet salé et pimenté à base de farine de lentilles), *bonbon doux* (beignet sucré), *bonbon miel* (beignet à base de miel), le *payasam* (bouillie sucrée à base de tapioca et d'épices).

Cette tradition alimentaire a diffusé dans nombre de milieux créoles, et certaines préparations ou ingrédients sont même intégrés dans le patrimoine culinaire créole, mais ils restent dans l'esprit de tous la spécificité des *Malbar* : les *cari* à base de massalé, et spécialement le « cabri massalé », l'un des principaux « plats-

totems » de cette tradition, les *bonbon piment*, ou le *bouillon larson*, ou des produits de la nature comme le mouroungue, arbre dont on consomme à la fois les feuilles (brèdes mouroungues ou brèdes médailles) et les gousses (bâton mouroungue) connues pour faire baisser la tension.

Originaires de la région de Canton (Guangdong), les Réunionnais d'origine chinoise ont introduit à la Réunion deux types de cuisines traditionnelles : cantonnaise et hakka. La cuisine cantonnaise est considérée comme l'une des quatre (ou cinq selon les auteurs) cuisines régionales chinoises les plus prestigieuses. (Goody 1984 : 177). On la retrouve à la Réunion dans de nombreux restaurants. La tradition « hakka » est jugée en Chine moins prestigieuse que la cuisine cantonnaise ; les Cantonnais, de leur côté, la considèrent comme frustre et peu recherchée.

D. Durand (1981 : 240) brosse un tableau rapide de la tradition culinaire cantonnaise à la Réunion, et nous en retiendrons les éléments les plus caractéristiques. Le riz est l'aliment de base, souvent remplacé par des nouilles (mines). Le climat tropical, à proximité de la mer de la région de Canton, a permis l'existence d'une immense variété d'aliments, où dominant les fruits et les produits de la mer accommodés de façons très diverses. Les viandes et les poissons sont souvent accompagnés d'une sauce aux fruits de mer et farcis de pruneaux ou de letchis ; des sauces variées servent d'accompagnement (sauce de soja, de poisson, de crevettes, ou d'huîtres). Des épices servent à la préparation des plats (anis étoilé, poivre anisé, fenouil, clou de girofle, cannelle, sésame, gingembre, ail, ciboule). Des condiments conservés séchés, dans le sel ou dans le vinaigre, accompagnent les repas : champignons parfumés, haricots noirs salés, piments secs, crevettes, coquilles St-Jacques et seiches séchées, laitues et navets salés, chenilles de mer et algues séchées, ailerons de requins et nids d'hirondelle.

Si cette cuisine raffinée propose des plats très divers, les « Réunionnais d'origine chinoise qui conservent les coutumes culinaires de la Chine ont des menus moins élaborés » (Durand 1981). En effet d'origine paysanne, l'alimentation traditionnelle des deux communautés chinoises se ressemble par la simplicité des repas quotidiens. Au-delà du quotidien, dans les réunions familiales, l'identité chinoise trouve une expression privilégiée dans la nourriture. Lorsqu'on accueille des hôtes, lors d'un anniversaire privé ou public, lors des rites de passage (naissance, fiançailles, mariage, décès), des repas exceptionnels sont préparés où la tradition culinaire régit l'élaboration des plats et du service.

L'alimentation est depuis le début de leur implantation à la Réunion, le centre des activités professionnelles de ces Réunionnais d'origine chinoise. En tant que boutiquiers, ils se sont imposés dans toute l'île, et ont toujours proposé tous les produits alimentaires nécessaires à la population réunionnaise. Le « Chinois », devenu synonyme de l'épicier ou du boutiquier, s'est adapté aux goûts et aux besoins alimentaires locaux. Tout en vendant les produits nécessaires à l'alimentation créole, ils proposent aussi nombre de produits chinois. Les Chinois peuvent s'alimenter avec les produits de leur pays d'origine, et les autres Réunionnais se sont familiarisés avec certaines préparations chinoises. Ainsi *bouchons* (sorte de raviolis fourrés de viande de porc cuits à la vapeur), sauce de soja (*siave*), piment chinois (sauce épaisse de piment rouge), glutamate et autres condiments se sont introduits progressivement mais sûrement dans les foyers créoles. Ces commerces se transformant par endroit en supérette et en supermarché, les produits venant de Chine ont été multipliés et diversifiés. Les restaurants chinois, de plus en plus nombreux dans les villes, proposent des menus cantonnais (parfois préparés par de grands cuisiniers cantonnais), ou de la cuisine chinoise plus simple (parfois métissée avec de la cuisine créole). Les petits restaurants chinois offrent le plus souvent des repas peu coûteux et des plats à emporter qui ont beaucoup de succès.

Au cours des années 80, la cuisine chinoise s'introduit de plus en plus dans les foyers réunionnais : le plus souvent à base de riz, elle s'accorde bien à la conception des repas créoles, et certains plats chinois sont utilisés comme des caris, par substitution en remplaçant un autre plat dans la même structure culinaire.

Dans la société globale, certains plats caractérisent la cuisine chinoise : les *shop suey* (légumes, viandes ou poissons coupés en petits morceaux et saisis dans un grande poêle chinoise), le riz cantonnais (riz mélangé à une grande variété de produits coupés en petits morceaux (petits pois, lard, omelette, viande de porc, etc.)), le bol renversé ³³, et les bouchons qui font partie de plus en plus du fond commun créole.

³³ Le bol renversé : avant de remplir un bol de riz blanc, on tapisse préalablement le fond de ce bol avec des produits déjà revenus à la poêle comme de la viande de porc, du poulet, de l'oeuf frit, des légumes ; on le renverse sur une assiette pour le servir.

Venus de la côte Nord-Ouest de l'Inde de l'état du Gujarat, les *zarab* sont des Réunionnais musulmans très majoritairement sunnites et d'origine indienne. Ils ont apporté avec eux des traditions indiennes relatives à l'islam. Leur alimentation quotidienne marquée par l'interdit de consommation de viande de porc et d'alcool est essentiellement basée sur des préparations indiennes du Nord.

Des produits alimentaires venant directement de l'Inde ou de l'île Maurice sont vendus dans des boutiques spécialisées des villes de l'île et permettent à cette population de cuisiner traditionnellement. On y trouve une grande diversité d'épices (fénugrec, noix d'arec, cumin, gingembre, clous de girofle, noix muscade, coriandre, etc.), de farines (blé, riz, légumineuses), de riz, de légumineuses, de tapioca, d'huile végétale, de ghee (beurre clarifié), d'amandes, de thé, de condiments, etc.

Cette tradition culinaire a marqué notamment la tradition créole par l'introduction des samoussas dans le patrimoine culinaire de l'île. Beignets en triangle, fourrés d'une préparation épicée à base de viande (traditionnellement bœuf, mais aussi poulet ou poisson), ils étaient régulièrement préparés dans les familles *zarab*, et ont d'abord été vendus aux autres habitants de la Réunion par des commerçants *zarab* qui, encore maintenant, tirent une grande fierté de préparer depuis des générations d'authentiques samoussas. Cette préparation est actuellement l'un des snacks les plus appréciés à la Réunion, et est de plus en plus considérée comme créole, ce dont témoignent les nombreux fabricants qui se sont multipliés ces dernières années : vendus surgelés ou frais, leur composition s'est diversifiée et l'on trouve des samoussas végétariens, au porc, au cabri, à la tortue, au fromage, etc.

Encore plus emblématiques, certaines préparations ne sont confectionnées traditionnellement que dans les foyers *zarab* ³⁴. Citons les *briani* ou *byriani* (riz épicé mélangé avec des légumes et/ou de la viande), les chapattis (galette de blé non levé), les *poori* ou *pouri* ou *pouli* (galette à base de farine de lentilles), les *tandoori* (poulet macéré dans une sauce épicée au yaourt et cuit traditionnellement dans un four de terre), et une grande diversité de beignets et de gâteaux, et

³⁴ C'est le cas aussi des Réunionnais hindous originaires de l'Inde du nord, ou des Indiens musulmans originaires de Madagascar, ou des Indo-Mauriciens vivant à la Réunion.

de sucreries spécifiques de l'Inde, ou des villages d'origine du Gujarat. Peu connues de l'ensemble des Réunionnais pendant longtemps, ces préparations se font découvrir grâce à l'ouverture de pâtisseries et de restaurants indiens, et à travers des voyages à Maurice où elles sont souvent vendues dans la rue et dans les restaurants.

La vie quotidienne est ponctuée par la consommation de thé indien au lait épicé, habituellement préparé avec du lait concentré sucré. Ce thé est servi à toute heure, autant dans l'intimité de la famille que dans les moments d'hospitalité. Les règles religieuses régulent les comportements sociaux, car le musulman qui suit le Coran n'acceptera d'invitation à manger à l'extérieur que s'il est sûr que les principes de l'islam sont respectés : pas de porc, de la viande *halal* ³⁵, et des marmites, ustensiles de cuisine et vaisselle n'ayant pas été souillés par de la viande de porc. En outre, de nombreuses fêtes religieuses se répartissent tout au long de l'année. La fête d'Abraham qui se termine par le sacrifice d'animaux est suivie généralement d'une distribution de viande aux nécessiteux qui font la queue devant les foyers musulmans. Le jeûne du Ramadan, est respecté par l'ensemble des musulmans de la Réunion. La vie des musulmans est alors soumise à un rythme centré sur la sphère religieuse par la fréquentation des mosquées, et sur la sphère familiale lors des repas qui ont lieu à la tombée de la nuit.

La départementalisation réalisée en 1946, mais effective au début des années 60 s'est accompagnée de l'arrivée d'un nombre très important de fonctionnaires métropolitains, de membres des professions médicales, de commerçants et de chefs d'entreprise.

Les membres de cette population, en général jeunes et à haut pouvoir d'achat ont détenu pendant de nombreuses années des postes clés de la société réunionnaise ³⁶. Enseignant à la jeunesse réunionnaise, soignant les malades réunionnais

³⁵ Viande « halal » : viande obtenue après un abattage rituel selon les principes de l'Islam.

³⁶ Actuellement, cette situation évolue par une volonté des administrations locales de « créoliser » leur personnel et ses cadres, et par le nombre croissant de Réunionnais faisant des études. Néanmoins, la présence métropolitaine est toujours importante dans les secteurs privés (professions libérales, certains secteurs commerciaux), ou dans les administrations dépendant directement de l'Etat (services préfectoraux, rectorat, université, etc.).

par la biomédecine ou par des techniques modernes, ils ont été pendant longtemps actifs dans la propagation de la langue française, et de nouvelles conceptions concernant l'éducation, le mode de vie, la santé, et l'alimentation. Souvent forts de leur culture, ils ont eu la volonté de transmettre leurs connaissances sans forcément se préoccuper du contexte local ou de la culture réunionnaise ³⁷.

Leurs modèles alimentaires ont eu une très grande importance. Mais ils ne sont pas les seuls à faire diffuser ces modèles. Les Réunionnais eux-mêmes à travers leurs rôles institutionnels, leurs connaissances acquises dans le système éducatif (à la Réunion ou en Métropole) ou par des séjours en Métropole contribuent à les transmettre.

Les Réunionnais ont l'habitude de caractériser l'alimentation métropolitaine par certaines habitudes alimentaires stéréotypées : boire du vin, boire du lait, manger de la soupe, des laitages, des salades vertes et des salades mélangées, des gratins, des pommes de terre, des pâtes, beaucoup de viande (grillades, steaks, etc.) et beaucoup de pain. La cuisine métropolitaine est considérée par de nombreux Réunionnais qui n'ont pas quitté leur île comme un ensemble cohérent, et tout plat venant de France est défini comme tel. Les différences régionales sont gommées, et les plats étrangers « naturalisés » sur le sol français (couscous, paella, pizzas, etc.) sont considérés comme métropolitains ou français.

En retour, influencés par des conceptions modernes de la diététique, et par leur manque d'habitude, de nombreux métropolitains trouvent l'alimentation créole trop peu variée, trop lourde, peu digeste, trop épicée et ils hésitent à manger régulièrement du riz.

Quelques lieux privilégiés servent de lieux de diffusion de la cuisine et des manières de tables métropolitaines : les cantines scolaires, les hôpitaux, les restaurants, les lieux de restaurations rapides, les cuisines de patrons métropolitains pour les employés de maison, etc. Les supermarchés prolifèrent et en plus des produits locaux, ils accueillent des produits alimentaires identiques à ce que l'on peut trouver en Métropole. Par ailleurs, de nombreux médecins conseillent des

³⁷ Si cette situation nous semble toujours vraie, soulignons néanmoins, une quantité croissante de Métropolitains qui sont sensibles à la réalité réunionnaise et qui œuvrent de manière à en tenir compte dans leur travail ou dans leur vie.

menus métropolitains à certains de leurs patients (diabète, tension élevée, ulcères, régimes amaigrissants, etc.).

La perception de l'alimentation des Métropolitains par les Réunionnais est souvent contradictoire, comme l'est aussi le lien avec la Métropole. On entretient des sentiments de rejet vis-à-vis de cette nourriture qui vient de l'extérieur et qui ne correspond pas aux goûts locaux. Néanmoins c'est sur la base de cette alimentation que certains médecins ou nutritionnistes définissent les normes nutritionnelles, et que certains instituteurs se sont donné comme mission de transmettre les bonnes manières françaises³⁸. Elle peut être vécue parfois comme une ingérence, comme l'expression raffinée d'un néocolonialisme. En même temps elle peut être acceptée comme une alimentation de substitution si le cas s'en fait sentir. Par ailleurs, elle représente, surtout pour les jeunes générations, un modernisme auquel on aspire, et une norme que l'on admire, car venant d'une Métropole riche et nourricière, et d'une classe dominante vivant à la Réunion.

III - De la pluralité actuelle : une cuisine culturelle

Dans ce contexte, nombreux sont les cas où la pluralité alimentaire est source d'actes quotidiens. Voyons comment se vivent ces rencontres plurielles.

Tout d'abord une interrogation, qu'est-ce que la cuisine créole ? On a pu décrire la tradition alimentaire créole, mais on se heurte dans l'observation du quotidien à la diversité ethnique de la population et à l'évolution de ses habitudes alimentaires. Le mode de vie s'est par endroits transformé très rapidement et il entraîne la perte de plus en plus grande des modes traditionnels de préparations. La disponibilité alimentaire s'est accrue, et l'échange de certaines recettes a favorisé le transfert de techniques culinaires entre groupes ethniques.

En même temps, la cuisine créole devient un véritable enjeu touristique et économique. Elle est censée représenter l'âme réunionnaise pour les touristes, et

³⁸ On pourra lire à ce sujet le savoureux roman de A. Gauvin, *Faims d'enfance* (Le Seuil, Paris, 170 p., 1987), qui décrit une institutrice française qui veut imposer sa manière de manger à ses élèves vivant dans les Hauts de la Réunion.

elle est devenue un véritable support de valorisation culturelle. Proposée dans les tables d'hôtes, dans les restaurants, inspirant des livres de cuisine, elle cherche ses repères, et se trouve au centre d'une quête identitaire.

Interrogés sur la définition de la cuisine créole, nombreux sont ceux qui répondent simplement que c'est la cuisine de leur famille, que c'est la cuisine de leur mère, et de la mère de leur mère : *le manger créole, c'est le manger des créoles*. La tradition alimentaire créole qu'on a vue plus haut peut ainsi être réactualisée à travers le vécu de ses utilisateurs, avec une grande plasticité : on est amené ainsi à s'interroger sur ce qui est créole, qui mange créole, et finalement ce qu'est le manger créole.

Si l'on reprend la métaphore qui fait de la cuisine un langage, on peut dire avec R. Barthes (1964), qu'on y retrouve la langue et la parole ainsi qu'un mode de construction et d'emploi. Ainsi chacun, selon son itinéraire, ses origines, son intégration sociale, ses traditions et son attitude face à la vie, réagira de façon différente dans l'utilisation de cette langue alimentaire et aura des comportements adaptables et variables selon les sollicitations biologiques ou sociales.

L'utilisation de la tradition créole par des Réunionnais d'origines différentes, associée à la diversité actuelle des habitudes alimentaires et à la diffusion de plus en plus grande d'autres types de cuisines rend donc la définition de la cuisine créole très contextuelle.

Citons en guise d'illustration un exemple observé sur le vif, en 1993. Une jeune serveuse (18-20 ans, de type *malbar*) sert dans un restaurant de Saint-Gilles les Bains faisant à la fois de la cuisine métropolitaine et de la cuisine créole. En grande conversation avec un Métropolitain quinquagénaire, elle lui demande s'il connaît des recettes créoles ; voulant prendre un exemple, elle lui cite la recette de la mayonnaise. En réponse au regard interrogateur de son interlocuteur, elle lui explique comment on la prépare et explicite la recette. Et la réaction ne se fait pas attendre : « Mais c'est métropolitain, ta recette, c'est pas créole ! » La jeune fille, qui avait vu sa mère préparer la mayonnaise depuis sa plus tendre jeunesse, pensait logiquement que c'était une préparation créole. Cet exemple montre que le moment d'apprentissage culinaire est important. Si dans la vie d'un enfant, son environnement proche (sa mère, sa grand-mère, ses sœurs, etc.) utilise régulièrement des innovations culinaires à la maison, l'enfant a tendance à les identifier

comme faisant partie de son patrimoine culinaire, à les faire entrer dans la cuisine créole.

Cette illustration laisse deviner une des voies de la créolisation alimentaire qui est faite de mélanges, d'emprunts, et de réappropriations. Les exemples anciens sont nombreux : que penser des *bouchons* (origine chinoise), des *samoussas* (origine indienne du nord), des *bonbons-piments* (origine *malbar*) qui sont servis très régulièrement dans les camions-bars, présents dans tout apéritif un peu copieux, et dont la recette est explicitée dans certains livres de cuisine créole ? Que penser du massalé, connu comme d'origine *malbar*, mais considéré pour beaucoup de Réunionnais comme un type de cari supplémentaire ? Que penser de certains plats chinois de plus en plus consommés par les Réunionnais ? Que penser de l'utilisation de plus en plus courante de la purée, des frites ou du pain ? Ne peut-on pas voir là l'intégration de nouvelles préparations dans l'alimentation créole ?

Les questions soulevées au LEP d'hôtellerie de la Réunion sont en ce sens très significatives. Dans l'enseignement donné par cet établissement, de grandes interrogations ont surgi vers les années 80 à propos de la cuisine réunionnaise. S'agit-il de considérer comme réunionnaise une cuisine qui fait intervenir des aliments locaux ³⁹ (cultivés, ou produits à la Réunion), ou une cuisine faite à partir de recettes traditionnelles créoles (caris, rougails, etc.), ou toute cuisine présente à la Réunion : créole, chinoise, indienne musulmane ?

Les restaurants faisant de la nouvelle cuisine à partir de produits locaux et traditionnels peuvent-ils être définis comme faisant de la nouvelle cuisine créole, ou réunionnaise comme les publicités et les menus les laissent supposer ? Les tables d'hôtes conçues pour promouvoir une cuisine et un art de vivre créoles ont pour principe de produire les constituants des repas proposés. Ouverts à une clientèle métropolitaine de passage ou à des Réunionnais des villes, ces lieux proposent des recettes traditionnelles, mais certains sont réputés pour l'innovation de leurs recettes, soit parce qu'on y utilise des produits nouveaux sur l'île soit en accommodant différemment des produits du terroir.

³⁹ Des préparations basées sur des aliments tout récemment produits à la Réunion comme le foie gras, le fromage de chèvre, ou des viandes comme le mouton — essentiellement consommé par les Métropolitains — sont au centre de cette interrogation.

Les livres de cuisine créole, tout en présentant les recettes traditionnelles, enrichissent leurs écrits de nouveautés. De nouveaux produits, de nouvelles façons d'accommoder les aliments, des recettes créoles venant d'ailleurs (Maurice, Antilles), des recettes d'autres origines (métropolitaine, malgache, indienne, chinoise, etc.) représentent autant de variations à la cuisine traditionnelle.

Les évolutions récentes en matière culinaire montrent donc que la cuisine créole se conjugue au pluriel. Et les critères de définition sont extrêmement labiles. Les Réunionnais eux-mêmes ont parfois des difficultés à s'y retrouver. Ainsi, le regard extérieur a tendance à établir des normes, des critères sur ce qui est ou n'est pas cuisine créole. Pour ceux qui perdent le lien avec la tradition créole, les livres de cuisine, les restaurants servent parfois de référents à l'identification de la tradition. La cuisine créole devient alors celle qui a été décrite par écrit, ou préparée dans un lieu identifié comme faisant de la cuisine créole. En même temps et par réaction à toute codification d'une cuisine en réalité très diverse, certains contestent la créolité de ces préparations en critiquant leur côté non authentique et ne les reconnaissent pas comme étant leur. On entre ainsi de plein pied dans une opposition entre le regard extérieur et celui de l'intérieur. La cuisine devient un mode d'expression de l'identité, de la culture, de la famille.

S'il existe à la Réunion une grande diversité de cuisines et de goûts, il est des lieux où cette pluralité s'exprime, dont les supermarchés, espaces modernes de la diversité alimentaire qui font se côtoyer produits, épices, viandes, poissons, légumes et fruits destinés à préparer toute cuisine. Mais c'est certainement dans la restauration rapide que la pluralité des goûts se fait la plus diverse, et que la cuisine du culturel s'observe d'une façon très explicite.

En fin d'année, magasins et supermarchés s'emplissent de produits de circonstance. Les rayons alimentaires regorgent notamment de produits de luxe en arrivage direct de la Métropole : les huîtres, les crevettes, le saumon fumé, les œufs de lump, le boudin blanc, les viandes de différentes sortes, les fruits secs, les gâteaux, les chocolats, les friandises, etc. Ces produits de fête selon le modèle métropolitain tentent un nombre croissant de Réunionnais, et dans l'euphorie de ces derniers jours de l'année, on essaie des produits inconnus ou peu utilisés, que l'on prépare ou non selon la cuisine réunionnaise ou créole.

Invité à un repas de Noël dans une famille de classe moyenne d'origine *mal-bar*, j'ai remarqué l'utilisation de produits selon une grammaire nouvelle. Cette soirée, accueillant une vingtaine de personnes et conçue dans une volonté de modernisme, s'est organisée autour d'un buffet varié, comme cela se fait dans certains restaurants. Les compétences d'un cousin cuisinier ont été utilisées pour constituer le buffet : toasts d'œufs de lump, de beurre d'anchois, canapé de saumon fumé, salades variés, et plats recherchés comme du cabri farci, dinde rôtie aux légumes, ou boudin blanc. Connaissant les règles culinaires métropolitaines grâce à sa profession, le cuisinier avait organisé ce buffet comme dans son restaurant. Devant passer la soirée ailleurs, il avait laissé la famille dresser la table. Pendant ce soutien technique, les membres de la famille ont dû eux-mêmes présenter certains plats, comme le boudin blanc. Inconnu d'eux auparavant, ce boudin d'une couleur nouvelle a été pris pour un saucisson ou une saucisse. En conséquence, la famille réinventant une nouvelle façon de manger cet aliment l'a présenté froid sur la table du buffet et découpé en rondelles, à l'encontre de toute règle habituelle.

Le repas créole servi dans certains restaurants destinés à une clientèle métropolitaine montre de façon encore plus marquante la confrontation des codes alimentaires. Selon le code créole, le riz tapissant le fond de l'assiette accueille sur sa surface tous les autres éléments du repas. Cette façon d'organiser l'assiette structure la façon de manger, et signifie un véritable ordre du monde dans laquelle se reconnaît tout créole, à tel point que certains proverbes soulignent l'iniquité d'une pratique différente. Dans ces restaurants, une autre norme prend le pas ; elle tient compte de l'esthétique du repas selon un goût métropolitain. Le riz ne recouvre pas le fond de l'assiette ; il est placé à côté des autres plats, chaque élément étant bien différencié. Choquant les manières de table créole, cette organisation de l'assiette suggère un ordre où le riz n'est plus la véritable base du repas, surtout quand trône à côté de l'assiette une corbeille de pain, demandée par des appétits peu habitués au riz.

Ces exemples montrent que la rencontre avec des produits inconnus, un autre code alimentaire, une autre cuisine est à l'origine de nouvelles situations et exige

des réappropriations. Transitoires ou non, ces réinventions de l'Autre ⁴⁰ suggèrent que la pluralité alimentaire s'enracine non seulement dans ce qui est mangé, mais aussi dans les comportements du mangeur, régis notamment par des codes culturels et des habitudes sociales.

*

L'étude de l'alimentation est un thème profondément riche pour étudier la pluralité. A la Réunion, elle révèle plusieurs dynamiques.

Tout d'abord, la rencontre de traditions alimentaires, et de modèles alimentaires venant de diverses origines, qui construit une tradition locale, est à la source même de la diversité alimentaire actuelle. Ces contacts et ces créations suivent les mouvements de l'histoire en suscitant à la fois des mélanges, des emprunts, des ré-interprétations, des réappropriations, des rejets, ou même des exclusions. La situation de pluralisme culinaire — d'autant plus lisible actuellement que la modernisation de la société a entraîné l'abondance dans les circuits de distribution — favorise la diversification des choix et des recours alimentaires.

Les processus issus de ces rencontres sont complexes ; ils mettent en jeu la spécificité du fait alimentaire dépendant à la fois de la culture, des dynamiques sociales et familiales, des besoins biologiques, et de l'itinéraire et de l'identité psychologique ou culturelle de l'individu. Par ailleurs il existe des espaces et des moments où ces processus s'incarnent, et s'observent dans les comportements ou dans les représentations des individus : dans certains espaces publics ou privés, lors de loisirs, de travail ou de fête.

Une ligne de l'altérité, parfois floue, très certainement fragile mais pourtant tangible, sépare « Ma » cuisine et celle de l'« Autre ». Ainsi, à l'origine de

⁴⁰ Nous employons ici l'« Autre » comme le terme générique renvoyant à un individu, à un groupe qui se trouvent dans une situation d'altérité (identifié ou perçu comme différent) par rapport à un autre individu, un autre groupe, une autre culture. Dans les deux exemples qui précèdent, l'Autre a été respectivement le « Métropolitain » par rapport à la culture créole, le « Créole » par rapport à la culture française métropolitaine.

l'identification et du support de l'identité, l'alimentation dans un contexte pluriel participe aussi à la rencontre de l'Autre.

Références bibliographiques

Albany M. (sous la direction de)

1980 La cuisine créole, in : *A la découverte de la Réunion* (encyclopédie en 10 volumes), vol. 9, chap. 5.

Barthes R.

1964 Eléments de sémiologie, *Communications* 4.

Benoist J.

1983 *Un développement ambigu - Structure et changement de la société réunionnaise*, Etudes et recherches n° 10, FRDOI, St-Denis de la Réunion [Nlle éd. revue et augmentée], 189 p. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

1993 *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 285 p. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Calvo M.

1982 Migration et Alimentation, *Information sur les Sciences Sociales* 21 (3) : 383-446.

Chaudenson R.

1992 *Des îles, des hommes, des langues - Langues créoles - Cultures créoles*, Paris, L'Harmattan, 308 p.

Cohen P.

- 1993 *La Réunion, une île entre nourriture et nourritures - approche anthropologique et bioculturelle de l'alimentation*, thèse nouveau régime en anthropologie, Université d'Aix-Marseille III, 664 p.
- 1994 Alimentation, corps et santé à l'île de la Réunion, *Prévenir* « Pratiques alimentaires et santé » 26 : 45-56.

Durand D.

- 1981 *Les Chinois de la Réunion*, St-Denis, Australes, 252 p.

Fischler C.

- 1990 *L'Homnivore - Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob, 408 p.

Goody J.

- 1984 *Cuisine, cuisines, et classes*, Paris, Alors, Centre G. Pompidou, 401 p.

Pouillon J.

- 1991 La « tradition », in : P. Bonte & M. Izard (éds.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF, pp. 710-712.

Valentin M.

- 1980 La cuisine, in : *Encyclopédie de la Réunion*, tome 5, sous la direction de R. Chaudenson, St-Denis, Livres Réunion, pp. 109-126.
- 1982 *La cuisine réunionnaise*, Documents et recherches n° 8 de l'ILA et de la FRDOI, St-Denis de la Réunion, 130 p.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Deuxième partie

Présence du religieux

[Retour à la table des matières](#)

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Deuxième partie : Présence du religieux

Chapitre VI

L'umbanda et ses malades dans le champ médical brésilien *

Par Armelle Jacquemot

Le recours à l'umbanda dans la « phase de premier contact »
Le recours à l'umbanda dans la « phase de participations »
 Adhésion, fréquentation, et espoir de guérison
 Initiation et espoir de guérison
Les itinéraires thérapeutiques des non-umbandistes
Les itinéraires thérapeutiques des adeptes et des fréquentateurs de l'umbanda
Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Au Brésil, une multitude de malades se presse aux portes des *terreiros* ⁴¹ umbandistes : l'umbanda qui fait partie du champ religieux brésilien, occupe également une place d'importance dans le champ médical de ce pays, et c'est à l'umbanda, en tant que recours thérapeutique, que nous allons nous intéresser ici.

* Les données, les observations et les analyses présentées ici sont le fruit de quatre séjours sur le terrain à Sao Paulo entre 1987 et 1994. L'expression « champ médical » est entendue au sens où l'emploie à propos du Brésil, M.A. Loyola (1983 : 10) : l'ensemble des producteurs de soins (du champ d'investigation pris en compte : une société, une ville, un quartier...) constitue un champ, c'est-à-dire « un espace dans lequel les positions, les pratiques qui leur sont associées (représentations de la maladie et du corps, techniques de soins, etc.) et les qualités que leur occupation requiert, sont pour une bonne part déterminées par la structure objective des relations qui les unissent et par la concurrence qui les oppose ». Elle emprunte le concept de champ à Pierre Bourdieu (1971 : 295-334).

⁴¹ Le *terreiro* est l'un des noms donnés au lieu de culte umbandiste.

La maladie, quand elle survient, exige souvent de l'individu qui en est atteint la recherche d'une explication et le recours à une action efficace. La quête thérapeutique commence. Comment en vient-on à concevoir l'umbanda comme un recours possible ? Dans quelles situations, quels contextes, à quels moments et dans quelles conditions, des individus se dirigent-ils vers un *terreiro* dans l'espoir d'y trouver une guérison ou un soulagement à leurs maux ? De quels maux s'agit-il ?

C'est en nous intéressant de près aux individus concernés et à leurs itinéraires thérapeutiques que nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions. Ces personnes ne constituent pas une catégorie homogène puisqu'il y a parmi elles des umbandistes et des non-umbandistes. Les uns sont familiarisés avec l'univers de l'umbanda auquel ils participent à des degrés divers, les autres non. Il y a donc tout lieu de supposer que le recours à l'umbanda ainsi que les conditions dans lesquelles il intervient et les motivations qui l'accompagnent, présentent des caractéristiques différentes selon les deux groupes. Cela conduit à distinguer deux moments particuliers du rapprochement avec l'umbanda : la « phase de premier contact » et la « phase de participation ».

La distinction entre ces deux phases est importante car la « phase de premier contact » concerne ce qui conduit l'individu malade à faire appel à l'umbanda pour la première fois. Le recours à cette dernière est alors un moment particulier de l'itinéraire thérapeutique du non-umbandiste : il nous intéresse d'en connaître à la fois les conditions et les motivations. Dans la « phase de participation », nous examinerons les comportements des umbandistes face au pluralisme médical, c'est-à-dire face aux différents systèmes de recours thérapeutiques que leur propose la société globale. Les questions qui se posent sont alors les suivantes : les umbandistes ont-ils recours uniquement à l'umbanda pour se soigner ? Y ont-ils recours plus particulièrement ou exclusivement pour certains maux ?

Cette distinction entre umbandistes et non-umbandistes en introduit une seconde : vont en effet consulter les Esprits dans l'espoir d'une guérison des personnes qui appartiennent aussi bien aux couches populaires qu'aux couches moyennes de la population.

Le recours à l'umbanda dans la « phase de premier contact »

La « phase de premier contact » correspond au moment où des non-umbandistes se dirigent vers un *terreiro* d'umbanda pour la première fois. À l'issue de ce premier contact, ils peuvent se maintenir dans la religion, en devenir des adeptes ou de simples fréquentateurs. Les données sur lesquelles nous nous appuyons ici ont été recueillies à la fois auprès d'individus qui se souviennent de leur rencontre initiale avec l'umbanda et auprès de nouveaux arrivés dont nous avons pu suivre les premiers pas dans le *terreiro*.

« Dans l'umbanda, personne n'entre par amour, mais par douleur », a coutume de dire Dona Dolores qui tire cette constatation de son expérience de mère de saint umbandiste ⁴² depuis plus de quarante ans. De fait, il semble qu'à l'origine de toute rencontre effective avec l'umbanda, il y ait dans la vie des individus concernés un ou plusieurs épisodes pénibles et affligeants. Du moins est-ce ce que laissent apparaître les discours et les récits de vie. En témoignent, comme tant d'autres, les propos de Dona Isabel (78 ans, veuve, sage-femme à la retraite, analphabète), aujourd'hui mère de saint d'un *terreiro* d'umbanda dans le quartier de la Casa Verde à Sao Paulo :

« Je suis devenue umbandiste par nécessité. Nous avons une boutique à Vila Formosa ⁴³ et un dépôt de charbon dans le fond du magasin. Il y avait en face, comme d'ici au *terreiro*, un autre vendeur de charbon, un peu plus haut dans la rue et il a envoyé une *macumba* sur mon mari ⁴⁴. Je travaillais dans la Table Blanche ⁴⁵, j'étais présidente de la Table Blanche de Sao Paulo. Mais mes Esprits ne soignaient pas mon mari, il avait comme une infection d'ici à là ⁴⁶, il puait comme une vieille charogne. Et il devait travailler, il rentrait le

⁴² Dans l'umbanda, la mère de saint (ou « le père de saint » s'il s'agit d'un homme) est le chef suprême du *terreiro*.

⁴³ Quartier de Sao Paulo.

⁴⁴ Cette expression signifie que son mari a été victime d'un travail de sorcellerie dont le commanditaire était le vendeur de charbon.

⁴⁵ « Travailler dans la Table Blanche » signifie participer, en tant que médium, aux séances d'un centre spirite kardéciste.

⁴⁶ Dona Isabel montre sa jambe de haut en bas.

charbon et restait au magasin. Alors une voisine m'a dit comme ça : « Ne le prenez pas mal, je vous dit ça parce que vous êtes une amie. Mais ça c'est une « chose faite »⁴⁷. Venez avec moi au *terreiro*, si vous aimez vous restez, vous fréquentez, si ça ne vous plaît pas, vous vous en allez, il n'y a pas de problème ». Au début, j'ai refusé puis finalement j'ai accepté ; je voyais bien que la Table Blanche ne donnait pas de résultat, alors j'ai accepté. »

Excepté par les individus qui se disent « nés dans l'umbanda », c'est-à-dire ceux dont les parents étaient déjà umbandistes et qui ont grandi dans l'atmosphère propre à la religion, ou ceux qui renvoient l'origine de leur rencontre avec l'umbanda à un épisode exceptionnel (vécu comme une sorte d'heureuse révélation), ou encore ceux qui la doivent à leur curiosité, ce premier contact est présenté, par tous les autres — et c'est la grande majorité — comme une obligation qui n'a été au départ consentie que d'assez mauvaise grâce : compte tenu de la situation dans laquelle ils se trouvaient à ce moment-là, ils n'avaient finalement pas le choix. Une phrase qui revient de manière récurrente dans les propos des individus rencontrés est significative de cet état de fait : « Je suis devenu(e) umbandiste, qu'est-ce que je pouvais faire d'autre ? »

Mais dans quelle situation se trouvaient-ils au moment où, malgré le poids de leurs réticences, ils ont fait leurs premiers pas vers un *terreiro*, premiers pas qui devaient conduire par la suite certains d'entre eux à devenir umbandistes et d'autres à « développer leur médiumnité » ? Et qu'attendaient-ils alors de l'umbanda et de ses Esprits ?

Ils se trouvaient pour la plupart dans des situations hautement problématiques, caractérisées généralement par un malheur polymorphe qui les touchait individuellement ainsi que, parfois, d'autres membres de leur famille. Si les problèmes auxquels ils étaient confrontés n'étaient pas nécessairement de nature exceptionnelle⁴⁸, leur conjonction (leur succession ou leur simultanéité), comme souvent aussi leur gravité et leur persistance, étaient, quant à elles, extraordinaires.

⁴⁷ L'expression « chose faite » (*coisa feita*) est synonyme de *macumba* et désigne un travail de sorcellerie.

⁴⁸ Il s'agit souvent de problèmes qu'il n'est pas rare d'affronter dans la vie quotidienne : maladie, problème financier, perte d'un emploi ou d'un logement, problèmes de mésententes conjugale et familiale, violences physiques, alcoolisme, accidents, troubles du comportement et du bien-être, abandon du foyer par l'un des conjoints, etc.

L'individu était fréquemment aux prises avec une situation qu'il ressentait comme inextricable, incompréhensible, vis-à-vis de laquelle il se sentait impuissant, et dont il tirait, comme Julio (28 ans, célibataire, informaticien), médium umbandiste, le constat suivant : « Dans ma vie tout a commencé à aller mal. J'avais beau faire, rien n'allait. Tout ce que j'entreprenais échouait, on aurait dit qu'il n'y avait que des obstacles. »

Aucun des recours tentés, solutions habituelles ou moins habituelles, n'avait apporté l'amélioration ou la résolution des difficultés rencontrées ; au contraire, le malheur semblait suivre une logique implacable. C'est en général après avoir épuisé un certain nombre de solutions accessibles que, vaincus par l'adversité, ils ont franchi les portes du *terreiro*. Et ceci vaut aussi bien pour les individus qui appartiennent aux couches défavorisées de la population, particulièrement exposés par la précarité de leurs conditions d'existence à vivre des situations de ce type, que pour ceux des couches moyennes.

Une constatation retient particulièrement notre attention. Les discours laissent apparaître qu'à l'intérieur de ces situations difficiles, il y a très souvent un problème désigné par les individus comme majeur et auquel viennent se greffer les autres difficultés. Or ce problème majeur, celui que les adeptes mettent en avant pour justifier leur premier contact avec l'umbanda, relève très fréquemment du domaine de la maladie. Ils espéraient la guérison de troubles aux manifestations et aux conséquences dangereuses, invalidantes, pénibles et perturbatrices. C'est le cas par exemple de Dona Isabel qui, dans les propos que nous avons déjà cités, met en avant la grave infection dont ne guérissait pas son mari, pour justifier son premier contact avec l'umbanda. Et c'est la guérison dont il a bénéficié qui a apparemment joué un rôle majeur dans l'adhésion définitive du couple à ce culte. La cause du mal ⁴⁹ — une *macumba* envoyée par un commerçant jaloux qui a provoqué la maladie du mari en même temps que l'appauvrissement de toute la famille — lui a certainement été suggérée au départ par son entourage (la voisine) puis confirmée ensuite à l'occasion de ses premières consultations dans le *terreiro*.

⁴⁹ Nous reprenons ici la terminologie définie par A. Zempleni (1985 : 21) dans laquelle la cause de la maladie, distinguée de son agent et de son origine, est « le moyen ou le mécanisme — empirique ou non — de l'engendrement de la maladie ».

Il apparaît donc que l'espoir de guérison est l'une des motivations importantes et récurrentes du premier contact avec l'umbanda. Candido Procopio de Camargo (1961 : 94) était déjà parvenu à cette conclusion en 1961. Sa recherche qui portait sur l'umbanda et le kardécisme paulistes révélait l'importance de ce qu'il appelle la « fonction thérapeutique » de ces deux cultes. Dans son ouvrage *La mort blanche du sorcier noir*, paru en 1975, Renato Ortiz remarque lui aussi l'importance que joue la maladie dans le recrutement de nouveaux adeptes et estime à 22 % la proportion des umbandistes rencontrés sur son terrain à Sao Paulo, qui s'étaient dirigés vers l'umbanda dans l'espoir d'y trouver une guérison. Par ailleurs, les observations des pères et mères de saint (qui voient passer entre leurs mains et celles de leurs médiums un nombre considérable d'individus) vont dans le même sens, et ce quelle que soit l'appartenance sociale majoritaire des individus qui fréquentent leurs *terreiros*. Ainsi Alfredo (62 ans, marié, ingénieur à la retraite), père de saint d'un *terreiro* fréquenté essentiellement par des éléments des couches moyennes ⁵⁰, déclare-t-il :

« Quatre-vingt-dix pour cent des gens deviennent umbandistes parce qu'ils ont des problèmes. [...] Maintenant à l'intérieur de ces 90 %, aujourd'hui la demande est très grande de gens malades qui viennent chercher ici une guérison. »

L'umbanda constitue donc un recours thérapeutique pour tout individu de la société globale : il n'est en effet pas besoin d'être umbandiste pour se tourner un jour vers elle dans l'espoir d'y trouver une réponse à ses maux. Ce constat mérite deux observations complémentaires :

- nous avons vu qu'avant de se diriger vers l'umbanda, les individus ont dû vaincre de fortes réticences. L'examen de leurs itinéraires thérapeutiques confirmera que le recours à cette dernière ne s'impose généralement qu'au terme d'une quête thérapeutique parsemée d'échecs ;

- nous avons aussi remarqué que la maladie dont ces individus espèrent la guérison ne constitue souvent qu'un des maillons d'une chaîne de malheur. Elle

⁵⁰ Il n'est pas rare qu'on fasse, au Brésil, la distinction entre les franges inférieure, moyenne et supérieure des couches moyennes de la population à cause de la grande disparité de revenus et de niveaux de vie que l'on peut noter au sein de ces dernières. Les individus qui fréquentent le *terreiro* d'Alfredo sont plutôt issus des couches moyennes-moyennes.

est un événement douloureux qui confirme de manière significative, à l'appui des autres, que « quelque chose » ne va pas. C'est dans ce contexte général qu'elle prend toute sa signification. Aussi, quand, dans ces conditions, la personne se dirige vers l'umbanda pour la première fois, lui adresse-t-elle en même temps deux demandes liées : une demande thérapeutique et une demande d'interprétation. Tout se passe comme s'il s'agissait de comprendre et de guérir non seulement la maladie mais aussi le contexte général dans lequel elle est inscrite. Il est intéressant de constater que la guérison de la maladie dont l'individu se sent atteint (et qui passe par le respect du diagnostic et l'exécution des recommandations énoncés par les Esprits et ceux qui sont aptes à les recevoir) n'est pas sans conséquence sur l'ensemble de sa situation qui connaît alors parallèlement une amélioration générale.

Le recours à l'umbanda dans la « phase de participation »

La « phase de participation » s'inscrit dans la suite du rapprochement avec l'umbanda commencé lors de la « phase de premier contact ». En « phase de participation », les individus ne sont pas tous devenus, à proprement parler, des adeptes. Le maintien dans la religion s'est traduit pour certains d'entre eux par la fréquentation plus ou moins régulière des cérémonies et pour d'autres par l'initiation et le « développement de leur médiumnalité ». Il serait abusif de considérer qu'ils forment un ensemble homogène, « l'ensemble des umbandistes ». À l'intérieur de la population que l'on rencontre dans les *terreiros*, il convient en effet de distinguer les adeptes des fréquentateurs :

Les adeptes initiés sont les cambones, les médiums, les petits pères et les petites mères, les pères et mères de saint et les musiciens du *terreiro*. Les cambones sont les assistants des pères (mères) de saint et des médiums possédés. Les médiums (ou fils de saint) sont, au sens large, les initiés qui incorporent les esprits. Le petit père (la petite mère) est généralement un médium choisi par le père de saint pour être son auxiliaire direct. Le qualificatif « initiés » ne signifie pas que tous les adeptes ainsi désignés reçoivent les Esprits, car ce n'est généralement le cas ni des cambones, ni des musiciens. Mais ils jouent un rôle actif dans le culte et

occupent une position dans la hiérarchie umbandiste qui les a conduit à passer par un apprentissage. A ce niveau de l'adhésion, la participation à l'umbanda est souvent exclusive d'autres cultes.

Les adeptes non initiés se disent umbandistes et sont donc les fidèles de l'umbanda. Ils constituent une partie de l'assistance aux cérémonies publiques du *terreiro* auxquelles la majorité d'entre eux participe régulièrement. À plus ou moins long terme, ils peuvent être conduits à s'impliquer davantage dans le culte en y jouant un rôle actif. Leur pratique de l'umbanda exclut généralement leur participation à d'autres cultes, même s'il n'est pas rare qu'ils se disent umbandistes et catholiques.

Les fréquentateurs font partie de l'assistance des cérémonies publiques et peuvent être demandeurs de consultations privées, mais ils ne se désignent pas comme umbandistes. Ils se reconnaissent comme étant d'une autre appartenance religieuse ⁵¹, ou d'aucune véritablement. Dans cette catégorie, on peut distinguer, en fonction du degré de leur implication et de leur participation, les *fréquentateurs réguliers* qui assistent assidûment aux cérémonies et sont donc familiarisés avec l'univers de l'umbanda, des *fréquentateurs occasionnels* et *exceptionnels*.

Par souci de commodité et de clarté, nous n'appellerons pas les fréquentateurs des « non-umbandistes » afin d'éviter toute confusion avec les individus en « phase de premier contact » auxquels nous réserverons cette dénomination.

Adhésion, fréquentation, et espoir de guérison

Ce qui frappe particulièrement lorsqu'on assiste à des cérémonies umbandistes publiques, c'est l'importance du temps consacré aux consultations avec les Esprits. Si la première phase de la *séance* ⁵², qui correspond à l'ouverture de la cérémonie, est consacrée à l'adoration de certaines entités et divinités auxquelles il est rendu hommage, la suite de son déroulement, jusqu'à la phase rituelle de

⁵¹ On rencontre ainsi dans les *terreiros* umbandistes des individus qui se disent catholiques, kardécistes ou candomblécistes. Ils participent occasionnellement ou exceptionnellement aux cérémonies du culte. Il est remarquable que nous n'ayons jamais rencontré de pentecôtiste, comme si l'adhésion au pentecôtisme était inconciliable avec la participation, même occasionnelle, à l'umbanda.

⁵² « Séance » est le nom couramment donné aux cérémonies umbandistes (et kardécistes aussi).

fermeture, est consacrée à la manipulation des Esprits, conformément aux besoins des hommes. Ainsi, une fois que les Esprits attendus sont descendus sur terre dans le corps des médiums et qu'il ne leur reste plus qu'à *travailler*⁵³, les assistants quittent leurs bancs pour les rejoindre. Les consultations commencent : elles sont individuelles dans la mesure où chaque consultant consulte un esprit.

L'écoute et le recueil des propos échangés entre médiums possédés et consultants montrent que ces derniers viennent chercher de l'aide : ils espèrent des Esprits la compréhension et la résolution des problèmes qu'ils leur exposent. Le *terreiro* s'emplit de leurs plaintes, plaintes douloureuses émises à mi-voix dans l'oreille d'un médium attentif, plaintes d'impuissance exprimées avec force à l'entité à laquelle on doit d'avoir déjà été sauvé d'un mauvais pas, plaintes multiples et diverses d'hommes et de femmes⁵⁴ qui espèrent des Esprits qu'ils mettent un terme à leurs tourments. Une jeune femme souhaiterait que son mari revienne, une autre voudrait qu'on l'épouse ; un vieux couple aimerait savoir ce qu'il doit faire pour récupérer un bout de terrain sur lequel un voisin s'est impudemment implanté ; un homme mûr, désespéré que sa femme soit partie avec leur petite fille sans laisser d'adresse, demande conseil pour la retrouver et la faire revenir ; un autre cherche du travail ; une vieille femme se plaint de douleurs dont elle souffre à l'épaule droite ; une femme plus jeune raconte que depuis quelque temps, elle n'a plus envie de rien, qu'elle a toujours envie de dormir.

Si comme nous l'avons vu, c'est principalement le malheur dans ses différentes expressions qui mène à l'umbanda, c'est encore lui qui conduit la très grande majorité des individus, umbandistes non initiés et fréquentateurs, à se rendre dans les séances umbandistes en « phase de participation », et ce quelle que soit leur appartenance sociale et leur degré d'implication dans le culte. À cette différence près qu'ils ne sont pas nécessairement aux prises avec des situations aussi dramatiques que celles que nous avons décrites en « phase de premier contact » quand il consultent les Esprits⁵⁵. Ils espèrent généralement la résolution de leurs grands et

⁵³ Le verbe « travailler » fait partie de la terminologie umbandiste.

⁵⁴ Les femmes sont majoritaires dans les *terreiros* du champ d'investigation mais pas dans une proportion aussi écrasante que celle qu'a observée Véronique Boyer-Araujo (1993) dans les *terreiros* de Belém.

⁵⁵ Ce n'est pas le cas des fréquentateurs exceptionnels et occasionnels qui consultent généralement les Esprits en période de crise.

petits problèmes du moment. Ils cherchent aussi, ce qui n'est pas le cas en « phase de premier contact », à éviter, en se protégeant, les ennuis de demain, toujours possibles.

La liste est longue des infortunes soumises à la perspicacité et au pouvoir des Esprits. Elles relèvent de quatre domaines : la vie matérielle, la vie sociale, la vie relationnelle et la santé. Une telle typologie souffre des défauts de ce genre de construction car elle présente une vision restreinte de la réalité et un certain arbitraire. Elle peut laisser penser que les problèmes qu'elle sépare sont, dans la réalité, isolés les uns des autres, ce qui n'est pas toujours le cas. Nombreux en effet sont ceux qui relèvent, de façon concomitante, de plusieurs domaines en même temps, particulièrement ceux que l'on peut ranger dans le domaine de la santé.

De fait, la maladie, objet privilégié des consultations, occupe une place de premier ordre dans l'ensemble des problèmes dont font état les adeptes non initiés et les fréquentateurs.

Cette constatation confirme celle de Paula Montero (1985 : 105) :

« L'apparition de maladies ou de troubles généralisés du comportement ou du « bien-être » sont les raisons le plus souvent invoquées pour justifier de la consultation régulière des entités du culte : sur les 570 personnes interviewées, 256 (45 %) affirment être devenues umbandistes « pour cause de maladie » ⁵⁶. »

Cette constatation se vérifie dans les *terreiros* fréquentés par des individus des couches moyennes aussi bien que des couches populaires, ce qui infirme certaines idées reçues selon lesquelles l'umbanda ne constituerait un recours que pour les seuls individus des milieux défavorisés, pauvres et ignorants des autres instances thérapeutiques.

Les observations et les propos recueillis révèlent l'importance qu'occupe l'espoir de guérison dans l'ensemble des demandes adressées aux Esprits, et les récits des succès remportés par la cure umbandiste sur les maux les plus rebelles sont nombreux. Les témoignages de guérison abondent et, dans le milieu umbandiste, la réputation de l'umbanda en matière d'efficacité thérapeutique n'est plus à faire.

⁵⁶ Traduction personnelle.

De ces maladies dont les individus espèrent et obtiennent souvent, selon eux, une guérison par l'umbanda, nous n'avons encore rien dit. Le terme de « maladie » nous le tenons de la bouche des « patients » qui nomment ainsi l'état dans lequel ils se trouvent ; nous l'empruntons aux Esprits et aux médiums qui l'utilisent également. Mais il faudra s'interroger sur son sens comme nous y incitent, parmi tant d'autres, les propos de Dona Isabel (35 ans, mariée, couturière et femme de ménage), médium umbandiste :

« Il y a ceux qui viennent pour des problèmes de famille, des fois aussi à cause d'un amoureux... Beaucoup viennent consulter les esprits à cause de la maladie, certains pour des maladies matérielles, d'autres ce sont des maladies spirituelles que la personne attrape. »

Initiation et espoir de guérison

Les problèmes, les motivations et les conditions qui poussent les individus à devenir médiums sont divers. Mais à écouter le récit de leur engagement, comme à suivre le cheminement des adeptes et des simples fréquentateurs qui ont entrepris de s'initier pendant la durée de notre terrain, nous nous sommes aperçue que là encore, la maladie et l'espoir de guérison jouent un rôle décisif dans l'orientation vers l'initiation. Face aux maux dont ces individus souffraient, les Esprits ont diagnostiqué une maladie spirituelle dont la guérison exigeait qu'ils « développent leur médiumnalité »⁵⁷. Pour l'individu ignorant jusque-là de sa faculté à recevoir les Esprits, cette maladie est alors révélatrice de la « médiumnalité » exceptionnelle qu'il possède et de son élection. Mais elle est aussi le signe que ses relations avec les entités spirituelles sont perturbées. L'autre nom donné aux maladies spirituelles est d'ailleurs celui de « perturbations ». Le « développement de sa médiumnalité » qui passe par l'acceptation de son don et de la mission qui l'accompagne — et donc par certains apprentissages comme celui, fondamental, de la possession contrôlée et stéréotypée — est un travail de mise en ordre de ces relations. Cette étape est nécessaire pour que la médiumnalité — faculté à servir de réceptacle et de récepteur aux manifestations des êtres spirituels — devienne

⁵⁷ La guérison des maladies spirituelles n'exige pas systématiquement du malade qu'il devienne médium.

bénéfique pour son détenteur. Si elle reste au stade du don à l'état brut, non travaillée, incontrôlée et inutilisée, elle occasionne de nombreux maux dont la maladie est une manifestation récurrente, parmi d'autres qui généralement l'accompagnent. D'ailleurs toutes les personnes qui disent être devenues médiums « à cause d'une maladie », interprétée comme la conséquence d'une médiumnité non développée, témoignent de l'amélioration et de la disparition progressives des maux dont elles souffraient.

Tant qu'il ignore sa médiumnité ou qu'il la refuse, l'individu ne peut qu'en être la victime. Il est le jouet de relations avec les Esprits qu'il ne domine pas, et sa sensibilité particulière aux choses de l'autre monde l'expose, avec le temps, aux pires dangers : la folie, la mort violente, les maladies graves sont les plus fréquents. Certains troubles du comportement et du bien-être sont presque systématiquement rapportés à une maladie spirituelle causée par une médiumnité non développée : il en est ainsi des changements brutaux de comportement qui se traduisent souvent par une forte agressivité, des attitudes incompréhensibles, des évanouissements, des hallucinations, la folie, l'épilepsie.

Dans le quotidien, cette ignorance ou ce refus conduisent à de multiples problèmes dont le futur médium n'est pas seul à souffrir mais qui atteignent aussi son entourage. La maladie, le sentiment de malaise et de mal-être, s'accompagnent généralement d'échecs successifs dans les divers domaines de l'existence. Il est courant d'entendre dire que le médium récalcitrant ou qui s'ignore ne rencontre que des obstacles dans sa vie. Car, comme dans les situations qu'expérimentent les individus en « phase de premier contact », la maladie n'est pas le seul événement négatif qui frappe les futurs médiums, même si c'est souvent celui qui a raison de leur ignorance ou de leur détermination à rester en dehors des exigences qui leur sont imposées.

La maladie qui est interprétée comme signe d'élection par ceux auxquels elle révèle leur médiumnité est aussi vécue comme un « rappel à l'ordre » par ceux qui, se sachant déjà détenteurs de cette qualité, ne l'acceptent pas. C'est ce qui est arrivé à Cassio, aujourd'hui père de saint : aucun doute pour lui que les graves problèmes économiques et de santé dont il a souffert dix ans auparavant furent la conséquence de son refus de devenir médium de l'umbanda. Quand il est sorti d'un coma de quatre jours après deux infarctus successifs, il a accepté de développer sa médiumnité.

Ainsi l'umbanda est-elle un recours thérapeutique qui présente quelques particularités importantes :

- il n'est pas uniquement utilisé par les seuls adeptes et fréquentateurs assidus du culte ;
- les individus qui choisissent la cure umbandiste ne se distinguent pas par une appartenance sociale particulière. La demande de guérison occupe une place importante dans tous les *terreiros*, qu'ils soient fréquentés et dirigés par des éléments des couches inférieures, moyennes ou supérieures de la population ;
- même si les motivations et les conditions du premier contact, de la participation et de l'adhésion sont diverses, la maladie et l'espoir de sa guérison sont un facteur important de rapprochement avec l'umbanda et de maintien à l'intérieur de la religion. Cette observation peut être faite dans tous les *terreiros* du champ d'investigation ;
- l'umbanda distingue les maladies matérielles des maladies spirituelles. En matière de thérapeutique, elle inscrit surtout sa compétence et sa spécificité, par rapport à l'offre de soins à dominante « médicale », dans le traitement des secondes.

*

L'examen des itinéraires thérapeutiques des individus qui attendent une guérison des Esprits et médiums de l'umbanda met en lumière les conditions et les facteurs du choix d'un tel recours thérapeutique. Quelle est l'histoire du cheminement du malade, par quelles étapes est-il passé dans sa recherche d'un diagnostic et d'un traitement, qui a-t-il déjà rencontré et que s'est-il passé auparavant ?

On ne peut mêler les itinéraires thérapeutiques des umbandistes ou des fréquentateurs assidus et ceux des non-umbandistes sans gommer la différence fondamentale qui existe entre eux : les premiers sont familiarisés avec l'univers religieux auquel ils participent ; ils en partagent les croyances et les représentations, font souvent appel au pouvoir et aux conseils des Esprits en matière de prévention, de diagnostic et de guérison. Ce n'est pas le cas des seconds pour lesquels le

recours à l'umbanda est nouveau. Aussi faut-il maintenir la distinction précédemment établie entre « phase de premier contact » et « phase de participation ».

Les itinéraires thérapeutiques des non-umbandistes

Quel que soit son milieu social, l'umbanda est pour le non-umbandiste un *recours thérapeutique ultime* : il n'intervient qu'au terme d'un parcours au long duquel les individus ont fait appel à d'autres recours qui, de leur point de vue, n'ont pas donné satisfaction. Quand ils se dirigent vers l'umbanda, c'est après une série plus ou moins longue d'échecs répétés, non seulement dans le traitement de l'affection dont ils se plaignent, mais souvent aussi dans son identification par les thérapeutes consultés.

Dans leur grande majorité ces individus ont en commun, quelle que soit la configuration de leurs itinéraires thérapeutiques, d'avoir eu recours à la médecine scientifique par l'intermédiaire d'un ou plusieurs de ses agents ⁵⁸. Il est important de souligner ce fait car dans la série d'échecs rencontrés par l'individu, c'est bien l'échec de la réponse apportée par les agents du système biomédical qui s'avère décisif dans le choix de s'orienter — si d'autres thérapeutiques se sont révélées ou se révèlent à leur tour insatisfaisantes —, vers l'umbanda.

Car quand ces personnes racontent leur cheminement thérapeutique, elles invoquent systématiquement l'incapacité des médecins et citent toutes l'inadéquation ou l'échec de la réponse que la médecine fournit à leurs maux comme la raison qui les a conduites à s'en remettre à l'umbanda.

⁵⁸ Les itinéraires thérapeutiques ne sont certes pas exclusivement constitués du seul recours aux agents de la médecine scientifique. Ce recours est d'ailleurs loin d'avoir toujours été le premier envisagé face à la maladie : ce qui distingue de manière tout à fait frappante les individus appartenant aux couches défavorisées de ceux qui appartiennent aux couches relativement aisées, c'est que le recours aux agents du système officiel de santé est généralement intervenu chez eux plus tardivement. C'est souvent en tout premier lieu que les plus favorisés ont fait appel aux agents de la médecine scientifique pour soigner l'affection dont ils vont finalement espérer la guérison de l'umbanda. Les autres se sont d'abord tournés vers des savoirs thérapeutiques constitués sur la base des expériences accumulées par la famille, les voisins, les amis.

Si pour chacune d'entre elles, la médecine n'a pas apporté la satisfaction espérée, c'est à partir de divers critères qu'elles établissent son constat d'incompétence. Le critère peut être, comme pour Rosinha (79 ans, veuve, ancienne employée de maison), l'inefficacité d'un ou de plusieurs traitements médicaux :

« J'avais une blessure dans la jambe, énorme. Ça avait commencé par me gratter, je me grattais tout le temps et c'est devenu au bout de quelques semaines une blessure, tu n'imagines pas ! Ça me brûlait, ça me démangeait, c'était affreux à voir. Une blessure que personne ne soignait, aucun médecin ne la soignait. Et j'en ai vu des médecins, ça m'a coûté une fortune, j'y ai laissé toutes mes économies dans ces médicaments. La médecine était épuisée. C'était insupportable cette blessure et personne n'y pouvait rien. Alors je suis allée dans un *terreiro* d'umbanda avec ma voisine, au début je ne voulais pas, j'étais très catholique et j'étais contre. Mais j'avais tout tenté. J'y suis allée. Au bout d'un mois il n'y avait plus rien, j'ai gardé une affreuse cicatrice, mais enfin, j'étais guérie. »

Nombreuses sont les personnes qui, comme Rosinha, disent avoir tout tenté dans le domaine de la médecine avant de rejoindre l'umbanda.

Le constat d'incompétence peut aussi trouver son origine dans la contestation du diagnostic ou du traitement donnés par le médecin. Ainsi Duilio (43 ans, marié, psychothérapeute) raconte-t-il :

« J'avais une dermatose sur les deux jambes. Ici, ma jambe droite s'est mise à enfler, elle est devenue énorme, de là jusque-là. De la chair à vif ! Ça saignait, on aurait dit une jambe de lépreux [...]. Une situation horrible. Ça a duré sept mois comme ça. J'ai été voir le dermatologue et il m'a dit que l'unique remède qu'il y avait dans mon cas, c'était la cortisone. « Bon, mais moi je ne veux pas utiliser de cortisone ». « Alors il n'y a pas de remèdes » [rires]. J'en ai vu un autre, il a dit la même chose. Maya [sa seconde femme] m'a convaincu d'aller dans le *terreiro* où elle travaillait. Alors cette dermatose je l'ai traitée dans le *terreiro*, avec des passes et des prières. »

Comme Paulinho (41 ans, marié, employé de banque), nombreux sont les informateurs qui disent aussi avoir été « trompés » par les médecins :

« À l'époque nous habitions à Campinas. Ma mère, la Donalzira, avait un problème à la colonne et on ne croyait pas au spiritisme, à l'umbanda, à la macumba, à rien, à absolument rien. On était tous catholiques. Un soir je rentre à la maison et je vois ma mère en train

de pleurer dans la cuisine. Elle revenait de chez le médecin et il lui avait dit qu'elle ne se lèverait plus jamais. Elle avait perdu la locomotion, elle ne bougerait plus jamais les jambes. Mais les médecins lui ont menti, ils l'ont trompée. J'avais un collègue qui était umbandiste. Je lui ai parlé de ma mère, je lui ai dit que j'étais ennuyé, que les médecins avaient dit à ma mère qu'elle ne se lèverait plus jamais. Il m'a dit qu'il l'aiderait spirituellement. Et puis après un court instant, il m'a dit qu'il la soignerait, que ma mère guérirait. Il m'a dit de venir avec elle le lendemain, qu'il y aurait un travail au temple. On y est allé et là, on a donné une pierre à ma mère pour faire un bain. C'était une vraie rigolade. Une pierre ! Mais qu'est-ce qu'on allait bien pouvoir faire avec une pierre ! Et bien, ce n'était pas n'importe quelle pierre. Ils ont fait le bain, ils ont mis la pierre dans l'eau, comme ça avait été prescrit par l'Esprit. Et bien après le bain, ma mère s'est mise à remarquer. Elle est toujours là, elle marche normalement [...]. À partir de ce jour, on a fréquenté l'umbanda. »

Pour d'autres, l'incompétence de la médecine a été établie à partir d'un autre critère : la non identification par les médecins des maux dont ils se plaignaient. Ce qui est mis en évidence dans ces cas-là, c'est l'incapacité de la médecine à percevoir l'existence de la maladie. En témoignent les propos de Renata (34 ans, mariée, femme au foyer) :

« J'étais malade. Alors je suis allée voir le médecin. J'avais des douleurs horribles dans le bas du dos et mal à l'estomac aussi [...]. Alors il m'a auscultée, et il n'a rien trouvé. J'ai fait des examens, des prises de sang, des radios [...]. « Rien, vous n'avez rien », voilà ce qu'ils me disaient. Et moi « Mais docteur, j'ai mal là et puis là aussi ». Ces douleurs je ne les inventais pas quand même ! Mais eux ils me répondaient « Mais puisque je vous dit que vous n'avez rien ». J'ai vu un spécialiste de l'estomac, du dos aussi. Un psychologue. J'ai pris une montagne de médicaments, des tisanes, j'ai mis des cataplasmes. J'avais toujours mal et le médecin me disait que j'étais en parfaite santé. »

Il est un cas dans lequel l'échec de la médecine n'est pas le facteur déterminant de l'orientation vers l'umbanda. C'est celui d'individus qui n'ont pas obtenu d'une autre religion à dimension thérapeutique, dont ils sont les adeptes ou les fréquentateurs, la guérison ou l'amélioration de leurs maux. Le facteur déterminant du recours à l'umbanda est alors l'inefficacité des moyens mis en œuvre par cette autre thérapeutique religieuse. Dans cette catégorie, nous avons essentiellement rencontré des kardécistes. Itinéraires religieux et itinéraires thérapeutiques se superposent parfois, et il est fréquent qu'une des raisons de l'abandon de

l'umbanda par ses adeptes et ses fréquentateurs soit également son inefficacité en matière thérapeutique. Dans ces cas-là, les individus se tournent bien souvent vers le candomblé : il n'y a pas que l'umbanda qui recrute dans les rangs des malades déçus et aux abois.

Si en « phase de premier contact », l'umbanda est un recours ultime, elle devient aussi un recours exclusif : les individus ne s'en remettent généralement pas dans le même temps à d'autres catégories de thérapeutes ni à d'autres traitements, excepté, bien entendu, sur le conseil des Esprits qui peuvent, selon les cas, leur recommander d'aller chez le médecin, de poursuivre leur traitement médical, de prendre des médicaments de pharmacie ou encore des préparations dont les recettes sont héritées de la médecine traditionnelle par les plantes.

On remarquera, finalement, le rôle important joué par une personne appartenant à l'environnement proche du malade (un membre de la famille, un ami, un voisin, un collègue de travail) dans son acheminement vers l'umbanda. C'est elle qui lui suggère la possibilité de ce recours thérapeutique et qui généralement l'accompagne et l'introduit dans le *terreiro*. La lecture que font les Esprits, les médiums, les pères et mères de saint, des maux dont souffrent ces individus débouche presque toujours sur un diagnostic de maladie spirituelle.

Les itinéraires thérapeutiques des adeptes et des fréquentateurs de l'umbanda

En « phase de participation », les individus ne s'en remettent pas systématiquement ou exclusivement à l'umbanda quand ils sont malades, comme on pourrait naïvement le penser en observant la place importante que tient la maladie dans les consultations. L'umbanda, chez ses adeptes et fréquentateurs, peut être un recours préférentiel mais nullement exclusif d'autres recours au système biomédical, aux médecines parallèles, aux médecines traditionnelles, vécus et utilisés sur le mode de la complémentarité. Ce n'est pas parce que l'on est umbandiste que l'on se tourne uniquement et en tout premier lieu vers les Esprits pour l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement, même si l'on a déjà été soigné dans le *terreiro*. Tout dépend généralement de quoi les sujets se sentent ou se savent malades, et donc du sentiment qu'ils ont de « la maladie » (de

la leur, de celle d'autrui) et de l'analyse qu'ils en font. Dans bien des cas, la maladie dont ils se sentent atteints n'a pas même besoin d'exister du point de vue biomédical pour être perçue, représentée, identifiée.

Certains prétendent reconnaître par eux-mêmes si la maladie dont ils souffrent est ou non du ressort de l'umbanda. C'est le cas de Dona Isabel, médium umbandiste déjà citée :

« La maladie du médecin c'est la maladie du médecin. Elle est connue. Tu crois que dans mon cas, je serais allée voir un médecin ? Non, parce que très tôt le matin je ne me réveillais pas en moi, c'était l'Esprit qui me prenait dans le lit. Quand c'est spirituel, c'est connu, on sait quand c'est quelque chose comme ça. On sait quand c'est spirituel, on le sent. Je voulais me réveiller et je ne pouvais pas, je criais, je pleurais, je faisais tout ça. Je n'étais plus maître de moi-même, je ne pouvais pas parler, cet Esprit avait pris la matière, mon corps. Ceux qui ne croient pas vont chercher médecins et médecins pendant des mois et ça ne s'améliore pas. Ça empire, ça empire, et pour eux c'est vraiment le pire, parce qu'ils finissent par devenir fous et parfois ils meurent, des fois ils se suicident. »

De plus, les Esprits eux-mêmes peuvent, à l'issue d'une consultation, conseiller au malade de se diriger vers un autre thérapeute, le plus souvent « l'homme au vêtement blanc » ou « au pantalon blanc » (métaphores fréquemment utilisées par ces derniers pour désigner le médecin), mais parfois aussi la bénisseuse (*a benze-deira*).

Il semble donc qu'il y ait d'un côté les maladies qui sont exclusivement du ressort de l'umbanda — ce sont les « maladies spirituelles » — et celles qui ne sont pas uniquement de son ressort — ce sont les « maladies matérielles ». Cette constatation conduit à évoquer la distinction qu'établissent communément les familiers de cet univers religieux entre ces deux catégories de maladies.

Quand ils abordent le problème de la maladie à partir de leur expérience singulière (en tant que malade, ancien malade, thérapeute, proche d'un malade, etc.), les umbandistes font communément référence, quelle que soit leur appartenance sociale, à une distinction entre « maladie matérielle » et « maladie spirituelle » : il n'y a pas « la maladie » mais la « maladie matérielle » ou la « maladie spirituelle », et l'une n'est pas l'autre. Relatant des épisodes de maladie, il est très fréquent qu'ils précisent spontanément la catégorie à laquelle appartient l'affection dont il est question. Une phrase extraite des propos de Gilberto (fréquentateur) en

est l'illustration. Il dit, parlant de l'un des amis : « La tuberculose de Francisco, c'était un problème spirituel ». Cette phrase est chargée de sous-entendus à décrypter et à comprendre. L'emploi unanime et courant de ces expressions montre que les individus partagent les représentations relatives à la maladie élaborées par la religion à laquelle ils participent. Aussi les recours des umbandistes malades sont-ils non seulement déterminés par la recherche de l'efficacité thérapeutique, mais aussi par leur interprétation de « la maladie ». Cette distinction entre « matériel » et « spirituel » qui s'applique souvent, en situation d'énonciation, à la maladie (et au « problème » dont elle est la manifestation) ne se rapporte d'ailleurs pas exclusivement à elle : dans leur rapport à la réalité, les familiers de la religion établissent généralement une séparation entre ce qui relève de l'ordre du « matériel » et ce qui relève de l'ordre du « spirituel », séparation qui fait partie intégrante de la vision umbandiste du monde.

Qu'entendent donc les habitués de l'umbanda par « maladie matérielle » et « maladie spirituelle » ? Dans quels contextes un phénomène, un signe, ou un événement sont-ils désignés comme « maladie matérielle » ou « maladie spirituelle » ? quels sont le sens et la fonction de ces dénominations ? Sans entrer dans une analyse approfondie des représentations umbandistes de la maladie, nous pouvons apporter quelques éléments de réponse à ces interrogations. Luiz (55 ans, veuf, militaire à la retraite), père de saint d'un *terreiro* fréquenté par des individus appartenant aux franges inférieures et moyennes des couches moyennes de la population, va nous y aider :

« Il y a eu le cas de Renato, un vieux du quartier, il habite en bas, il est venu ici, il m'a demandé ma pommade. « Ecoutez, monsieur, les médecins vont me couper la jambe. Avant d'amputer la jambe, on va passer la pommade ». Et ma femme : « Ne fais pas ça, le camarade a la jambe en si mauvais état, il aura la jambe coupée et après c'est toi qui va en porter la responsabilité, il va dire qu'il a perdu sa jambe à cause de toi ». Elle a raison, je fais cette pommade et c'est un peu dangereux car je pourrais être accusé de fausse médecine. Bon, mais je n'ai pas peur. J'ai mis la pommade et je l'ai appliquée moi-même. En quatorze jours la jambe était soignée. Et encore, ça a mis du temps parce qu'il boit beaucoup de *cachaça* ⁵⁹. Les gens qui boivent sont difficiles à soigner. Mais j'obtiens une montagne de guérison. J'ai soigné une montagne de gens avec cette pommade. Renato, sa

⁵⁹ *Cachaça* : alcool de canne à sucre.

maladie n'était pas spirituelle. Il n'a rien, c'est naturel, problème matériel, la jambe était fatiguée à cause de sa manière de vivre, toujours debout, alors c'est la mauvaise circulation du sang. C'est logique, ça n'a rien à voir. Par contre, si la maladie de la personne est spirituelle, alors le traitement est très différent, on fait des passes, on bénit, on fait des bains [...]. Dona Ana Fernandes Labina avait la tuberculose [...]. Alors les gens lui disaient « Va voir Dona Maria », une excellente médium guérisseuse du *terreiro*. Elle y est allée. Dona Maria l'a regardée et lui a dit « Tu viens neuf jours de suite pour que je te bénisse parce que tu as dans le corps un esprit sec, il a séché, il est mort sec, il est mort de tuberculose, il s'est appuyé (*encostou*) sur toi, il faut l'enlever. »

La distinction « maladie matérielle » / « maladie spirituelle » fait référence aux deux dimensions constitutives de l'univers qui coexistent en l'homme comme dans le monde dans lequel il évolue. La maladie a une double nature. Elle est un événement qui atteint spécifiquement l'être humain sous le rapport de sa double dimension d'être matériel soumis aux lois du monde physique et humain que lui impose sa propre corporéité et sa vie en société, et à celles du monde spirituel auquel le rattache son esprit (sa partie spirituelle), cette autre dimension de lui-même. Par rapport aux autres événements de la vie, la maladie a cependant la particularité, partagée avec certains types d'accidents, d'être sensiblement éprouvée par l'individu dans ses chairs et, suivant les cas, d'imprimer au corps de l'homme ses marques visibles.

Les deux notions de « spirituel » et de « matériel » acquièrent, quand elles servent à qualifier un événement — ici la maladie — la dimension de catégories explicatives distinctes de l'événement (et non descriptives). C'est sur le critère de leur causalité « matérielle » ou « spirituelle » que la pensée religieuse classe les maladies : les expressions « maladie matérielle » et « maladie spirituelle » ont une signification étiologique et constituent deux catégories d'interprétation différentes, complémentaires de la maladie ⁶⁰.

Les « maladies spirituelles » présentent plusieurs points communs qui les distinguent fondamentalement des maladies matérielles :

⁶⁰ Si les umbandistes sont à même de pressentir la nature « matérielle » ou « spirituelle » de la maladie dont ils souffrent ou dont souffrent leurs proches, c'est bien entendu au père de saint ou au médium possédé qu'il appartient d'apporter un diagnostic définitif.

- Elles sont, pour reprendre la formule d'un informateur, « apportées par la partie spirituelle ». Elles atteignent l'homme par et dans cette dimension constitutive de son être qui participe du monde spirituel. Certes la partie matérielle (son corps physique et biologique) qui lui est intimement liée est-elle toujours plus ou moins gravement affectée par ces maladies : c'est elle qui produit et envoie une partie des signaux qui indiquent au consultant et au thérapeute l'existence des troubles spirituels.

- Elles font l'objet d'interprétations qui lient toujours leur origine à des relations : qu'il s'agisse des relations que les hommes entretiennent entre eux ou de celles qu'ils ont avec les Esprits, c'est toujours dans la détérioration de ces relations qu'elles trouvent leur source ⁶¹. Ce qui n'est pas le cas des « maladies matérielles » dont les causes (dites « matérielles », « organiques », « mécaniques », « physiologiques », « logiques », « normales », « naturelles ») ne sont pas à rechercher de ce côté-là ⁶². Le traitement des « maladies spirituelles » appelle donc une investigation des liens que le malade entretient avec le monde spirituel, une identification des causes de leur dégradation et un travail de remise en ordre de ces liens perturbés.

La « maladie matérielle » est quant à elle « la maladie du médecin ». Ces deux expressions sont équivalentes. Mais alors que « matérielle » a une signification étiologique, « du médecin » acquiert une signification thérapeutique. Cette équivalence établit que la maladie matérielle est guérissable par le médecin, ce qui n'est pas le cas de la maladie spirituelle. Cela ne signifie pas que l'échec avéré des traitements médicaux soit la condition première et nécessaire pour l'établissement du diagnostic de maladie spirituelle. Pour poser un tel diagnostic les Esprits n'attendent pas que les consultants aient vérifié l'insuccès de la thérapie médicale.

⁶¹ Les relations humaines ne peuvent cependant être à la source de maladies spirituelles que dans la mesure où elles sont médiatisées par des agents intermédiaires non humains.

⁶² Excepté dans le cas atypique du mauvais-œil qui met en cause les relations conflictuelles que les hommes entretiennent entre eux et que les umbandistes considèrent comme une « maladie matérielle » (nos observations contredisent ici celles de M.A. Loyola (1983 : 57), selon qui, les maladies du mauvais-œil sont, pour les umbandistes, des maladies spirituelles).

Dire de la « maladie matérielle » qu'elle est la « maladie du médecin », c'est dire en fait que le médecin est susceptible d'en donner une interprétation juste, de lui trouver une explication valide, justesse et validité mesurées à la réussite du traitement prescrit sur la base de son diagnostic et appréciées par le malade. Quand le médium possède diagnostique l'existence d'une telle maladie, c'est ce qu'il postule, à partir des éléments qu'il tire de son expérience thérapeutique, de sa connaissance du consultant et du contexte général d'apparition de la maladie dans sa vie. La « maladie matérielle », non seulement le médecin peut l'identifier, réussir à en déceler les causes et les effets, la « voir » à l'aide des méthodes et des outils dont il dispose, mais surtout, il réussit à la soigner. Aussi les « maladies matérielles » possèdent-elles les attributs qui caractérisent les maladies que guérit le médecin : elles sont « visibles », « concrètes », « conventionnelles », « naturelles », « organiques », « physiques ».

« Maladies matérielles » et « maladies spirituelles » sont donc justiciables d'approches et d'interprétations différentes de la maladie. Si différentes que Luiz peut dire de Renato à qui les médecins allaient pourtant couper la jambe, « qu'il n'a rien », son mal étant causé par « la mauvaise circulation du sang », qui trouve son origine dans sa « manière de vivre, toujours debout ». « Il n'a rien » signifie que les causes et l'origine de ce dont il souffre ne sont pas de nature spirituelle. Sa maladie n'existe pas en tant que « maladie spirituelle ». À l'inverse, quand le diagnostic du médecin ne confirme pas l'existence d'une maladie pourtant ressentie et perçue par le sujet qui en souffre ou encore qu'il se révèle incapable de soigner celle qu'il a diagnostiquée à l'intérieur de son champ de compétence, son échec confirme la présence d'un mal d'une autre nature (spirituelle). Il apporte la preuve de l'existence d'une « perturbation » dont l'origine et les causes sont à rechercher du côté du monde spirituel.

Certaines maladies — les « maladies matérielles » — surgissent donc « naturellement », sans autre raison que les leurs. La question de leur origine — du pourquoi de leur apparition à ce moment, sous cette forme et chez cet individu — comme des mécanismes qui les engendrent et des agents qui les produisent n'a pas, pour le thérapeute umbandiste, beaucoup d'intérêt. Provoquées par un déterminisme naturel qui suffit bien souvent à les expliquer, elles ne prennent jamais la signification de maladie-sanction, maladie-élection, maladie-avertissement, maladie-rachat, maladie-persécution. L'umbanda ne nie pas leur existence (bien rares

sont en effet les umbandistes qui affirment que toutes les maladies sont spirituelles) et reconnaît par là même la validité du type d'interprétation de la maladie dont le médecin est le représentant.

Les « maladies spirituelles », en revanche, sont des événements privilégiés sur lesquels les thérapeutes umbandistes vont agir pour donner du sens à une réalité vécue par l'individu comme chaotique et incompréhensible. Ce sens, la pensée religieuse se charge de le donner en fournissant une interprétation spirituelle de la maladie. Le corps, support matériel tangible dans lequel s'inscrivent la maladie et le « mal-être », devient le lieu privilégié de l'action thérapeutique visant à redonner, au-delà de la maladie et à travers elle, du sens à ce qui en semble dépourvu. D'où l'importance pour la dimension thérapeutique de l'umbanda, de pratiques religieuses qui prennent le corps pour objet.

On s'aperçoit donc que la distinction que l'umbanda établit entre « maladie matérielle » et « maladie spirituelle » lui permet de délimiter sa sphère d'action et de compétence, tout en reconnaissant celle du médecin, réalisant ainsi apparemment une sorte de complémentarité non conflictuelle entre les deux. La « maladie spirituelle », indéchiffrable par le médecin, relève exclusivement de la thérapie umbandiste. La « maladie matérielle » n'est pas exclusivement du ressort du médecin puisque les thérapeutes umbandistes la diagnostiquent et parfois la soignent, mais il en est plus directement le spécialiste. Cette constatation mériterait cependant d'être davantage approfondie et discutée car le partage des compétences n'est pas, dans les faits, aussi net qu'il paraît.

Si tous les umbandistes se réfèrent à la séparation « maladie matérielle » / « maladie spirituelle », les représentations qu'ils partagent sous-tendent par ailleurs des pratiques effectives. Comment opèrent ces croyances sur le plan de l'action ?

L'examen et la comparaison des itinéraires thérapeutiques montrent que le cheminement des malades umbandistes est la résultante de logiques multiples. Certes les représentations et les pratiques umbandistes relatives à la maladie et au soin influencent leurs choix et leurs comportements thérapeutiques. Pourtant l'examen de leurs itinéraires thérapeutiques rend vaine toute entreprise de formalisation et de généralisation « stricte » qui permettrait de dire « les umbandistes et

les habitués de l'umbanda se comportent de telle façon quand ils se sentent malades ou selon qu'ils se sentent malades de ceci ou de cela ».

Le diagnostic de « maladie spirituelle » conduit toujours à la cure umbandiste. Mais les thérapeutes umbandistes ne sont pas systématiquement consultés en cas de maladie, et la cure umbandiste, fondamentale pour le traitement des « maladies spirituelles », n'est pas toujours l'unique traitement suivi par les malades en quête de guérison.

Le partage de croyances communes, réinterprétées par chacun, débouche sur une multitude de conduites individuelles et n'uniformise pas les quêtes thérapeutiques. D'autres facteurs que l'appartenance religieuse sont ici déterminants, tels que l'origine et l'appartenance sociales, l'origine géographique (ville ou campagne), la situation financière.

En matière de maladie et de guérison, les représentations, croyances, et savoirs umbandistes se mêlent à d'autres qui sont hérités pour une large part de l'environnement humain et physique dans lesquels les individus ont grandi et évoluent ⁶³. C'est ce que traduisent les itinéraires thérapeutiques des umbandistes. Chacun est le résultat de l'entrelacement spécifique de divers facteurs. Seule l'analyse au cas par cas — parce qu'elle permet d'identifier, de mesurer et d'appréhender la part et l'importance de chaque facteur — permet de saisir au niveau individuel la cohérence et la logique des recours thérapeutiques.

*

Ainsi, dans la société brésilienne, les thérapeutes umbandistes ont-ils leur place au côté des autres producteurs de soins du champ médical : des malades, familiers de l'umbanda ou étrangers à son univers, sont demandeurs des interprétations et des conseils qu'ils donnent et des soins qu'ils prodiguent. Les itinéraires thérapeutiques ont des caractéristiques différentes suivant que le recours à l'umbanda

⁶³ Si ces facteurs non-religieux peuvent influencer aussi librement les comportements thérapeutiques et donc s'exprimer aussi fortement dans les itinéraires de soins, c'est aussi parce que les comportements que l'umbanda a érigés en normes à suivre sont ouverts. Leur respect laisse aux individus une grande marge de manœuvre en matière de choix thérapeutiques.

intervient en « phase de premier contact » ou « en phase de participation ». Dans l'un et l'autre cas, ce recours n'est pas déterminé uniquement par la recherche de l'efficacité thérapeutique mais souvent également par une quête de sens, que satisfait cette religion à travers la catégorie de « maladie spirituelle ».

Aux consultations données par les Esprits se pressent quantité de malades qui viennent d'autres horizons thérapeutiques : les malades dont s'occupent les thérapeutes umbandistes sont aussi ceux que soignent successivement ou parallèlement d'autres thérapeutes. L'examen des itinéraires thérapeutiques permet également d'observer des situations où les malades ont recours à un thérapeute particulier pour la prise en charge de chaque étape spécifique du procès thérapeutique. Ainsi quand Maya, médium umbandiste de longue date, souffre d'une maladie matérielle qui présente à ses yeux quelque gravité, son premier mouvement est d'aller chez son médecin. Elle n'a recours cependant qu'à ses compétences diagnostiques car elle ne suit pas le traitement qu'il lui prescrit. Pour ce traitement, c'est aux compétences thérapeutiques de son homéopathe qu'elle se fie ainsi qu'à celles des Esprits auprès desquels elle va chercher « la force » qu'ils donnent au processus de guérison. Et cela ne pose aucun problème à Maya, de se fier au diagnostic du médecin, de prendre les remèdes que lui conseille l'homéopathe et de suivre les recommandations et prescriptions des Esprits et médiums de l'umbanda. Ce qui lui poserait problème en revanche, ce serait de devoir suivre le traitement prescrit par le médecin — puisque, comme elle le dit, « les médicaments la rendent malade » — et de se passer du « renforcement spirituel » qui assure le succès de la cure homéopathique.

Ce dernier exemple montre à quel point le *terreiro* umbandiste — espace vers lequel convergent tant de malades en quête de guérison — est un lieu d'accès privilégié aux conduites de recours plurielles qui s'élaborent dans le cadre du pluralisme médical brésilien.

Références bibliographiques

Bourdieu P.

- 1971 Genèse et structure du champ religieux, *Revue française de sociologie* 12 (3) : 295-334.

Boyer-Araujo V.

- 1993 *Femmes et cultes de possession au Brésil - Les compagnons invisibles*, Paris, L'Harmattan.

Camargo C.P. Ferreira de

- 1961 *Kardecismo e Umbanda*, Sao Paulo, Livraria Pioneira editora.

Loyola M.A.

- 1983 *L'esprit et le corps*, Paris, Maison des sciences de l'homme.

Montero P.

- 1985 *Da doença à desordem*, Rio de Janeiro, Petropolis, Vozes.

Ortiz R.

- 1978 *A morte branca do feiticeiro negro*, Petropolis, Vozes.

Zempleni A.

- 1985 La « maladie » et ses « causes », *L'Ethnographie* LXXXI (96/97) : 3-44.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Deuxième partie : Présence du religieux

Chapitre VII

Les maux entre Dieu, les génies et les hommes

Par Saadia Radi

Les maladies provenant d'une intervention surnaturelle

Le mauvais œil (*el 'ain*)

Les génies (*el jnûn*)

La sorcellerie (*al shûr*)

Les agents de la médecine traditionnelle :

la voyante (*chuwwafa*), le *fqih* et le saint

Les itinéraires thérapeutiques

Le cas de Nabila

Le cas du mari de Hamida

Le cas de Nora

Le cas d'Iman

Les itinéraires thérapeutiques au quotidien

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Dans la société marocaine coexistent plusieurs systèmes thérapeutiques qui paraissent contradictoires, mais constituent un système global de recours cohérent pour les acteurs sociaux. Ces systèmes relèvent de deux grandes catégories : la biomédecine, désignée par « la médecine des chrétiens » et la médecine traditionnelle, nommée « notre médecine ». La première catégorie inclut la biomédecine avec ses agents et ses institutions. La seconde catégorie, plus complexe, inclut un savoir local qui consiste en l'utilisation de plantes médicinales, de prières, de rites et de pratiques dont la plupart font référence à l'islam, même si ce n'est pas de façon orthodoxe et si leur origine est loin d'être musulmane. Ce savoir local a ses

spécialistes, ses agents : le *fqih* et la *chuwwafa*. Chaque système thérapeutique n'est pas spécialisé selon la maladie considérée en tant qu'entité nosologique, mais selon son étiologie ; c'est l'étiologie qui détermine le système ou l'agent auquel on doit s'adresser. Car, pour une même nosologie, la cause n'est pas constante. Quand on pense que l'étiologie d'une maladie est d'ordre surnaturel (génies, mauvais œil, sorcellerie), on s'adresse à la médecine traditionnelle. Lorsqu'on change d'avis (si la guérison n'intervient pas), et si l'on pense alors que cette même maladie a pour origine une cause naturelle, on s'adresse aux médecins. Mais ceci n'exclut pas un retour à la médecine traditionnelle, si l'on estime, à nouveau, que l'origine est d'ordre invisible, et ainsi de suite. C'est donc le changement de l'étiologie de la maladie, formulé par le malade ou par son entourage au vu des résultats de la thérapie en cours, qui structure le pluralisme médical. Toutefois, le partage entre les systèmes obéit à des domaines reconnus de compétence, à une véritable hiérarchie des possibilités nettement favorable au système biomédical dès qu'il est question d'atteintes physiques.

Khénifra (Maroc) est une petite ville dans la zone rurale du Moyen-Atlas. Les habitants y mènent une vie largement moderne. Les pratiques magico-religieuses marocaines ont été longuement décrites depuis la période coloniale mais assez peu de travaux contemporains de bonne tenue leur ont été consacrés, à l'exception de l'étude de Vincent Crapanzano sur les Hamadsha (1973).

Les maladies provenant d'une intervention surnaturelle

Les Marocains, comme beaucoup d'autres peuples, cherchent toujours la ou les cause(s) de leurs maladies ; ces causes ne relèvent pas forcément de l'invisible ou de l'activité de forces maléfiques et sont, le plus souvent, considérées comme naturelles. Cependant, quelle que soit l'étiologie, on croit que les maladies sont d'abord données par Dieu, ce qui semblerait vouloir dire que la maladie, même naturelle, n'a jamais une seule origine : tout ce qui arrive aux gens est censé venir de Dieu car « il est celui qui donne tout, il est puissant sur toute chose », comme le répètent souvent mes informatrices. Mais Dieu n'est pas une étiologie particulière parmi d'autres étiologies. Il n'existe pas un groupe de maladies, à la nosolo-

gie stable, qui seraient les « maladies de Dieu » ; ce sont les maladies considérées comme naturelles qui sont désignées comme « maladies de Dieu ».

C'est ainsi que l'origine maléfique de l'atteinte — les *jnûn*, la sorcellerie et le mauvais œil — exclut la participation divine. La croyance générale dans le fait que toutes les maladies viennent d'Allah ne s'applique donc pas à des maladies contrevenant à l'ordre normal des choses. L'exclusion de la référence à Dieu relève, en même temps, des nécessités de la rhétorique islamique, puisque on ne saurait impliquer Dieu dans une œuvre malfaisante. Toutefois, son exclusion indique qu'il ne constitue pas véritablement un recours thérapeutique. Sa fonction mi-manifeste, mi-latente, serait plutôt de soulager. Au-delà du soulagement, il est clair que la thérapie en elle-même, la matérialité de l'acte, lui échappe : *il guérit mais il n'est pas guérisseur*. Il donne, certes, les maladies mais indirectement, par la médiation du monde naturel. Ce retrait s'explique par la distance dans laquelle l'islam place Dieu par rapport à l'homme (Décobert 1991 : 346). Les atteintes surnaturelles se limitent donc au mauvais œil, aux génies (les *jnûn*) et à la sorcellerie.

Le mauvais œil (el 'ain)

Les hommes, les animaux et même les objets peuvent être frappés par le mauvais œil. Il peut détruire tout ce qu'il atteint, provoquer la fatigue, la maladie ou la mort, des disputes dans les familles, entre des voisins ou des amis, causer la ruine d'un commerce : il peut s'attaquer à tout ce qui relève du bonheur de quelqu'un. Il est donné par n'importe qui, encore que certaines personnes soient plus susceptibles que d'autres de le faire. L'envie suffit à le provoquer. On ne décide pas de le donner, ce n'est une action ni volontaire ni réfléchie. Cette envie néfaste est nommée *al-hsed* (jalousie, envie) en dialectal ou *al-hassad* en arabe classique. Elle est évoquée dans la sourate « L'Aurore » dont le dernier verset se rapporte au jaloux et à sa jalousie. Elle est connue par les Marocains qui craignent le mauvais œil, quand bien même ne savent-ils pas le Coran par cœur (comme c'est, d'ailleurs, le cas de la très grande majorité d'entre eux). Pour se prémunir, ils disent seulement :

« Je cherche la protection du seigneur de l'aube contre le mal qu'il a créé ; contre le mal de l'envieux, lorsqu'il porte envie. »

En même temps qu'il protège, ce verset apporte l'attestation coranique de l'existence du mauvais œil et de la nocivité de l'envie. Mais l'envie n'est pas sa seule origine. On peut aussi donner le mauvais œil en louant quelqu'un sans l'envier ou en lui portant trop d'attention, comme pourrait le faire une mère avec son enfant.

Les dispositifs de protection contre le mauvais œil sont insérés dans les comportements de la vie quotidienne, ce qui alimente la conception persécutive de l'atteinte. L'une des formes de protection les plus utilisées consiste dans la relative dissimulation de ce qui va bien, car le montrer est tenu pour provoquer le mal :

« Je me suis mariée très jeune et j'ai eu une fille d'une grande beauté. Elle avait de grands yeux marrons, des cheveux noirs très longs ; [...] comme j'étais très contente, et aussi naïve, je n'ai pas arrêté de dire à tout le monde que ma fille était très belle, en bonne santé et qu'elle grossissait chaque jour davantage. Un jour après l'avoir mise au lit, je suis allée chercher de l'eau dans le puits ; quand je suis revenue ma fille était morte. Je suis sûre que c'est le mauvais œil qui l'a tuée. Quand j'ai eu ma deuxième fille, elle était aussi belle ; je l'ai cachée, je n'ai jamais parlé de sa beauté à personne. Un jour ma voisine qui est stérile est entrée à l'improviste ; je n'ai pas eu le temps de cacher ma fille. Dès que cette femme l'a vu, elle a dit : « Qu'est-ce qu'elle est belle cette fille ! » Le soir même ma fille est tombée malade et trois jours après elle est morte ; c'était à cause de mauvais œil de cette femme, qui était mariée depuis très longtemps, mais n'avait pas eu d'enfant. »

Ainsi faut-il cacher son bonheur et sa prospérité. On ne laisse donc pas tous ses enfants sortir ensemble, croyance qui semble s'autoriser du prophète Yacub, qui fit entrer séparément ses enfants dans la capitale des Pharaons car, étant très beaux, il craignait pour eux le mauvais œil (Rahmani 1939 : 88). Quand on reçoit sa famille, on évite la présence des étrangers. Parfois, quand on sort en groupe, on amène avec soi une femme laide pour que sa laideur dissimule la beauté des autres, en attirant les regards. Quand on demande à quelqu'un comment il va, il évite de répondre : « Ça va très bien » ; il dit : « *labasse lhamdullah* » (ça va, louange à Dieu), ou simplement : « *al-hamdû li-Allâh* » (louange à Dieu). Quand quelqu'un se sent bien, il prononce cette formule. Quand on touche un nouveau-né on dit : « *bismi Allâh* » (au nom de Dieu). Et, quand on veut exprimer de l'admiration pour quelqu'un ou pour quelque chose, on dit : « *as-salat'ala an-nabi* » (bénédiction et salut à notre Prophète) ou « *tbark Allah* » (que le nom de Dieu soit béni).

Ce sont les invocations (*du'â'*) du nom de Dieu et de son Prophète qui servent à se protéger et à protéger autrui du mauvais œil. L'utilisation de ces phrases témoigne, en outre, de la bonne éducation de la personne qui les prononce, car elles font partie des formules de politesse qu'on utilise même si l'on ne croit pas au mauvais œil.

Pour se protéger, on recourt aussi à des bijoux en or ou en argent qui ont la forme d'une main ouverte (que les Français appellent « la main de Fatma »), d'un Coran ou d'une plaquette sur laquelle est écrite la *Fâtiha* ⁶⁴. On porte un *hirz* ou *hjab* (talisman), confectionné par un *fqih* ou acheté dans un sanctuaire, ou encore une *srira*, petit sac contenant du *peganum harmela* et de l'alun qui protège principalement les enfants et les femmes enceintes. On accroche sur les murs des images sur lesquelles figurent un œil ou deux ou une main ouverte, des tableaux comportant des sourates, ou un fer à cheval à l'entrée d'une maison. On fait également des fumigations après la visite d'une personne qui a trop fait de compliments, qui pose beaucoup de questions, qui fixe tous les objets et tout le monde ou qui soupire. On fait aussi des gestes pour se protéger, par exemple plier la langue dans sa bouche ou ouvrir sa main discrètement dans la direction de celui qui est soupçonné donner le mal, comme pour le renvoyer. On récite des versets du Coran ou l'on prononce des phrases magiques comme « *'ainik fiha 'ûde* » (un bâtonnet dans tes yeux), « *khmsa fi'ainik* » (cinq dans tes yeux), « *khmsa 'la 'ainik* » (cinq sur tes yeux), « *khmsa wa khmis wa-lyum al-khmis* » (cinq et jeudi, aujourd'hui nous sommes jeudi ⁶⁵).

Mais, comme forme symbolique insérée dans un contexte local marocain, le mauvais œil sert aussi à exprimer la tension potentielle des relations sociales. Sociologiquement, cette fonction l'emporte sur les autres car elle contribue à la mise en forme des relations interpersonnelles. Le mauvais œil rappelle que l'on est toujours sous le regard d'autrui et que les relations que l'on entretient avec les autres sont potentiellement conflictuelles, ainsi que le remarque plus généralement Geertz : « Il n'est pas possible de décrire ici le ton général des relations interpersonnelles au Maroc de façon la moins du monde concrète ; je peux seulement prétendre, et espérer être cru, qu'il est avant toute chose combatif, une

⁶⁴ Il s'agit de la première sourate du Coran.

⁶⁵ Qui est le cinquième jour de la semaine dans les pays arabo-musulmans.

épreuve constante de volontés où les individus luttent pour s'emparer de ce qu'ils convoitent, défendre ce qu'ils ont, et recouvrer ce qu'ils ont perdu » (Geertz 1986 : 144).

À Khénifra, comme dans l'ensemble des petites villes du Maroc, les égaux ⁶⁶ entretiennent des relations compétitives, chacun s'efforçant de faire mieux que l'autre. Cette attitude se manifeste, par exemple, dans les fêtes de mariage, dans l'achat de voitures, dans la façon de s'habiller ou d'entretenir sa maison. Les gens montrent souvent plus qu'ils ne possèdent réellement, et vont jusqu'à s'endetter afin de donner une image flatteuse. Ils recherchent une célébrité locale, ils veulent que toute la ville parle de leur réussite. Ceci paraît contradictoire avec la nécessité, reconnue par tous, de cacher les avantages pour échapper au mauvais œil. Suivant les circonstances, pour figurer en bonne place dans la compétition sociale, ils montrent ce qu'ils savent devoir dissimuler tout en ayant conscience qu'ils prennent un risque. Car donner à voir, c'est s'exposer au mauvais œil : on craint parce qu'on possède. Le constat du risque n'est que la conséquence du sentiment que l'on a de sa propre valeur ; l'un et l'autre sont liés. C'est pour cela que l'on se moque, au Maroc, de quelqu'un qui craint le mauvais œil sans rien posséder : il se surestime.

La crainte généralisée de la réversibilité du bien en mal rappelle que les avantages obtenus sont toujours, d'une certaine manière, obtenus contre autrui. Ils impliquent la confirmation ou le réaménagement de la hiérarchie sociale et soulignent, par un effet de contraste, la situation défavorable des autres. Le mauvais œil est ainsi l'expression des antagonismes mais, en même temps, il contribue à en modérer les effets puisqu'il impose une limite à ce que l'on peut montrer. Il offre aussi une compensation symbolique à l'inégal partage des avantages et des désavantages. Cette compensation peut cependant se retourner contre les personnes défavorisées lorsque leur situation s'améliore. C'est même ici que le risque apparaît le plus grand. Mère de famille, Rqia, raconte :

« C'est à cause du mauvais œil que j'ai perdu trois de mes enfants. Depuis que j'habite cette maison, je n'ai eu que des malheurs. Ma fille qui était âgée de vingt-cinq ans est morte pendant l'accouchement, elle a laissé deux petites filles. Deux ans après c'est

⁶⁶ Il est, en effet, bien évident, qu'il ne peut y avoir de compétition qu'entre égaux.

mon fils qui est mort dans un accident de voiture, il avait vingt-quatre ans et il faisait ses études à l'université. Il y a trois ans, c'est un autre de mes fils qui est mort asphyxié ; il avait dix-neuf ans. »

L'explication de la mort par le mauvais œil est admise par Rqia, ses parents et ses voisins. Tous ses proches ont dit que sa famille était frappée par le mauvais œil à cause de la réussite sociale de ses enfants. En effet, elle était pauvre ; elle habitait une maison très modeste, dans un quartier populaire. Les enfants, après avoir fait leurs études, ont obtenu des postes importants, ce qui leur a permis d'acheter une nouvelle maison dans un meilleur quartier. Le changement visible de situation rend aux yeux de tout le monde la famille particulièrement exposée aux atteintes du mauvais œil, ce qui justifie la crainte de Rqia. Quand elle l'exprime, personne ne la condamne. Les gens disent, au contraire : « elle a raison d'avoir peur après tout ce qu'elle a eu ». Le fait de quitter une catégorie sociale défavorisée pour s'agréger à une autre, plus élevée, est interprété, à l'instar de tous les changements d'état (Bourdieu 1980 : 374-383), comme un passage particulièrement dangereux. Dans ce cas, on présume que le danger vient du groupe dont on est issu et dont les membres éprouveraient une envie d'autant plus forte qu'ils n'ont pu en faire autant, tout en étant dans les mêmes conditions de départ. En fait, on pense que la rupture de la parité est dangereuse en elle-même, parce qu'on se singularise. Pour autant, il ne s'agit pas d'une critique de l'individuation : réussir est un objectif social admis et partagé : souligner la dangerosité du changement ne constitue pas une désapprobation.

Cependant, le mauvais œil n'exprime pas seulement la conflictualité inhérente aux relations compétitives, il sert aussi à exprimer des conflits liés aux relations de parenté ou de voisinage.

Des antagonismes latents entre membres d'une même famille peuvent être manifestés par un discours sur le mauvais œil, ainsi qu'en témoigne Zahra :

« Depuis que je sais que ma cousine me frappe du mauvais œil, je ne lui dis plus rien, je lui cache tout ce que je fais. Avant je ne faisais pas attention, je ne savais pas qu'elle avait le mauvais œil, mais chaque fois, quand je lui dis que je vais faire quelque chose, la chose ne se réalise jamais. Quand je voulais passer mon permis de conduire je le lui ai dit et je ne l'ai pas eu, quand j'ai voulu passer le concours d'institutrice, elle n'a pas arrêté de me dire : « Toi, tu va réussir, tu as toujours eu ce que tu voulais ». Alors je ne l'ai pas eu. »

Zahra a des problèmes mineurs qui sont le lot commun et qu'elle n'attribuerait habituellement pas au mauvais œil. Mais, comme sa cousine est toujours chez elle et qu'elle ne supporte plus son attitude malheureuse, elle est portée à négliger l'aspect normal de ce qui lui arrive pour en faire la conséquence de l'attitude de sa cousine. Car ce qui la détourne de trouver une cause naturelle aux difficultés qu'elle rencontre ne tient pas aux faits eux-mêmes. On peut rater un concours, l'épreuve du permis de conduire, et une femme peut se disputer avec son mari sans que cela soit signe d'influence maligne. Pour y voir ce signe, il faut intercaler entre les faits et leur conclusion normale une autre évidence préalablement construite. Dans ce cas précis, le fait que Zahra attribue ses maux à l'œil maléfique, n'est pas avancé d'une façon arbitraire mais suit la logique culturelle de l'atteinte : les problèmes se manifestent quand la cousine est présente ; celle-ci se lamente tout le temps en soupirant et Zahra estime que sa situation est supérieure à celle de sa cousine qui correspond de ce fait au stéréotype de la personne qui donne le mauvais œil. Bien que Zahra soit persuadée que sa cousine porte malheur, elle ne peut l'en accuser ni rompre avec elle parce qu'elle tient à conserver de bonnes relations avec sa famille. Mais ce n'est qu'une apparence. La véritable raison de son silence comme de l'accusation de donner le mauvais œil, tient à l'impossibilité d'exprimer, sans excuse magique, donc ouvertement, l'hostilité qu'elle éprouve à l'endroit d'une parente proche qu'elle ne peut éviter et envers laquelle elle éprouve aussi de la compassion. Elle souligne ce que la personne qu'elle est a d'insupportable et aussi de repoussant, puisqu'elle lui suppose une véritable mauvaiseté intérieure. En même temps, elle l'en excuse puisqu'elle l'attribue à un mal magique qu'elle ne peut entièrement contrôler. Affligée et porteuse d'affliction, la cousine voit sa part détestable évoquée sur une autre scène que celle des relations familiales, qui doivent demeurer stables. À l'instar de la sorcellerie ou de la possession, le mauvais œil apparaît ici comme un moyen de désocialisation des conflits. Son champ d'application n'est pas seulement la maladie.

Les génies (el jnûn)

Il s'agit d'être surhumains, habitant dans le voisinage des hommes. La littérature les concernant est très vaste mais compliquée et peu claire, ce qui ne me permet pas de donner une définition exacte de leur nature, pour autant que cela soit possible. Il importe également de les distinguer de Satan (*chaytan*) et des *'afarit*,

ce qui semble encore plus difficile ⁶⁷. Dans *Les Structures du sacré chez les Arabes*, Chelhod (1964 : 67-92) tente d'opérer cette distinction sans y parvenir, vraisemblablement à cause de la multiplicité et du flou des sources islamiques. Selon lui, les *jinn* relèveraient du « sacré anonyme ». Cette définition ne correspond pas à la façon dont les Marocains les considèrent puisqu'ils les personnifient. De leur point de vue, ce sont des êtres généralement tenus pour invisibles mais qui peuvent se manifester sous diverses formes aux humains. En général, ils sont considérés comme des créatures maléfiques qui attaquent les hommes et provoquent des maladies graves, difficiles à guérir. Ces maladies sont appelées *sar'*, et celui qui en est atteint dénommé *masrû'*. Le mot *sar'* désigne l'inclination pathologique du visage sur un côté ainsi que la folie, les paralysies, l'épilepsie... Il désigne aussi les séances ou les pratiques auxquelles on a recours pour guérir le *masrû'*.

Ils peuvent se manifester sous diverses formes ; animale : chats, chiens, chèvres, et on ne se hasarde donc pas à frapper l'un de ces animaux, surtout la nuit ; ou humaine mais avec des pieds de chèvre, comme Aïcha Qandicha qui se promène la nuit sous l'aspect d'une belle femme afin de rassasier son appétit sexuel en séduisant des hommes. Cette *jnniya* serait, selon Westermarck (1935 : 33), la déesse de l'amour, Astarté, qui était vénérée par les Cananéens, les Hébreux et les Phéniciens. Une autre forme attestée d'apparition d'une *jnniya* est la « mule de cimetières ». Suivant une légende marocaine, Dieu transformerait certaines veuves en *jnniyat*, le soir. S'il leur arrive d'avoir des relations sexuelles, Dieu les châtie en les transformant en une sorte de *jnniya* qui garde une forme humaine, mais qui devient très grande avec des pieds de chèvre et qui erre le soir dans les cimetières, traînant des chaînes après elle. On l'appelle « *bralt liqbur*, » (la mule des cimetières).

Afin de respecter une cohabitation harmonieuse avec les *jnûn* et d'éviter, ainsi, les maladies et les malheurs, il existe tout un ensemble de règles qui indiquent

⁶⁷ Les Egyptiens, par exemple, semblent ne pas distinguer les '*afarit* (démons malfaisants) des *jnûn* : « ... j'ai constaté que les paysans emploient indifféremment les mots *ginn* ou '*afarit* ; ce dernier est le plus courant. On croit que les '*afarit* sont des êtres ignés, et qu'ils furent créés bien des millénaires avant Adam. Les gens désirant nuire à autrui peuvent les choisir comme auxiliaires ; ils peuvent aussi entrer spontanément dans le corps d'un individu occupé à faire du mal ; car en agissant ainsi il s'est exposé ou même offert à cette possession... » (Blackman 1948 : 194).

ce qu'il convient de faire et de ne pas faire. Quand on s'installe dans une nouvelle maison, il faut sacrifier un animal à l'entrée. On doit évoquer les noms de Dieu et de son Prophète chaque fois que l'on entre aux toilettes, au hammam ou dans les abattoirs qui sont constamment hantés. Il ne faut pas verser de l'eau bouillante par terre ou dans les égouts, afin de ne pas brûler les *jnûn* qui y séjournent. Il ne faut pas dormir ou s'asseoir au seuil de la maison et à l'entrée des chambres, qui sont leur propriété. Il ne faut surtout pas laisser les bébés seuls car la *jnniya* nommée *Umes es-sebyân*, « la mère des enfants », risque de les rendre malades ou laids. Pour cette raison on appelle l'enfant victime de cette *jnniya* « *lmbidil* », « celui qu'on a changé ». Fréquenter la nuit, solitaire, les rivières, les sources, les lacs, les forêts et les montagnes et, en général, les endroits humides non habités, représente un risque majeur, car c'est une violation de l'espace et de l'intimité des *jnûn*. On dit que les *jnûn* ne touchent pas celui qui ne les provoque pas ; mais, dans le cas contraire, leur vengeance est redoutable : ils frappent la personne, c'est-à-dire qu'ils la possèdent, provoquant chez elle un handicap physique ou psychologique.

Les cas de possession les plus typiques sont ceux où une personne commence à se comporter d'une façon « bizarre », à errer pendant la nuit, à se réfugier dans des sanctuaires, à refuser de parler, à présenter des traces sur le corps au réveil, à tenir des propos insensés, à adresser la parole à quelqu'un d'invisible, à avoir l'impression d'être étranglée, perd conscience, entre en crise, crie, s'arrache les cheveux, se tord dans tous les sens, les traits du visage et les membres déformés. Parfois aussi, durant ces crises, elle parle comme une voyante ; elle évoque le passé, le présent et l'avenir des gens présents. Ces crises sont provoquées par un énervement quelconque, par certaines musiques ou par des odeurs. Mais tous les malades qui attribuent leurs maladies aux *jnûn* ne sont pas forcément possédés, car le *jin*, dans certains cas, donne la maladie et quitte le malade. C'est ce que l'on dit, par exemple, des personnes atteintes d'une paralysie. Les possédés ne sont d'ailleurs pas constamment habités et dirigés par les *jnûn*, à part les « fous ». On remarquera que les *jnûn* ne donnent pas n'importe quelle maladie, mais principalement des maladies liées à des « états mentaux » ou à des troubles de conduite. Ici, et contrairement à ce qui s'observe pour le mauvais œil et la sorcellerie, les catégories nosologiques et étiologiques sont liées.

La sorcellerie (al shûr)

En dialectal marocain, « *shûr* » désigne tous les rites qui provoquent des changements néfastes dans l'état des personnes, qu'il s'agisse de leur bien-être, de leurs sentiments, de leurs comportements ou de leur santé. Du point de vue de l'orthodoxie islamique, la sorcellerie est *haram* (illicite), malgré une certaine ambiguïté dans la position du *fiqh*, puisque son utilisation pour le bien n'encourrait pas toujours de réprobation. De même l'utilisation de formules pour guérir comme pour prévenir peut s'autoriser de la tradition prophétique : Mohammed utilisait des exorcismes et recourait à des attouchements afin de soigner, comme en témoigne le chapitre de Bokhari consacré à la médecine (El-Bokhari 1908-1914, t. IV : 76-81 ⁶⁸, Doutté 1984 : 343). Toutefois les formules dites par le Prophète se limitaient à l'évocation de Dieu et ne contrevenaient à aucun interdit ⁶⁹. En revanche, toute une suite des *ahâdith* (plur. de *hadith*) est consacrée à la condamnation de la magie quand elle provoque le mal et quand le magicien s'attribue des pouvoirs qui n'appartiennent qu'à Dieu (Doutté 1984 : 337, Bousquet 1949-1950 : 232). La liaison sorcellerie / magie et polythéisme est évidente dans le *hadith* suivant : « D'après Abou-Horeïra, l'Envoyé de Dieu a dit : « Abstenez-vous des choses funestes » : l'attribution d'associé à Dieu et la magie » (Bokhari 1908-1914, t. IV : 86).

Cette division implicite de la magie en magie licite et en magie illicite a conduit Doutté à la conclusion suivante : « Ainsi la magie pure a été accueillie officiellement par l'Islam et la sorcellerie ici ne se distingue uniquement de la religion que parce qu'elle est interdite et n'est pas exercée au nom de Dieu » (Doutté 1984 : 345).

⁶⁸ « Selon Aïcha, l'envoyé de Dieu employait la formule magique suivante : « Dissipe le mal, seigneur des hommes, la guérison est entre tes mains et nul autre que toi ne saurait découvrir (le remède). »

« Aïcha a dit : « Le Prophète exorcisait l'un des siens en le frottant de sa main droite (et en disant) : « Chasse le mal, seigneur des hommes, guéris, car tu es celui qui guérit. Il n'y a d'autre guérison que la tienne, c'est une guérison qui ne laisse pas la moindre maladie. »

⁶⁹ Contrairement au sorcier qui passe pour utiliser des formules coraniques mais en procédant à des inversions ou à des souillures rituelles.

Non sans raisons, il évite de présenter la magie et la sorcellerie comme faisant partie d'un système religieux étranger ou opposé à l'islam. Elles s'inscrivent dans l'islam, qu'elles soient considérées comme autorisées ou interdites ; dans ce dernier cas, en effet, leurs utilisateurs ne prétendent pas qu'ils s'agit d'une religion différente mais tentent, au contraire, d'islamiser les rites auxquels ils recourent. En ce sens, quoique la sorcellerie puisse être considérée défavorablement, voire condamnée, elle se pose seulement comme un péché et ses pratiquants ne cessent pas de se considérer musulmans.

La sorcellerie met en œuvre, soit des rites oraux, soit des rites manuels, soit les deux à la fois. Les rites oraux consistent en la récitation de formules magiques pour obtenir ce qu'on désire ; par exemple, quand on a peur de la colère de quelqu'un, on dit : « *zurba min tint ummuk tqfil fummik* » (un poil du sexe de ta mère ferme ta bouche), ce qui est censé empêcher la personne de faire des reproches. Ces formules sont très répandues ; elles s'utilisent en général à la hâte, à l'occasion d'événements imprévus.

Les rites manuels sont des préparations obtenues en mélangeant des éléments minéraux, végétaux ou humains : la tortue, le caméléon, la peau du lézard, l'œil de la huppe, la cervelle de la hyène, l'œil de l'hirondelle, les cornes de la chèvre ou du bouc, la rue, la coloquinte, l'armoise, l'astragale ainsi que plusieurs variétés d'herbes et même des fruits comme la pomme, l'orange et le citron, du mercure, du fer, du sel, de l'alun, ainsi que le sang d'une personne morte dans un accident. Les ongles, les cheveux, les peaux mortes et l'urine même de la personne que l'on veut ensorceler sont, tour à tour, utilisés.

Mes informatrices m'ont procuré un certain nombre de recettes qui circulent aussi, avec quelques variantes, dans des livres en arabe édités au Liban ou en Égypte. Selon les libraires qui les vendent à Khénifra, ils ne sont achetés que par des *fūqaha* (plur. de *fqih*). Les femmes ne lisent donc pas ces ouvrages et les recettes qu'elles utilisent sont transmises oralement, soit entre amies, soit obtenues d'un *fqih*. Beaucoup d'entre elles concernent les rapports entre époux.

« Prendre ses propres ongles, les mélanger avec les ongles d'une huppe, puis brûler l'ensemble et le faire manger à l'homme désigné.

« Prendre la tête d'un corbeau, lui enlever la cervelle et mettre à la place un peu de terre sur laquelle l'homme désigné a marché, plus le fumier d'un âne, plus sept graines d'orge ; puis enterrer l'ensemble

dans un endroit où personne ne risque de passer. Quand l'herbe pousse de quatre doigts, il faut l'arracher, l'écraser entre les mains, s'essuyer tout le corps avec et le lui faire manger.

« Prendre un citron, mettre dedans un morceau de torchon qui a servi à essuyer le sperme, l'arroser avec de la soude caustique puis enterrer l'ensemble dans un carrefour.

« Prendre le mouchoir avec lequel l'homme s'est essuyé après un rapport sexuel, le couper en sept morceaux qu'il faut faire bouillir toute une nuit. »

Les maladies attribuées à la sorcellerie sont particulièrement nombreuses, les plus répandues étant : *tûkâl*, *tqâf* et *chime*. *Tûkâl* désigne l'état d'une personne malade à cause de la sorcellerie qu'elle a absorbée. Le *tûkâl* est assimilé à un empoisonnement, même si le but n'est pas de provoquer la mort. On dit couramment « *mwikkil wa msimim* » (on l'a fait manger et on l'a empoisonné). Parfois, « on fait manger » de la sorcellerie à quelqu'un dans le seul but d'altérer sa santé mais, le plus souvent, on le fait pour changer son comportement, la maladie étant un effet secondaire non recherché. Mes informatrices sont conscientes que la sorcellerie que l'on fait manger ou boire a presque toujours des conséquences physiques sur l'ensorcelé.

Est considéré comme *mwikkil*, celui ou celle qui manifeste des symptômes physiques ou psychologiques : des maux d'estomac ou d'intestins accompagnés de vomissements constants, une fatigue permanente, la chute des cheveux, la perte d'appétit, la maigreur, la perte de mémoire, le fait de se sentir « être ailleurs ».

Le *tqâf* est la sorcellerie qui passe pour provoquer l'impuissance sexuelle, la stérilité et le célibat. Au lieu de dire qu'un homme est impuissant, on dira de lui qu'il est *mtiqaf*. Dans ce cas, *tqâf* est synonyme d'impuissance et permet d'éviter de nommer le mal en lui-même. L'impuissance provoquée par *tqâf* est une croyance particulièrement répandue. Elle peut être partielle, l'homme ne pouvant avoir des rapports sexuels qu'avec son épouse ou sa maîtresse, mais elle peut aussi être totale. Quand l'homme est divorcé ou veuf, on accuse la femme dont il a divorcé ou celle qui est morte, sinon on accuse une maîtresse ou une femme qui désirait l'épouser. Mohammed Boughali estime qu'environ 30 % des patients de l'hôpital neuropsychiatrique de Marrakech attribuent leur maladie au *tqâf* et, plus généralement, à la persécution féminine.

Dans certains cas, on supplie la femme qui est censée rendre l'homme impuissant de le libérer du *tqâf*. Le *tqâf* désigne aussi les pratiques auxquelles les mères recourent pour que leur filles restent vierges jusqu'au mariage. La plus connue consiste dans le fait de prendre du fil de tissage que l'on est en train d'utiliser, de mesurer la fille et de couper l'équivalent de sa taille. Selon mes informatrices, un homme sera incapable d'avoir des relations sexuelles avec une femme qui a le *tqâf*, soit qu'il devienne momentanément impuissant quand il essaye, soit que l'hymen de la fille soit trop dur pour être pénétré. Le *tqâf* qui provoque la stérilité est considéré comme très dangereux parce qu'il est très difficile à guérir, voire incurable. Pour le donner, il faut prendre un des vêtements que la femme qu'on veut ensorceler a portés lors de son mariage, y mettre des ingrédients magiques et enterrer le tout dans un tombeau à qui personne ne rend visite, en répétant trois fois : « telle, fille de telle, tu seras comme une mule, tu ne donneras ni lait ni beurre ». La femme ensorcelée sera guérie de sa stérilité si elle trouve le lieu où est enterré son vêtement ou si elle recourt à certaines pratiques magiques.

Chime vient du verbe *chama* qui veut dire sentir. C'est une maladie qui atteint les enfants en bas âge, surtout de la naissance jusqu'au quarantième jour, selon les uns, ou de la naissance jusqu'à ce que les dents poussent, selon les autres. On dit que sa cause est *çrra*, une petite bourse contenant des ingrédients de sorcellerie. C'est le fait de sentir les odeurs de ces produits qui provoque l'atteinte. Les symptômes en sont « les os de la tête séparés ou ouverts », des vomissements accompagnés de diarrhée, des pleurs et des cris constants ou, au contraire, une attitude trop sage et silencieuse, un amaigrissement rapide. Rendre visite à une famille qui a un enfant en bas âge en portant avec soi de la sorcellerie est une façon d'en tester : si l'enfant tombe malade après ou pendant la visite, c'est que la sorcellerie est forte et efficace. Pour la guérison ou pour la prévention du *chime*, on met un peu de sang du mouton de *al'ideal-kibir* sur la tête de l'enfant ou on mélange le sang du mouton de *al'ide* avec du safran, des clous de girofles, de l'huile d'olive ou l'eau de fleur d'oranger et on l'étale sur le corps de l'enfant. On a aussi recours aux guérisseurs qui appliquent des pointes de feu ⁷⁰ sur le front et le ventre du

⁷⁰ Avant, l'application des pointes de feu était réelle. Actuellement le guérisseur fait rougir à la flamme un petit bâton ou un papier bleu roulé (qui sert d'emballage au pain de sucre) puis il fait comme s'il l'appliquait. L'enfant doit sentir la chaleur mais il ne doit pas être brûlé.

malade. Le *chime* ne rend pas seulement les enfants malades mais passe aussi pour provoquer leur mort.

À l'instar du mauvais œil, la sorcellerie met en scène les antagonismes sociaux, et principalement les rivalités amoureuses, à travers une conception persécutive de l'atteinte. Mais elle ne sert pas d'abord à expliquer les troubles physiques car, à part quelques atteintes qu'elle provoque directement, c'est de manière indirecte qu'elle occasionne la maladie. La sorcellerie sert à expliquer une certaine forme d'instabilité dans les relations entre les sexes. Notons pour finir qu'elle ne relève pas, comme on pourrait le croire, du secteur traditionnel de la société marocaine. Elle suit le changement social. On assiste actuellement à l'introduction de nouveaux matériaux dans la confection des recettes magiques, tels les morceaux de disques et les produits destinés à déboucher les installations sanitaires. La pharmacopée populaire introduit de nouveaux éléments en les détournant de leur utilisation première : une pommade ophtalmique qu'on mélange avec du coca-cola pour calmer les douleurs provoquées par les menstrues ; de l'aspirine écrasée qu'on met sur des rondelles de citron et qu'on place ensuite sur les tempes en les faisant tenir avec un foulard afin de calmer les maux de tête ; du dentifrice utilisé contre les brûlures ; de l'huile de vidange utilisée pour favoriser la repousse des cheveux, surtout après la teigne. Taoufik Adohane a mentionné la même évolution dans son article consacré à ce qu'il nomme *la pharmacopée métissée*. Il ajoute que plusieurs substances d'origine étrangère font partie intégrante des pharmacopées locales : « Notons que la pharmacognosie marocaine répertorie plusieurs drogues traditionnellement importées d'Orient, d'Extrême-Asie, d'Afrique et d'Espagne » (Adahone 1990 : 63).

*Les agents de la médecine traditionnelle :
la voyante (chuwwafa), le fqih et le saint*

La traduction littérale du terme *chowwafa* est « celle qui voit ». Équivalente de la voyante et de la cartomancienne professionnelles, elle pratique aussi la sorcellerie. Elle est également appelée *kâhina*, ce qui veut dire « prêtresse » dans un sens péjoratif. On lui donne aussi un nom dérivé de la technique de divination qu'elle utilise. Par exemple, celle qui se sert de cartes est *mulât al-karta* (celle qui possède les cartes) ; celle qui utilise le henné, est *mulât al-hinna* (celle qui possède le henné). En général, les *chuwwafât* (pluriel de *chuwwafa*) appartiennent à des

milieux pauvres et habitent des quartiers périphériques. Elles sont souvent divorcées ou ont été mariées plusieurs fois. Elles exercent leur métier parce qu'elles sont possédées par un *jin*. Selon les croyances, les femmes auxquelles un *jin* donne la voyance n'ont pas eu, le plus souvent, la possibilité de choisir ; elles sont obligées de devenir voyantes, sinon elles tombent malades et subiront toute une série de malheurs : être malade ou avoir des malheurs après avoir refusé de devenir voyante est considéré comme une punition infligée par le *jin* possesseur. Ce même phénomène se retrouve dans plusieurs sociétés.

Bien que la divination soit mal vue, elle n'est pas cachée. On sait qu'elle est largement pratiquée ; on connaît généralement l'adresse de plusieurs voyantes ; on parle de celles qui sont compétentes et de celles qui sont « menteuses et qui racontent n'importe quoi ». Dans les situations de crise, on conseille d'aller chez l'une ou chez l'autre. Mais on n'aime pas être vue chez elles car elles constituent un groupe marginal, pour deux raisons : 1) parce que derrière le nom *chuwwafa* il y a celui de *shara* (sorcière) ; 2) parce que le fait de la fréquenter veut dire qu'on est soi-même une *shara* ⁷¹. Quand on va chez une voyante, c'est peut-être pour demander une simple divination mais aussi pour apprendre ou se faire confectionner des recettes de sorcellerie. Les *chuwwafat* forment ainsi un groupe socialement déqualifié par sa propre qualification, contrairement à ce qui se passe dans d'autres sociétés où le devin occupe certes une position à part, mais valorisée au sein de la hiérarchie sociale. Au Maroc, au contraire, la qualification professionnelle augmente même en fonction de la déqualification sociale, puisque que les Juifs passent pour les sorciers les plus efficaces. En ce sens la marginalité (relative) n'est pas seulement une conséquence de l'activité du sorcier, elle est aussi la mesure de son efficacité.

Les recettes de sorcellerie qu'on considère comme légères, c'est-à-dire celles qui ne nuisent à personne, par exemple celles qui facilitent le mariage d'une jeune fille, l'amour d'un mari pour sa femme ou les recettes utilisées pour guérir les maladies, ne sont pas cachées. La voyante peut donner, sans crainte, des conseils sur ces sujets devant plusieurs personnes. En revanche, les recettes de sorcellerie relevant de la volonté de nuire à autrui — par exemple, faire divorcer un couple,

⁷¹ On nomme aussi *shara* des femmes qui ne sont pas professionnelles mais qui confectionnent leurs propres recettes de sorcellerie.

rendre quelqu'un malade ou lui faire le *tqâf* — sont toujours dites en secret, parce que les voyantes ne veulent pas avoir la réputation d'être des sorcières et les patientes non plus. La sorcellerie nuisible est pratiquée dans la discrétion totale, pour des clients qui viennent souvent chez elle et qui l'ont prise comme confidente, ou pour des consultantes accompagnées par une personne que la voyante connaît. La voyante prépare la sorcellerie chez elle ou chez sa cliente, seule ou en sa présence. Parfois, elle demande à celle-ci de se procurer les ingrédients nécessaires, en lui indiquant les lieux où elle peut les trouver et en lui donnant ceux qui sont difficiles à se procurer ou qui ne se trouvent pas chez les herboristes. La patiente fournit le prénom de la personne à qui elle veut faire la sorcellerie ainsi que celui de sa mère et des objets appartenant à cette personne.

Le *fqih* est aussi appelé *talib*. C'est un personnage ancien dans la société marocaine dont la légitimité est religieuse : il est censé pouvoir réciter le Coran par cœur et connaître les *ahâdîth*. Les *fuqaha* (plur. de *fqih*) dont il est ici question ne sont pas des docteurs de l'islam comme ceux formés à l'école quarawiyyine, qui possèdent le titre officiel de « *alim* » ou de « *faqih* ». Jadis, la fonction principale du *fqih*, était d'enseigner le Coran aux enfants ; il exerçait son métier dans une petite boutique ou dans une maison (*jami'* ou *mssid*) meublée de nattes. Enseignant le Coran, il était aussi l'éducateur par excellence ; s'il rencontrait un enfant jouant dans la rue, celui-ci se cachait vite par crainte du châtement que lui infligerait le *fqih*. Le *fqih* était rémunéré pour cette fonction et nourri par les parents des élèves. Lettré, il était aussi écrivain public. Il récitait le Coran lors des fêtes et des deuils. Il avait un rôle de conseiller en matière de religion et de lois coraniques. C'était à lui qu'on recourait pour aider un agonisant à prononcer la *shahada* (c'est-à-dire la profession de foi) avant de mourir et pour lui lire des sourates du Coran. Une autre fonction du *fqih*, ambiguë celle-là, était la confection des *hrûz* (amulettes) pour guérir les maladies ou pour protéger du mauvais œil comme de la sorcellerie et remédier à leurs effets. Il exorcisait aussi les possédés en crise en utilisant le Coran.

Depuis que l'école « moderne » a remplacé l'école coranique à Khénifra, le *fqih* ne jouit plus de son ancien statut valorisé. Il se contente de réciter le Coran dans les mariages, lors des deuils ou des *sadaqa* (aumônes) et de confectionner des amulettes. Quant on fait appel à lui, ce n'est pas seulement pour son savoir religieux mais aussi pour son savoir de sorcier. En fait, son statut est ambigu : on

le respecte et on le tourne en dérision. On raconte, par exemple, des anecdotes sur sa gourmandise. Cela vient du fait qu'il est toujours nourri lorsqu'il est invité pour réciter le Coran lors des fêtes, des deuils et de *sadaqa* (aumône). Durant ces repas, les *fuqaha* passent pour manger beaucoup. Ils ont une réputation de « pique-assiette ». À cela s'ajoute une réputation de « dragueur », d'homme qui couche avec les femmes qui viennent le consulter, d'autant plus forte que certains *fuqaha* prétendent que le fait d'avoir des relations sexuelles avec eux est une nécessité thérapeutique. Dans ce cas, le *fqih* dira qu'il faut qu'il écrive une formule sur son sexe et l'efface dans celui de la consultante. Ce procédé suit parfaitement celui, infiniment plus courant, qui consiste à écrire des formules sur un support puis à diluer cette écriture et à boire le liquide de dilution.

Pour les Khénéfri, les « vrais » *fuqaha* sont donc ceux qui n'utilisent que la parole de Dieu, les préceptes de son Prophète et qui fabriquent des amulettes.

Les *fuqaha* sont ainsi opposés aux *chuwwafat* qui passent pour utiliser des procédés sataniques, contraires à l'islam et perdurant depuis la période anté-islamique. Mais on n'oppose pas en bloc tous les *fuqaha* aux voyantes, car un certain nombre d'entre eux sont connus pour user de la sorcellerie autant que de la parole divine. On les dénomme, certes, *fuqaha* mais ils n'en ont que l'appellation. On les considère, en fait, comme des sorciers.

La qualification de « sorcier » est ainsi partagée par la voyante et le *fqih*, en fonction de ce qu'ils font ; elle n'est pas liée au sexe. Ce qui distingue radicalement le *fqih* de la *chuwwafa* n'est donc pas l'utilisation de la sorcellerie mais la modalité de leur recours aux *jnûn* pour faire de la sorcellerie. Car, si ces deux catégories d'agents reçoivent leur aide, ils ont une position différente vis-à-vis d'eux. Ceci provient de ce qu'ils n'acquièrent par leur savoir magique de la même façon : pour la voyante c'est par la possession et pour le *fqih* par l'apprentissage. Selon les croyances vernaculaires, la voyante est considérée comme une « victime » des *jnûn*, ce sont eux qui la manipulent. Au contraire, le *fqih* manipule les *jnûn* et se sert d'eux grâce à son apprentissage coranique, sans qu'il en soit possédé. Le savoir religieux lui permet de les dominer. Cette domination est admise par l'islam orthodoxe. Grâce à son savoir religieux, le *fqih* peut faire appel aux *jnûn* chaque fois qu'il en a besoin comme il peut leur ordonner de partir. Mais le *fqih* sorcier et la voyante considèrent aussi que tout ce qu'ils font est réalisé grâce à la volonté divine. L'un et l'autre commencent toujours par évoquer les noms de

Dieu et de son Prophète. Bien qu'ils s'adressent à des êtres invisibles, ils estiment que Dieu est la divinité suprême.

La notion de « saint » recouvre aussi bien les saints vivants — *churfa*, descendants du Prophète ou hommes pieux — que les sanctuaires qui leur sont consacrés. Aujourd'hui, le culte des saints se limite aux sanctuaires et ce que les pèlerins viennent y chercher est la *baraka* du saint. Le mot *baraka* s'applique à un amalgame : il est à la fois bénédiction, chance, abondance et distinction. Les définitions de la *baraka* sont nombreuses, et ne sont pas toujours satisfaisantes.

Selon Christian Décobert, la *baraka* est un fait de distinction : « ... les occurrences de la reconnaissance de la *baraka*, autrement dit, les occasions qu'avait l'homme musulman de prétendre qu'elle se manifestait (prière, naissance, circoncision, mariage, etc.) et les personnes sur lesquelles il pensait qu'elle se déposait (le saint, le descendant du Prophète), n'étaient jamais que les marques d'un repérage institutionnel. [...] Certaines prescriptions fondamentales sont ritualisées, certains gestes économiques clés pour la cohésion du groupe de solidarité sont ritualisés : le sacré, la *baraka*, atteint ceux qui les accomplissent. La croyance au sacré, à la *baraka*, n'est plus alors pour l'homme musulman que la reconnaissance du principe d'ordre, du *modus operandi* d'un ordre réalisé » (Décobert 1991 : 346).

Cette définition permet d'englober toutes les définitions de la *baraka* comme fait social de localisation de la valeur. En revanche, elle ne nous dit rien sur les croyances. Ce que cette définition nous permet de penser, c'est pourquoi la *baraka* réunit tant de choses diverses. Elle énonce un fait de structure, à partir duquel les particularismes locaux vont donner naissance aussi bien à des faits de croyances — d'efficacité surnaturelle — qu'à des faits de distinction sociale. La *baraka*, en effet, va servir à désigner aussi bien ceux qui sortent du commun par la force de leur piété que ceux qui en sortent par l'éclat de leur réussite. Ainsi, la *baraka* fonctionne-t-elle sur une double distinction : une distinction structurelle qui désigne ses titulaires potentiels et une distinction personnelle strictement dépendante du cours des échanges sociaux qui sélectionne, parmi les titulaires potentiels, les titulaires effectifs.

Les itinéraires thérapeutiques

Dans la pratique quotidienne de recours face à la maladie, différents types d'itinéraires thérapeutiques incorporent tout ce surnaturel, mais ils ne s'y cantonnent pas : ils passent aussi par le système biomédical.

Le cas de Nabila

Nabila est mariée depuis sept ans, mais elle n'a pas eu d'enfant. Au bout d'un an de mariage, un gynécologue de Meknès lui a donné un traitement. Après ce traitement, sa mère lui a préparé un mélange d'ail et de fenugrec, qu'elle a fait cuire très longtemps dans une cocotte-minute et qu'elle a mélangé avec de l'huile d'olive. Une amie de sa belle-mère lui a conseillé d'introduire un petit morceau de sucre dans son utérus, et elle l'a fait. Une autre femme lui a conseillé d'y introduire un morceau de laine de mouton, sans qu'il soit lavé et dans lequel elle devait mettre des plantes, mais elle ne l'a pas fait parce qu'elle craignait une infection. Après, elle est allée voir un autre gynécologue, à Casablanca, qui lui a fait des analyses et des radios. Les résultats étaient bons. Le médecin lui a dit qu'elle était « normale » et qu'elle pouvait avoir des enfants. Quand il s'avéra que Nabila n'avait rien, son mari alla voir un urologue à Meknès. Après les analyses, le médecin lui dit qu'il avait un « défaut » qu'il fallait soigner et lui donna un traitement. Mais bien que tout leur entourage sût que Nabila n'avait rien, tout le monde lui donnait des recettes pour elle en même temps que pour son mari.

Nabila ne veut plus rien introduire dans son utérus, parce que la plupart des femmes qui l'ont fait passent pour avoir eu un cancer de l'appareil génital. Maintenant, elle et son mari prennent des mélanges de plantes, mais « seulement les mélanges qui ne sont pas dangereux ».

Quand il apparut que la biomédecine ne pouvait remédier à la situation, Nabila est allée voir des voyantes. La première lui a dit qu'on lui avait volé quelque chose pendant la fête de son mariage, pour lui faire de la sorcellerie. Une deuxième *chuwwafa* lui dit qu'elle avait le *tqaf*, et elle est venue chez elle pour le lui enlever. Nabila est allée aussi chez une autre voyante qui lui a dit de se rendre au

sanctuaire de Moulay Bou'azza près de Khénifra, et elle y est allée. Puis, on lui a conseillé d'aller au sanctuaire de Sidi Moulay Bou Abid Cherqi, parce qu'il donne les enfants. Elle a fait le pèlerinage avec son mari et sa belle-mère. Les *fuqaha* de ce sanctuaire lui ont dit d'acheter deux peignes, un foulard, un bol neuf et du henné, dans le lieu où le saint est enterré. Selon les conseils des *fuqaha*, Nabila a mélangé le henné avec de l'eau dans le bol neuf ; les *fuqaha* ont récité des prières sur le bol de henné. Nabila a passé le henné sur ses cheveux, elle s'est coiffée avec l'un des deux peignes et elle a mis le foulard neuf sur sa tête. Elle a laissé le peigne qu'elle a utilisé et le bol dans le sanctuaire, et elle a pris avec elle le deuxième peigne qu'elle devra toujours utiliser pour se coiffer. Ce peigne ne doit être touché que par Nabila. Son mari a vu un autre urologue qui lui a dit qu'il ne pouvait rien lui faire et qu'il ne pourrait jamais avoir d'enfants. Après cela, elle a amené un *fqih* à la maison pour qu'il leur enlève la sorcellerie. Elle est aussi allée voir d'autres *fuqaha* et d'autres *chuwwafate*, dans d'autres villes.

Nabila, son mari et la mère de celui-ci pensent que la « maladie » du mari est provoquée par un coup qu'il avait eu sur un de ses testicules quand il était adolescent. Un autre urologue connu a fini par leur dire qu'il n'y avait plus d'espoir. Le couple a fini par consulter un spécialiste à Paris, qui a dit la même chose. Depuis, Nabila pense encore qu'on leur a fait le *tqâf* et consulte les voyantes et les *fuqaha* de plusieurs villes et villages de la région de Khénifra. Elle fait tout ce que les gens lui conseillent. Nabila a terminé en disant : « Depuis que les médecins nous ont dit qu'il n'y a plus rien à faire, mon espoir est dans Dieu et la médecine de chez nous ».

On constate que Nabila attribue sa maladie à trois facteurs différents : Dieu, la sorcellerie, et le coup que son mari a reçu. Lorsqu'elle pense que c'est le coup, Nabila est désespérée parce que cette cause relève de la compétence des médecins, qui lui ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire. Lorsqu'elle pense que c'est la sorcellerie, elle recommence à avoir un espoir, qui vient du système traditionnel lui-même, parce que ses agents ne disent jamais qu'il n'y a plus rien à faire, surtout dans les cas de stérilité. Pour la voyante et pour le *fqih*, « c'est un blasphème de dire qu'une personne ne peut jamais avoir d'enfant, ça relève uniquement de la volonté de Dieu ». Lorsqu'elle pense que c'est par la volonté de Dieu, elle dit : « Dieu qui prive peut aussi donner ». Les étiologies varient, et les thérapeutes aussi. Lorsqu'elle pense que l'étiologie est d'ordre surnaturel elle consulte les

thérapeutes traditionnels et lorsqu'elle pense qu'elle est d'ordre naturel, elle consulte les médecins. L'origine supposée de la maladie, dans ce cas l'orienté vers tel ou tel thérapeute.

Dans ce cas, une même atteinte donne lieu à un changement d'étiologie déterminé par la seule quête d'une solution. Le système médical vers lequel se tournent d'emblée les acteurs, est le système biomédical. Ce n'est que dans la mesure où il n'apporte aucune solution qu'ils recourent au système traditionnel, dans la volonté de maintenir l'espoir de la guérison. Le recours à une étiologie surnaturelle est moins déterminé par le soupçon d'une origine conflictuelle de l'atteinte — de son propre chef, Nabila reconnaît ne pas avoir d'ennemis — que par la volonté de maintenir l'espoir d'un dénouement heureux. L'insertion du surnaturel ne provient donc pas d'un manque de crédibilité du système biomédical et, ne le concurrence ni se substitue à lui. Elle sert à traiter une autre gamme de problèmes liés à la même atteinte.

Le cas du mari de Hamida

Depuis que Hamida fréquentait son futur mari, la famille de celui-ci était opposée à leur relation parce que Hamida est d'un milieu très pauvre. Son mari appartient, lui, à un milieu aisé. Trois mois après leur mariage, le mari a commencé à souffrir de maux d'estomac. Il a consulté divers médecins, mais chacun lui disait qu'il avait une maladie différente. À cause de la persistance de la maladie, qui dure maintenant depuis des années, la belle-mère attribue celle-ci à de la sorcellerie que lui aurait faite sa belle-fille ; le mari accuse aussi sa femme de lui avoir fait de la sorcellerie pour le garder. Hamida a consulté une voyante qui lui a dit que son mari était ensorcelé par sa mère afin qu'il la répudie. Elle estime d'ailleurs que son mari présente tous les signes d'un homme ensorcelé : lorsqu'il rentre du travail, il s'énerve, il prend ses affaires comme s'il allait la quitter ; il ne supporte plus ni sa maison, ni sa femme, ni son fils. Lorsque Hamida a juré à son mari, par le nom de Dieu et le Coran, que ce n'était pas elle qui lui avait fait de la sorcellerie, il a dit à sa mère que ce n'est pas sa femme qui l'avait ensorcelé mais, peut-être, les femmes qu'il avait connues avant son mariage. Cette dernière lui a assuré que c'était bien sa femme parce que, avant de la rencontrer, il n'était pas malade. Hamida a consulté un *fqih* qui lui a donné trois talismans et des plantes.

Le mari devait diluer, chaque matin et pendant trois jours, un talisman dans de l'eau de fleur d'oranger et le boire, plus une cuillère à soupe de plantes mélangées avec du miel qu'il devait avaler aussi chaque matin durant trois jours. Ce traitement semble avoir aggravé la maladie et la belle-famille comme le mari accusent davantage Hamida. Pour le mari, les remèdes que son épouse a amenés de chez la *fqih* étaient de la sorcellerie et non un remède. Pour lui prouver qu'elle ne lui avait pas fait de sorcellerie, elle l'a poussé à aller voir un gastro-entérologue, à Meknès. Après les examens et les radios, il s'est avéré que le mari avait une maladie du « gros intestin ». Pour Hamida, c'était une preuve que la maladie n'était pas due à la sorcellerie : « il n'y a pas de microbes ». Mais, pour la belle-mère, « la sorcellerie ne se voit pas dans les radios et dans les analyses ». Ce qui le prouve, c'est la maladie de son fils. Depuis, celui-ci soigne son estomac avec les remèdes du médecin. D'après Hamida, sa belle-mère continue à faire de la sorcellerie à son fils pour qu'il la répudie et elle lui fait à elle-même de la sorcellerie pour qu'elle tombe malade. Hamida attribue ses pertes de sang, en dehors du cycle menstruel, à l'effet de la sorcellerie de sa belle-mère. Elle se soigne, à la fois, chez le gynécologue et chez le *fqih*. Pour être protégée de la sorcellerie de sa belle-mère et pour désensorceler son mari, elle suit les remèdes du *fqih* et de la *chuwwafa*, mais comme certains de ceux-ci l'ont déjà rendu malade, elle ne recourt qu'à des fumigations, à un talisman cousu dans son oreiller et à des préparations enterrées sous le seuil de sa maison.

Cet exemple est un cas typique de conflits familiaux et d'antagonisme social, qui nous place au cœur de la société. Comme la mère ne peut pas accepter cette belle-fille « pauvre et laide », elle a attribué le mariage de son fils à de la sorcellerie. Selon elle, son fils avait les moyens d'épouser une femme plus belle et de bonne famille, comme l'on fait ses frères. Son mariage avec Hamida ne peut s'expliquer que par une intervention magique. Sa maladie confirme, certes, cette hypothèse mais ce n'est que sa durée qui permette de l'évoquer ouvertement. D'une certaine manière, l'étiologie était présente avant même la manifestation des symptômes. C'est ce qui explique le recours tardif au médecin, et dans un premier temps non pour apporter des soins, mais pour diagnostiquer l'origine de l'atteinte. En fait, pour Hamida, la sorcellerie n'est pas la cause des douleurs de son mari, mais seulement de son comportement. On distingue, en effet, communément entre deux types de sorcellerie : une sorcellerie qui influence l'attitude sans s'attaquer

au corps et une sorcellerie qui fait les deux. Il est admis que, si une épouse peut user de cette dernière, une mère ne le fera jamais envers son fils. Ainsi, si la sorcellerie est le fait de la femme, le médecin en trouvera les traces corporelles mais jamais si elle est le fait de la mère : « la sorcellerie [de la femme] se voit dans les radios où dans les analyses sous forme de microbes ». Pour la mère, au contraire, la sorcellerie est à la fois la cause de la maladie et la cause du mariage, c'est pour cela qu'elle tient à lier les symptômes et le mariage : il est clair que pour elle la maladie est un prétexte. C'est pour cela qu'elle ne donne pas lieu à un réel itinéraire thérapeutique, puisqu'il s'agit de ne pas diluer le conflit dans la recherche d'une cause extérieure aux deux femmes. Il est clair, ici, que l'antagonisme belle-mère / belle-fille surdétermine l'interprétation et conduit à l'affectation quasi automatique du mal à la sorcellerie.

À l'opposé du premier exemple, ce cas reconnaît une seule étiologie. Nabila n'avait ni ennemi ni conflit ; l'origine de la stérilité pouvait donc être variable. Lorsqu'elle pense que la cause est la sorcellerie, elle ne désigne d'ailleurs aucun coupable, bien qu'elle puisse juger qu'un inconnu lui veut du mal. Cette indétermination fait que les itinéraires thérapeutiques de Nabila et de son mari sont beaucoup plus variés que ceux de Hamida et de son époux. Ces derniers nécessitent toutefois plusieurs thérapeutes, les uns soignant la cause et les autres soignant les maux, puisque le mari de Hamida soigne ses douleurs gastriques chez le médecin. Un itinéraire thérapeutique peut donc dépendre d'une disjonction entre l'atteinte et son explication.

Le cas de Nora

Nora était mariée ; elle a eu un enfant qui est mort en bas âge ; depuis, elle ne supportait plus son mari et elle a divorcé. Après son divorce, elle a commencé à souffrir d'une maladie du cœur. Elle a consulté plusieurs médecins. Actuellement, elle se soigne chez un cardiologue, à Rabat. De temps en temps, elle consulte aussi des généralistes à Khénifra. Nora sait qu'elle ne va pas guérir complètement. Elle dit aussi que sa maladie vient de Dieu et que, pour ce genre de maux, il faut se soigner uniquement chez les médecins. Nora s'est mariée une deuxième fois et elle a eu deux enfants. Ses deux grossesses étaient très difficiles. Elle était suivie par un gynécologue de Fez. Deux mois avant que je la rencontre, elle avait eu une

autre « maladie ». Elle s'était mise à détester ses enfants ; elles les frappait sans raison. Elle avait l'impression qu'elle avait tué quelqu'un et que la justice la poursuivait pour l'emprisonner. Elle ne dormait plus et elle ne mangeait plus. Elle restait dans le noir. Elle détestait les gens. Elle avait l'impression qu'elle avait « un glaçon sur le cerveau ». Quand elle sortait, elle se cachait le visage, parce qu'elle était sûre que les policiers la suivaient et que les passants la désignaient du doigt. Elle n'était bien nulle part, ni chez elle, ni chez ses parents, ni dans la rue. Dans sa maison, elle mettait le désordre partout, elle mélangeait l'eau de javel avec la farine... Sa mère l'a conduite chez une voyante qui a dit qu'elle était ensorcelée par sa belle-mère et par ses deux belles-sœurs. La sorcellerie ne lui était pas destinée ; elle était destinée à un homme, peut-être son mari parce qu'il n'aidait pas ses parents. Elle avait marché dessus par accident. Sa mère l'a alors amenée chez un *fqih*. Mais, elle a continué à être malade. Sa mère et son mari l'ont ensuite emmenée chez un neurologue de Rabat, qui a dit qu'elle n'avait rien. Comme elle était à Rabat, sa mère l'a conduite au bord de la mer pour lui faire boire sept gorgées de l'eau de sept vagues différentes, ce qui est réputé enlever la sorcellerie. Après, elle a rêvé qu'elle était allée au sanctuaire de Moulay Bou'azza et sa mère l'y a accompagnée. Quand elles sont arrivées, elle a constaté que le sanctuaire était comme elle l'avait vu dans ses rêves, bien qu'elle n'y soit jamais venue. Quelques jours après son retour, sa mère l'a amenée chez une autre voyante qui lui a dit qu'elle était possédée. Elle lui a donné des herbes, sans résultat. Une autre voyante lui a donné des fumigations pour sept jours. Les premiers jours, sa maladie s'est aggravée ; et elle est devenue voyante : chaque fois qu'une personne venait lui rendre visite, elle lui racontait son passé, son présent et son avenir ; elle a même parlé le berbère, langue qu'elle n'avait jamais apprise ni parlée auparavant. Elle avait très froid, elle était couverte tout le temps, elle allait tous les jours au hammam, où elle restait des heures dans la salle la plus chaude. Le septième jour, elle a guéri. Avant sa maladie, Nora ne croyait pas à l'efficacité du *fqih* ni à celle de la *chuwwafa*; maintenant elle y croit. Elle est persuadée que c'est la sorcellerie de sa belle-mère et de ses deux belles-sœurs qui l'a rendue malade.

Ici, il y a deux maladies différentes. Chacune est soignée par un système médical différent. Nora dit elle-même que, pour le cœur, il faut le médecin et que, « pour l'autre maladie », il faut « la médecine des Musulmans ». Cela suggère une

spécialisation partielle des systèmes, à la fois en ce qui concerne les symptômes et l'étiologie. La catégorie du surnaturel sert à expliquer des faits qui ne se matérialisent pas de façon « normale ». Elle n'invente pas ces faits mais propose une explication là où l'ordre naturel ne semble plus pouvoir être questionné ; elle résout un problème de sens. Le surnaturel, ici, ne sert pas à dire le conflit mais à expliquer le mal. On remarquera, d'ailleurs, que la sorcellerie apparaît comme partiellement involontaire, ce qui nous invite à nous méfier d'un certain réductionnisme fonctionnaliste qui pousse à expliquer systématiquement, par des conflits sociaux, le recours au surnaturel.

Le cas d'Iman

Iman s'est mariée à l'âge de quatorze ans, elle a eu quatre enfants, puis elle est devenue veuve très jeune. Comme elle ne possédait rien, elle a été obligée de se remarier pour pouvoir nourrir ses enfants. Son deuxième mari s'était engagé à s'occuper de ses enfants et à les traiter comme les siens. Il a respecté leur accord, jusqu'au moment où ils ont eu deux enfants. Son mari, alors, ne voulut plus des enfants du premier lit, et elle fut obligée de les confier à sa famille. Iman est devenue triste, elle n'a pas arrêté de souffrir à cause de cette séparation. Son mari, qui était boucher, l'obligeait à l'aider dans son travail. Elle l'accompagnait la nuit à l'abattoir ⁷². Elle pense qu'à cause de sa tristesse et à cause de ce travail, elle a été possédée. Elle est allée une seule fois chez une *chuwwafa*, qui lui a dit qu'elle était effectivement possédée ; mais, en sortant de chez elle, elle était encore plus malade. Depuis, elle ne se soigne que chez les médecins. Elle a dit que son *jinn* détestait les voyantes, les *fuqaha* et même les herbes. Lorsqu'elle consulte un médecin, elle se sent bien. Souvent, elle n'achète même pas les médicaments : le fait de le voir la guérit momentanément. Iman, bien qu'elle se croie possédée depuis quarante ans, n'a jamais organisé de soirée de transe, n'est jamais entrée en transe et n'a jamais visité de sanctuaires. Sa possession, selon elle, se manifeste par de longues périodes de tristesse, par sa fatigue cyclique qui n'a aucune origine physique, et par des rêves d'êtres géants avec des lèvres coupées et de très grands nez. Pour Iman, c'est son *jinn* qui se manifeste ainsi dans ces rêves.

⁷² Les abattoirs sont réputés pour être hantés par les *jinn*.

Ici, nous sommes dans un cas de figure où la chaîne étiologique (cause, agent, origine) met uniquement en jeu le surnaturel sans impliquer, pour autant, le choix d'une thérapie traditionnelle. C'est le *jin* d'Iman lui-même qui ne le veut pas. Cela s'est manifesté par l'aggravation de sa maladie, lorsqu'elle a consulté la *chuw-wafa*. L'attitude de cette femme ressemble à celle d'autres, qui ne portent que la couleur blanche parce que leur *jin* n'aime pas les autres couleurs. Le médecin, lui, est utilisé comme un thérapeute traditionnel : il soigne une maladie surnaturelle avec, certes, des moyens crédibles par rapport à son système de soin, mais pour une maladie qui normalement n'en relève pas. On remarque que la liaison nosologie / étiologie relevée, à propos de Hamida, pour les maladies liées à un état mental et au contrôle de soi (« nerfs », possession, épilepsie, tristesse), qualifie le système d'explication sans forcément qualifier le thérapeute. La force de cette liaison est telle que, même si les symptômes d'Iman n'évoquent que très partiellement la possession (du moins dans la phase qui précède l'adorcisme), ils sont censés en relever, puisque la catégorie nosologique dont ils dépendent n'implique que le surnaturel.

Les itinéraires thérapeutiques au quotidien

Ces différents itinéraires thérapeutiques nous introduisent à la logique classificatoire des acteurs sociaux en matière de maladie et de soins. La maladie comme manifestation d'un désordre biologique est, d'emblée, soignée par le médecin, même si son origine est surnaturelle. En ce sens, la reconnaissance d'une étiologie n'implique pas forcément un choix thérapeutique. Le mauvais œil et la sorcellerie peuvent, en effet, donner diverses maladies répertoriées comme relevant du système biomédical. Dans ce cas, on joue sur la distinction étiologique origine / cause à l'intérieur d'une distinction étiologie / nosologie. Le système traditionnel n'est qualifié d'emblée que dans les cas où la distinction étiologie / nosologie est suspendue et où, donc, la maladie implique une seule cause possible. C'est seulement le cas des maladies qui ne semblent pas relever d'un désordre biologique localisable, mais d'un état mental ou d'une incapacité à se contrôler. La maladie devient surnaturelle quand le corps n'est pas atteint. En dehors de ce cas de figure, le surnaturel intervient :

- pour donner un complément de sens ou une explication à des maladies considérées comme naturelles, principalement en cas de rechute ;
- pour préserver un secteur d'espérance quand les maladies ne peuvent être guéries.

L'efficacité de ces deux fonctions à l'intérieur du pluralisme médical marocain n'est cependant compréhensible que parce que le système de soins tire sa crédibilité de son insertion dans un système de relations interpersonnelles modelé par l'ethos agonistique de la culture marocaine (Geertz 1992). En ce sens, la « gestion des conflits » me semble englober la « gestion de la maladie ».

Mais il existe des cas où l'on subit une attaque par erreur : on mange ou on marche sur de la sorcellerie destinée à quelqu'un d'autre. Ces accidents ne contredisent pas le mécanisme normal de l'atteinte. On est entré, par erreur, dans le domaine de l'antagonisme d'autrui et ils rappellent l'origine conflictuelle de toute atteinte, même si l'on n'a pas d'ennemi. C'est parce que les conflits sont présents que la sorcellerie, le mauvais œil et les *jnûn* sont crédibles. Le système de soins lié à leur existence en découle. La maladie et/ou le malheur soulignent l'antagonisme social. Il ne faut donc pas penser que la crédibilité du système de soin « traditionnel » soit liée à sa capacité à traiter les symptômes, elle est d'abord liée à une conception sociale de leur origine.

Traitement symbolique des maux personnifiés, la thérapie traditionnelle contourne donc le corps et la maladie, car la maladie surnaturelle est classée dans le monde subjectif de la culture : elle exprime une conception des relations sociales et du sens auquel les acteurs recourent spontanément quand les explications naturelles font défaut. Cette séparation des domaines de chaque système fait qu'il n'y a ni interférence entre les systèmes ni réfutation de l'un par l'autre, du point de vue de l'acteur, puisque chacun des deux, à propos d'un même événement, fait appel à deux ordres de réalité séparés. De ce point de vue, on croit en la médecine, comme on croit à la sorcellerie, mais pour des raisons différentes. On admet plus au moins le système traditionnel, parce que la sorcellerie, le mauvais œil et la possession font partie intégrante de la panoplie culturelle et parce que les antagonismes sont vécus avec acuité. On admet aussi la biomédecine parce que la supériorité de la technique comme la supériorité sociale des praticiens sont évidentes. La distinction entre les maladies naturelles et les maladies surnaturelles, permet

donc d'organiser la coexistence de deux conceptions du mal, en concédant à l'une la gestion du corps biologique et à l'autre la gestion du corps social.

Références bibliographiques

Adahone T.

1990 Un remède pour les pensées. Place et statut de l'objet dans la pratique médicale au Maroc, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 16 : 55-74.

Blackman W.S.

1948 *Les Fellahs de la Haute-Egypte*, Paris, Payot.

El-Bokhari

1903-14 *Les traditions islamiques* (trad. de O. Houdas et W. Marçais), Paris, Maisonneuve et Larose.

Bourdieu P.

1980 *Le sens pratique*, Paris, Minit.

Bousquet G.-H.

1990 [1966] *L'éthique sexuelle de l'islam*, Paris, Desclée de Brouwer.

Chelhod J.

1964 *Les structures du sacré chez les Arabes*, Paris, Maisonneuve et Larose (Islam d'hier et d'aujourd'hui, vol. XII).

Crapanzano V.

1973 *The Hamadsha*, Berkeley, University of California Press.

Décobert C.

1991 *Le mendiant et le combattant* (L'institution de l'islam), Paris, Seuil.

Doutté E.

1899-1900 Notes sur l'islam maghrébin. Les marabouts, *Revue d'Histoire des Religions* 40 : 343-369 ; 41 : 22-66, 289-335 ; 42 : 92-95.

1984 [1908] *Magie et religion dans l'Afrique du Nord* (La société musulmane du Maghreb), Paris, Maisonneuve et Geuthner.

Geertz C.

1986 Centres, rois et charismes : réflexions sur les symboliques du pouvoir, in : C. Geertz, *Savoir local, savoir global*, Paris, PUF, pp. 71-90.

1992 *Observer l'islam*, Paris, La Découverte.

Mauss M.

1983 *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Rahmani S.

1939 Coutumes kabyles du Cap Aokas, *Revue africaine* 378 : 65-120.

Westermarck E.

1935 *Survivances païennes dans la civilisation musulmane*, Paris, Payot.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Deuxième partie : Présence du religieux

Chapitre VIII

Entre science et religion, entre modernité et tradition : le discours pluriel des pratiquants du qigong

Par Evelyne Micollier

[Retour à la table des matières](#)

Le cas du qigong nous pousse à distinguer entre une pluralité externe qui renvoie à la diversité des recours thérapeutiques dans le contexte d'un système médical, et une pluralité interne qui permet de circonscrire la diversité des modèles explicatifs qui sous-tendent les pratiques de qigong. Car elles forment elles-mêmes un ensemble cohérent de recours thérapeutiques.

La pluralité interne opérant dans les pratiques de qigong s'articule autour d'éléments appartenant à deux modèles explicatifs, l'un dont le référent fondamental est le paradigme scientifique issu de la culture occidentale et l'autre qui relève de la tradition chinoise, qu'il s'agisse de la tradition savante scientifique, philosophique et religieuse, ou de la religion populaire. Ces deux dimensions essentielles, la science et la religion, permettent de situer la recherche à deux niveaux. D'une part, on peut dégager deux types de discours des pratiquants de qigong ; d'autre part, on tente de mettre en évidence, à travers l'analyse de ces discours, la logique sociale qui sous-tend ces conduites de soin et de santé.

Le discours scientifique est en cohérence avec le discours officiel, et il représente une modalité de compréhension d'une certaine modernité contemporaine ; le discours religieux met en lumière une continuité avec le fonctionnement des sectes chinoises traditionnelles et l'essor des nouvelles religions du monde sinisé. Le discours pluriel des pratiquants de qigong ⁷³ pose donc le problème du rapport entre tradition et modernité dans la culture chinoise contemporaine.

On peut définir le qigong comme une discipline corporelle à fins thérapeutiques : les principes essentiels de la pratique sont l'exercice de la relaxation, de la respiration et de la pensée ; le préalable qui conditionne son efficacité est la croyance dans la capacité de la méthode à améliorer l'état de santé ou à faire régresser l'état pathologique.

L'originalité de ces pratiques de soin et de santé, dans le cadre du pluralisme médical chinois, tient au fait qu'elles suscitent un mouvement populaire, en plein essor dans les grandes métropoles de Chine populaire : en 1989, selon des estimations officielles, 50 millions de personnes sont engagées dans des activités relatives au qigong ; parmi elles, 20 millions sont membres d'organisations prenant la forme d'associations, officielles, semi-officielles ou populaires.

L'engouement pour le qigong est concomitant de l'émergence d'un phénomène social qui prend de l'ampleur dans la société chinoise actuelle, la résurgence du religieux : dans l'espace social, les manifestations les plus évidentes de ce renouveau sont la fréquentation de plus en plus assidue des lieux de culte existant avant la révolution chinoise de 1949, la création de nouveaux lieux ou la restauration d'anciens temples, le dynamisme de certaines associations bouddhistes ou taoïstes, la publication récente et en grand nombre d'ouvrages sur les religions du monde ; dans l'espace domestique, les autels contenant les tablettes des ancêtres retrouvent leur place.

Les pratiques de qigong, par certains de leurs aspects, comme les formes d'organisation sociale qu'elles génèrent, et l'idéologie, le système de représentation qui constituent leur soubassement symbolique apparaissent comme l'un des avatars du phénomène religieux ou du moins comme l'une de ses expressions.

⁷³ Le système de la transcription *pinyin* mis au point par les autorités de la République populaire de Chine et reconnu au niveau international, est utilisé ici pour tous les mots en langue chinoise.

Les méthodes de traitement se situent à la frontière de la médecine chinoise traditionnelle en raison de l'appartenance du qigong à la médecine savante et d'une médecine populaire qui emprunte des éléments à la religion populaire en amalgamant des pratiques et des représentations liées au bouddhisme, au taoïsme, au confucianisme et aux systèmes divinatoires. Il est possible de classer les techniques de soins de la médecine chinoise traditionnelle en quatre groupes de pratiques thérapeutiques : la pharmacopée, l'acupuncture / moxibustion, les massages et le qigong.

Toutefois, certains médecins exerçant dans l'institution considèrent que le qigong ne fait pas partie des méthodes de traitement reconnues par la médecine savante et ils le classent parmi les recours thérapeutiques appartenant à la médecine populaire, à cause des éléments irrationnels ou religieux qui y sont attachés et qu'ils méprisent.

D'autre part, des instruments et des techniques issus de la biomédecine sont employés pour montrer l'efficacité des méthodes de traitement par qigong et en faire une évaluation mesurable. La médecine occidentale sert alors d'outil pour prouver scientifiquement la fiabilité d'une autre médecine : ses méthodes sont alors détournées de leur sens fondamental, c'est-à-dire, de leur finalité thérapeutique.

La technique de soin consiste en une manipulation du « qi vicié » (*xieqi*) du patient par le qi sain, puissant et bénéfique du maître ; celle-ci est rendue plus efficace par l'usage d'objets marqués symboliquement, comme des éléments de la nature ou des icônes, et par la répétition de paroles ou de sons comme des mantras ou des incantations. Le principe est de retirer l'agent pathogène « qi vicié » du corps du malade : il indique une conception endogène de la maladie. Dans un usage courant, *xieqi* désigne une influence néfaste ; *xie* signifie, dans son sens littéral, maléfique, malfaisant. Ainsi, l'agent pathogène devait être à l'origine personnifié et suggère, du moins d'un point de vue sémantique, le passage au cours de l'histoire de la catégorie *mal* à la catégorie *maladie*.

Les méthodes d'entraînement diffèrent selon les écoles *pai*⁷⁴ : il est possible de distinguer de grandes catégories : le qigong médical issu de la médecine chinoise traditionnelle, le qigong issu des arts martiaux, le qigong religieux (bouddhiste, taoïste, confucéen). Le qigong médical se donne pour but de guérir les maladies, de préserver la santé et de prolonger la vie. Le qigong issu des arts martiaux met l'accent sur la résistance, la force du corps et sur l'acquisition d'une certaine longévité. L'école bouddhiste insiste sur le développement de la pensée sans tenir compte du corps physique. L'école taoïste veille à cultiver le corps et l'esprit par les exercices de qi et à nourrir l'essence de l'être. L'école confucéenne met l'accent sur la modération, « l'ajustement de la pensée » pour que la conscience sache « s'arrêter, se fixer et rester dans la quiétude ».

En fait, chaque école utilise des éléments empruntés aux autres avec une dominante qui détermine son nom et son appartenance. Dans la société chinoise contemporaine, ces distinctions entre différentes écoles sont assez superficielles car leurs frontières sont très perméables ; leurs pratiques ainsi que leur support symbolique sont parfois interchangeables et s'interpénètrent. Les techniques de soin ne sont pas réservées au qigong médical. Ce sont les mêmes patients qui utilisent l'ensemble des recours disponibles et qui se déplacent sans contradiction au niveau des représentations sur l'axe qigong médical / qigong religieux⁷⁵.

Dans tous les cas, quelle que soit la classification utilisée, les différences sont d'autant moins marquées et perçues par les patients que le degré de gravité et d'incurabilité de la maladie contractée est plus élevé. Par exemple, les personnes atteintes de cancer ont tendance à essayer toutes les méthodes sans discrimination.

La logique sociale qui se dégage d'une contextualisation de l'ensemble des pratiques de qigong et des représentations qui les sous-tendent est la même pour toutes les formes de qigong. Les réseaux officiels, semi-officiels ou informels qui s'organisent autour des diverses catégories sont en interrelation et les critères d'adhésion à l'une d'entre elles sont assez souples pour permettre l'appartenance simultanée à plusieurs formes ou le passage de l'une à l'autre sans contradiction.

⁷⁴ Le mot *école* est retenu ici pour traduire le terme chinois *pai* (école, faction, secte), employé traditionnellement pour catégoriser les écoles d'arts martiaux ou les sectes religieuses.

⁷⁵ En fait, durant les enquêtes ethnographiques, le réseau de pratiquants de qigong médical a permis d'accéder aux réseaux d'adeptes des autres écoles.

Seul, le discours destiné aux non-pratiquants change ainsi que l'image donnée de ces pratiques à l'ensemble de la société.

Pour résumer, le schéma suivant situe les cinq catégories par rapport aux pôles symboliques science / religion :

	science	sports	religion
qigong	médical	arts martiaux	bouddhiste
			taoïste
			confucéen

Les critères déterminants pour établir une preuve scientifique du qigong sont le recours à des preuves directes et la reproductibilité de l'expérimentation. Mais, dans ce discours scientifique, la base référentielle est plurielle ; elle comprend des éléments issus du modèle scientifique et d'autres hérités de la tradition philosophique et religieuse chinoise. D'une part, la méthodologie des protocoles de recherche est de type scientifique et indique une connaissance des techniques de pointe utilisées en Occident dans les domaines de la biologie moléculaire, de l'endocrinologie, de la neurophysiologie et de l'électrophysiologie. D'autre part, le modèle explicatif choisi pour interpréter ces expériences est souvent celui de la médecine chinoise traditionnelle et donc de la tradition philosophique et religieuse.

Prenons l'exemple d'un texte résumant les effets des exercices de qigong sur les sécrétions hormonales. Il s'agit de tester l'hypothèse suivante : la pratique du qigong augmente le taux de testostérone et renforce la puissance physique des sportifs de haut niveau. L'expérience décrite montre l'usage d'index biologiques précis ; l'interprétation des résultats fait appel simultanément à des éléments explicatifs empruntés à la médecine chinoise traditionnelle et à des éléments de type scientifique : « Les résultats montrent que le qigong, qui fortifie le *yang* et la fonction du rein, peut augmenter le taux de testostérone et la performance physique des sportifs professionnels. Il est connu que la testostérone peut améliorer la synthèse des protéines et la croissance tissulaire, renforcer le muscle, élever sa

vitesse et sa puissance de contraction. Elle peut aussi rendre la structure du squelette plus adaptée à l'athlétisme. Mais pourquoi le qigong augmente-t-il le taux de testostérone ? Selon la théorie du qigong, l'essentiel est de contrôler et d'ajuster la pensée. L'axe de la gonade hypothalamus-hypophyse pourrait expliquer ces résultats » ⁷⁶.

Un autre type de discours a retenu notre attention par sa fréquence et la pluralité de ses référents ; il s'agit cette fois d'un discours « pseudo-scientifique », dans la mesure où le modèle scientifique subit un processus de vulgarisation et où les critères déterminants pour établir une preuve scientifique ne sont pas pris en compte. Les sources citées par la plupart des maîtres de qigong sont indirectes : les documents et les publications mentionnés sont des matériaux de seconde main ; les protocoles de recherche décrits ont donné des résultats non-reproductibles. Les éléments explicatifs sont issus de la tradition.

Le chapitre intitulé « La recherche scientifique sur le qigong » (Jiao 1990 : 63-82) est caractéristique à cet égard ; l'auteur présente le texte de la manière suivante : « Les effets du qigong dans la prévention, le traitement des maladies et la préservation de la santé ont été prouvés par la pratique ; néanmoins, le mécanisme impliqué nécessite des recherches plus approfondies. Je vais expliquer les principes essentiels des exercices en me référant à des applications cliniques en accord avec les règles de la médecine chinoise traditionnelle et de la médecine moderne » (p. 63). En fait, le modèle explicatif qui sous-tend le discours sur les thèmes abordés est celui de la médecine traditionnelle et les références à l'expérimentation scientifique servent uniquement d'illustration pour valider la théorie et la pratique de cette médecine. Il suffit d'énumérer les paragraphes du chapitre pour mettre en évidence une conception du corps issue de la tradition savante :

- L'effet de la pensée et de la conscience dans la pratique du qigong ;
- L'état de mouvement ou de quiétude ; la notion de qi interne ;
- La transformation, la circulation et la fonction du qi ; l'essence *jing*, le qi et l'esprit *shen* ;

⁷⁶ Extrait d'un résumé d'expérimentation scientifique publié dans : *The Third National Academic Conference on Qigong Science (1990)* : 8-9. Cet ouvrage est un ensemble de résumés de protocoles de recherche contenant des exemples caractéristiques de ce type de discours.

- La respiration, la posture et la pensée ;
- Les hallucinations produites par l'état de quiétude.

Alors que les notions de la médecine chinoise sont longuement développées, les expériences scientifiques ne sont pas décrites et seuls les résultats qui permettent de légitimer le modèle traditionnel sont évoqués : « L'expérimentation scientifique a prouvé que des changements bioélectriques interviennent lors des exercices de concentration ; l'électricité dermique augmente dans la zone corporelle où l'esprit se concentre et diminue dans d'autres parties... Ceci indique que le métabolisme des organes et des tissus est transformé par la suggestion mentale... La chaleur, propriété du qi interne montre la bioélectricité en action » (p.69).

La catégorisation décrite plus haut est employée dans le cadre institutionnel par les maîtres de qigong appartenant au qigong médical ⁷⁷.

L'argument de la scientificité de la méthode revient régulièrement dans les propos des pratiquants de qigong médical et il est essentiel pour légitimer leurs activités ; cette légitimité est d'autant plus nécessaire que celles-ci sont exercées dans les structures hospitalières étatiques. Ainsi, les techniques mises en œuvre pour prouver l'efficacité biologique de ces recours thérapeutiques sont-elles plus scientifiques que celles qui sont en usage quant à la pratique des autres formes de qigong. La méthodologie et les outils d'évaluation sont très souvent empruntés à la démarche biomédicale. L'expérimentation est conduite à l'aide de protocoles de recherche précis dans des instituts officiels.

Les pratiquants de qigong énoncent un discours scientifique ou pseudo-scientifique en fonction des facteurs suivants : l'origine sociale, le niveau d'éducation, l'itinéraire personnel qui a conduit à la pratique du qigong, les formes de qigong utilisées. Ainsi, le pratiquant qui a un discours scientifique réunit-il une origine sociale et un niveau d'éducation élevés, un itinéraire personnel qui montre un investissement précoce dans le qigong, la tradition philosophique et religieuse, souvent par transmission familiale et exerce-t-il le qigong médical. Le pratiquant qui adopte un discours pseudo-scientifique a une origine sociale et un

⁷⁷ Un autre système de catégorisation en usage également dans les réseaux de pratiquants est défini par les manières d'exercer le qigong, et décrit par Miura (1989 : 342).

niveau d'éducation plus modestes, et un itinéraire marqué par la religion populaire avant d'aboutir à la pratique du qigong.

Le caractère idéal-typique de ces portraits contrastés implique qu'ils ont, tels quels, une valeur relative : en effet, la combinaison des différentes variables entre elles est toujours possible. Les deux types de discours ont la même finalité : prouver l'efficacité thérapeutique avec une méthode qui fasse consensus, et donc établir de manière incontestable la légitimité du qigong. La logique sociale inscrite en filigrane derrière le besoin de reconnaissance par la preuve scientifique de la méthode correspond au discours officiel ; car, aux yeux du pouvoir, il s'agit d'encourager une discipline corporelle de qigong vidée de son contenu religieux qualifié de « superstitions » ⁷⁸.

Des pratiques thérapeutiques considérées comme appartenant à la médecine chinoise traditionnelle sont mises au service d'une logique politique : on montre que la tradition peut être réactualisée « scientifiquement » ; elle peut contribuer à la modernisation et au développement économique, et ainsi permettre à l'Etat de renforcer sa légitimité. En effet, les autorités se servent d'arguments comme la lutte contre certaines traditions présentées comme des obstacles au changement économique et social (certaines valeurs confucéennes, les religions et les superstitions), mais aussi comme la valorisation d'autres traditions (la médecine traditionnelle ou la qualité de la science et de la technologie chinoises jusqu'au XVII^e siècle), et la mise en évidence des progrès scientifiques réalisés dans les domaines de la santé, les biotechnologies, la physique et l'aérospatiale.

Le discours officiel sur la santé peut sembler ambivalent : il s'agit à la fois de revaloriser la médecine traditionnelle et de devenir performant au niveau international dans la pratique et la recherche biomédicales. Cette position favorise de manière implicite l'expression d'une tendance nationaliste et ethnocentriste toujours latente dans l'ancien « empire du milieu » et elle est un gage de reconnaissance nationale pour le pouvoir politique. La légitimation par la science est un détour nécessaire si l'on veut exporter ces pratiques thérapeutiques en Occident :

⁷⁸ Cf. traductions d'articles récents de la presse officielle dans Mac Innis 1989 : 385-410. A partir de ce corpus d'articles, il est possible d'analyser le discours officiel sur le qigong considéré comme un ensemble de superstitions. Voir aussi Dong (1990 : XV), qui parle de l'embarras des autorités chinoises à décider de la catégorie où classer le qigong : « science » ou « superstition ».

l'engouement qu'elles suscitent dans une culture étrangère hégémonique est perçu comme une valorisation de la culture chinoise et alimente le sentiment de l'identité ethnique han, réactivé dans les périodes d'acculturation et de changement socio-culturel.

La plupart des ouvrages publiés en Chine populaire sur le qigong en édition anglaise ont un chapitre sur la preuve scientifique de l'existence du qi et un chapitre sur l'expérimentation scientifique ⁷⁹. Les ouvrages en chinois sont constitués en grande partie par des descriptions techniques de méthodes associées à une finalité thérapeutique précise (la guérison d'une maladie ou d'une catégorie nosologique). La presse chinoise officielle mentionne souvent les affections qu'il est possible de traiter par qigong, l'efficacité thérapeutique et les méthodes correspondant au traitement d'états pathologiques précis ; peu d'articles sont consacrés à décrire la composante scientifique ⁸⁰.

Discours religieux de qigong et logique sociale

La base référentielle du discours religieux correspond à un modèle explicatif religieux ; elle est plurielle par la diversité des éléments religieux en présence et par leur interpénétration. Les séquences rituelles et les signifiants utilisés par les pratiquants sont empruntés au bouddhisme, au taoïsme ou à la religion populaire.

Par exemple, l'usage des sons est fréquent dans les méthodes de traitement. Citons ici maître Zheng qui se sert du mantra tibétain *om mani padme om* dans la pratique du *fanteng gong*, technique de qigong visant à soigner les cancers et le sida : « Pour guérir les maladies, les bouddhistes utilisent souvent des incanta-

⁷⁹ Cf. Zeng 1991 : 12-20, « Qigong as a Scientific Discipline », et 47-64, « Scientific Experiment on Qigong ». Dans cet ouvrage d'ordre général sur les pratiques de qigong, l'auteur aborde l'histoire de la discipline, sa dimension thérapeutique, son caractère scientifique et décrit des techniques concrètes.

⁸⁰ Un article publié dans le *China Daily*, presse officielle en langue anglaise (30/3/1992) commente l'ouvrage de Zeng (1991). Le problème de la scientificité du qigong, évoqué dans deux chapitres du livre, n'est pas abordé. L'article évoque surtout la partie du livre sur l'efficacité thérapeutique.

tions ; il y a cette formule sacrée en six caractères *om ma mi bei mi hong* ⁸¹... Dans le cosmos, auparavant, les hommes étaient là mais le langage n'existait pas encore ; en ces temps il y avait une langue commune à tous les êtres, la langue maternelle du cosmos à laquelle cette formule appartenait. Tout le monde la comprenait ; c'est pour cette raison que ces sons peuvent soigner les maladies. Le qi de l'incantation passe dans tout le corps, il arrive à la jambe et fait sortir par le bas le qi vicié *xieqi* ».

Une autre méthode de soin et de préservation de la santé appelée « les six sons » *liu ge zi*, issue du taoïsme, consiste à prononcer des formules sonores en correspondance avec des exercices respiratoires ; l'origine de ces sonorités serait l'imitation de cris d'animaux. L'harmonie entre tous les êtres étant une valeur essentielle selon une vision du monde taoïste, leur pouvoir curatif pourrait s'expliquer par la communication ainsi établie entre l'homme et la nature. Les maîtres se servent aussi de charmes *fu* qui sont souvent des caractères calligraphiés, dont le symbolisme, intégré depuis longtemps à la religion populaire, est lié à la cosmogonie ou au système de correspondances d'origine taoïste. La technique de soin suppose l'application du charme en papier sur la partie du corps affectée ; elle est couramment employée dans le traitement des allergies.

Les pratiquants de qigong religieux se servent d'arguments de type scientifique mais de manière moins systématique et ils revendiquent en même temps leur appartenance religieuse. A l'intérieur du groupe, la dimension religieuse est ouvertement affirmée, explicite, dominante par rapport à la science. Cette dernière s'exprime à l'extérieur du groupe, face aux non-pratiquants ou aux médias.

La figure du maître

Les caractéristiques de la figure du maître-thérapeute, le système de valeurs et les formes de sociabilité liés à la discipline corporelle de qigong, permettent de mettre en relief les spécificités et la logique sociale du discours religieux.

⁸¹ Transcription phonétique chinoise du mantra tibétain *om mani padme om*.

Les thérapeutes, en majorité des hommes ⁸², sont issus de toutes les catégories sociales et ils ont souvent des formations médicale (en médecine chinoise traditionnelle ou en médecine occidentale) ou sportive (en arts martiaux ou en sports internationaux). La plupart s'intéressent aux systèmes philosophiques et religieux traditionnels, fréquentent des membres du clergé de manière informelle mais n'ont pas d'appartenance religieuse déclarée.

La diversité de l'origine sociale est un trait moderne ; des maîtres sont ouvriers, paysans, hommes d'affaires et même militaires. En effet, par rapport à ce qui caractérisait la tradition, l'origine des maîtres s'est déplacée vers la laïcité et les catégories moyennes ou populaires et la pratique est plus souvent collective. Le schéma suivant montre cette tendance :

Tradition	Modernité
<i>élite intellectuelle</i>	<i>liens informels avec le clergé</i>
<ul style="list-style-type: none"> - appartenance au clergé <li style="padding-left: 20px;">maîtres taoïstes <li style="padding-left: 20px;">moines bouddhistes - lettrés confucéens - maîtres d'arts martiaux - artistes - médecins 	<ul style="list-style-type: none"> milieu <li style="padding-left: 20px;">- médical <li style="padding-left: 20px;">- sportif <li style="padding-left: 20px;">- populaire
pratique individuelle	pratique collective

Jusqu'au début du XX^e siècle, la maîtrise de techniques psychophysiologiques telles que le qigong était réservée à une élite intellectuelle, considérée dans toute sa diversité ; la pratique était plutôt individuelle que collective et elle intéressait

⁸² Parmi les dix « trésors nationaux » de la Chine (maîtres les plus célèbres et perçus comme les plus compétents), on compte une seule femme.

aussi bien des figures religieuses comme les maîtres taoïstes ou les moines bouddhistes que des fonctionnaires de l'Etat tels que les lettrés confucéens ; ces personnes étaient souvent simultanément des maîtres d'arts martiaux, des artistes ou des médecins. Le statut des médecins était assez particulier dans la Chine traditionnelle : en Chine ancienne, ils appartenaient à la catégorie sociale « maîtres-techniciens *fangshi* » et ils étaient liés aux chamanes *wu* qui, semble-t-il, ont constitué longtemps un contre-pouvoir à l'instauration de l'Empire ; ensuite, dans la hiérarchie sociale conforme à la doctrine confucéenne, qui a été l'idéologie étatique dominante pendant deux millénaires, les médecins étaient placés assez bas, après les lettrés, les religieux et les militaires et juste au-dessus des paysans ; le bas de l'échelle était occupée par les marchands.

Le mode de transmission du qigong est l'initiation ; cette étape précède l'acquisition du pouvoir thérapeutique, souvent au terme d'un processus d'autoguérison, ou lui succède ⁸³. Chaque thérapeute « ordinaire » a comme modèle idéal l'un des maîtres considérés comme « trésor national » *guobao* : en Chine ancienne, il s'agissait de sages qui gagnaient l'estime de l'Etat par des vertus chères aux confucéens, comme l'aptitude à associer le savoir à l'action (Seidel 1981 : 230-232).

L'une des expressions de l'idéologie des pratiquants est la croyance en diverses figures de « surhommes » à travers celle du maître de qigong accédant à une « sphère supérieure » *gaoji jingjie* dont la manifestation est l'acquisition de pouvoirs suprahumains comme le don de clairvoyance, la communication télépathique, la réception d'informations cosmiques, la faculté d'arrêter les rayons X et γ par le qi, des pouvoirs de guérison miraculeux, la lévitation...

Les maîtres ont un degré de charisme qui croît avec l'acquisition de pouvoirs spéciaux. Jusqu'au début du XX^e siècle, ces aptitudes psychiques extraordinaires étaient réservées à des figures religieuses ; la modernité rend possibles l'attribution et la reconnaissance de certains pouvoirs à des personnes ordinaires qui se situent parfois assez bas dans la hiérarchie sociale et qui ne sont pas liées aux organisations religieuses, lien qui aurait pu expliquer leur possibilités supra-

⁸³ Cf. Miura (1989 : 333-336) pour des exemples de biographies de maîtres célèbres.

humaines. On retrouve ici le rapport entre tradition et modernité non comme une donnée sociale mais comme une donnée d'ordre symbolique.

Les thérapeutes ont un statut de héros populaires : en Chine contemporaine, ils font partie des « trésors nationaux » et ils sont actuellement une dizaine à exercer leurs pouvoirs également à l'étranger. Ils évoquent certains personnages historiques qui deviennent objets de culte, décrits dans les annales dynastiques et certains leaders de sectes actifs au XIX^e siècle. Le panthéon chinois est constitué en grande partie de figures historiques divinisées. Par exemple, le maître Yanxin devient un objet de culte car il a d'abord prouvé, en se confrontant à des « sorciers » ou à des « bandits » locaux, la force de son qi et ensuite, la supériorité du qigong chinois devant des maîtres d'arts martiaux japonais.

La coexistence d'un certain nationalisme avec un idéal universaliste est une caractéristique des nouvelles religions en Extrême-Orient (cf. Mayer 1987 : 91-105) : des motivations à visée nationaliste, comme « protéger et renforcer le pays », « développer les pouvoirs psychiques des Chinois », « que le peuple chinois soit connu dans le monde entier » ou à visée universaliste, comme « la paix et la santé dans le monde », « la vie éternelle pour toute l'humanité » peuvent être mises à jour derrière le « discours-écran » de préservation de la santé et de guérison des maladies des adeptes / patients.

De plus, les maîtres cautionnent des valeurs morales traditionnelles : l'abstinence sexuelle relative, le refus du luxe et de la richesse, le respect vis-à-vis du maître issu de l'éthique bouddhiste, le souci altruiste de développer des relations sociales harmonieuses, hérité de l'éthique confucéenne, le souci de préserver des liens harmonieux entre l'homme et la nature, issu du taoïsme. Ce trait idéologique est une spécificité des sectes religieuses chinoises : « Se réclamant, comme aux premiers siècles, de l'une des deux grandes religions — taoïsme et bouddhisme — ou affichant des couleurs de plus en plus syncrétiques, les sectes se vouèrent toujours les garantes de la culture chinoise et des valeurs authentiques de l'ensemble de ses traditions, le sectarisme chinois ne se pose pas en effet en terme d'hérésie, c'est-à-dire en opposition à une Eglise et à sa doctrine. Jamais les courants sectaires ne furent déclarés schismatiques par les religions officiellement constituées » (Mollier 1989 : 94-96).

Ces valeurs morales des pratiquants sont compatibles avec certains thèmes socialistes, tout en y ajoutant des éléments de rétribution ; car un acte en contradiction avec les principes fondamentaux du qigong entraîne une perte de la « vertu de mérite » *gongde*, liée à la notion de karma, qui considère les actions présentes comme le résultat des actions passées. Cette conception karmique souligne l'importance de l'accumulation de mérites acquis par l'exercice de certaines pratiques, comme la dévotion, le don, les offrandes.

Les pratiquants ont un langage commun qui prend la forme de formules en quatre caractères *chengyu* d'usage courant dans la langue chinoise ; les *chengyu* sont des sortes de proverbes dont le sens peut varier en fonction du contexte car plusieurs interprétations en sont possibles. Ils font souvent référence à des légendes ou à des événements historiques, à des personnages de l'histoire chinoise qui sont devenus des caricatures. Ainsi, le sens attribué diffère-t-il selon le niveau culturel de chacun, ou de chaque groupe social ; le sens littéral renvoie à deux notions « expression en devenir » ou « expression figée » nullement contradictoires pour des personnes de culture chinoise. Les pratiquants de qigong utilisent certains *chengyu* dont le référent est le modèle d'inspiration taoïste ou celui de la religion populaire et ils leur donnent un sens qui sera spécifique à leur groupe ; ce « langage » ainsi créé est un indicateur d'appartenance. Par exemple : « Un immortel indique le chemin » (Le maître indique la voie) montre une influence taoïste ; « Faisons du feu et le démon entre » (Commettons un excès et le qi vicié arrive) est emprunté au discours de la religion populaire.

Ce corpus de proverbes réinterprétés pour marquer la cohésion d'un groupe relève par hypothèse d'un phénomène de distorsion sémantique caractérisant le fonctionnement sectaire (cf. Gautiez 1986 : 19-29) : parmi les constantes que l'auteur dégage du fonctionnement d'une secte, on trouve « l'utilisation d'un langage ésotérique ou de termes propres à la secte dont les fonctions sont : gauchir le sens..., assurer la fermeture de la secte et sa cohésion en empêchant une personne extérieure de comprendre le sens des mots utilisés, tout en excitant la curiosité de l'étranger, en déséquilibrant les adeptes dans leurs contacts avec l'extérieur, en permettant aux adeptes de se reconnaître entre eux à l'extérieur de la secte » (Gautiez 1986 : 20).

Les membres d'une secte ont souvent un langage commun qui consiste à réapprendre le sens des termes, qui tend à renforcer le sentiment d'appartenance de

chacun au groupe : cette démarche peut aboutir à une certaine aliénation de l'individu qui tend à perdre ou à transformer son identité.

Formes de sociabilité

Les associations créées par les pratiquants, et les réseaux qui se tissent autour d'elles, montrent une structure horizontale : chaque membre a une mobilité de position et de fonction ; la forme d'organisation sociale est relativement égalitaire pour une société qui présente traditionnellement une structure verticale, fortement hiérarchisée et autoritariste fondée sur le modèle clanique.

La figure du maître, l'idéologie, le langage, et les formes de sociabilité présentent de nombreux points communs avec le fonctionnement des sectes chinoises traditionnelles ou des nouvelles religions d'Extrême-Orient (cf. Elvin 1991 : 249, sur la concordance avec des traits idéologiques du mouvement des Boxeurs, 1899-1900).

La transmission par initiation et la relation maître-disciple font apparaître un élitisme idéologique : en effet, chaque pratiquant peut accéder à un « monde supérieur » et maîtriser des pouvoirs psychiques par un travail sur lui-même avec le corps et la pensée grâce à l'aide de son maître.

Ainsi, la dimension religieuse est-elle toujours implicite dans le discours explicite sur la santé, la maladie et dans l'exercice, souvent quotidien, des pratiques de soin. La composante religieuse ne peut pas apparaître de manière explicite dans une société dans laquelle les pratiques et les croyances ont été stigmatisées et ne sont actuellement tolérées que comme substitut idéologique à la philosophie marxiste, et dans la mesure où elles n'infiltrèrent pas dans d'autres champs du social comme la reconstitution d'un pouvoir économique par la réorganisation d'un clergé ou de réseaux puissants d'adeptes. Il s'agit là d'une attitude récurrente du pouvoir politique. Déjà, dans l'histoire de la Chine, le bouddhisme a été périodiquement réprimé non pas à cause de son pouvoir symbolique mais quand ce dernier se doublait d'un pouvoir économique, c'est-à-dire quand les monastères devenaient des acteurs économiques importants (cf. Vandermeersch 1990 : 31-39).

Dans un tel contexte, le discours scientifique ou pseudo-scientifique, revendiqué et médiatisé par les pratiquants de qigong, au-delà de sa rationalité interne, a évidemment une rationalité externe : il fait écran au discours religieux qui risque

de donner lieu à des persécutions. Crainte légitime, car certains livres sur le qigong sont tombés sous le coup de la censure et ont été retirés de la vente, tandis que des maîtres ont été contrôlés ou arrêtés ⁸⁴.

De prime abord, les thérapeutes, quelles que soient leurs croyances et leurs affiliations religieuses éventuelles, essaient donc de mettre en avant les découvertes dans les domaines médical et sportif et d'occulter la dimension religieuse qui n'existerait, selon eux, que dans un « charlatanisme » qui porte ombrage au « qigong authentique ».

	Science	Sports	Religions
qigong	Médical	Arts martiaux	- Bouddhisme - Taoïsme - Confucianisme
Modèle explicatif	- Biomédecine - Tradition chinoise religieuse et philosophique	- Synchrétisme (ens. des éléments) - Tradition chinoise (école d'acrobaties et de prestidigitation)	- Médecine populaire - Tradition chinoise religieuse et philosophique - Religion populaire

Ainsi, le système de valeurs des pratiquants de qigong est-il fondé sur une matrice de significations composée d'éléments issus du taoïsme, du bouddhisme, du confucianisme et de la religion populaire au sein de laquelle vient s'intégrer

⁸⁴ Cf. *Control over Qigong Practitioners Tightened*, Beijing Xinhua Broadcast (21/12/1990). La radio officielle « Chine nouvelle » de Pékin dénonce les activités frauduleuses de certains maîtres de qigong et justifie ainsi l'action répressive menée contre eux.

l'idéologie de scientificité produite par une réinterprétation du paradigme scientifique occidental. « Discours pluriel », donc, où la méthodologie de la science est utilisée sans qu'on tienne compte du modèle explicatif correspondant, discours capable également de forger un modèle explicatif qui contienne des éléments des deux traditions.

Mais tout cela est souple, ainsi que le montre le schéma. Il trace de manière synthétique la forme très particulière de pluralisme qui est interne à la discipline corporelle de qigong. Rien ne fait système dans cet ensemble ; chaque élément est un fragment singulier qui a sa dynamique propre et qui, en interrelation avec les autres, crée un « pluriel » plutôt qu'un pluralisme intégrateur.

Références bibliographiques

China Reseach Society on Qigong Science

1990 *The Third National Academic Conference on Qigong Science*, Guangzhou, Academic Commitee of China Reseach Society on Qigong Science.

Dong P.

1990 *Chi Gong : The Ancient Chinese Way to Health*, New York, Paragon House.

Elvin M.

1991 *Mandarins and Millenarians : Reflections on the Boxer Uprising of 1899-1900*, in : H.D.R. Baker et S. Feuchtwang (éds.), *An Old State in New Settings*, Oxford, Journal of the Anthropological Society of Oxford, pp. 223-250.

Gautiez D.

- 1986 Traumatisme du non-sens / distorsion du langage, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 6 : 19-29.

Jiao G.

- 1990 *Qigong Essentials for Health Promotion*, Beijing, China Reconstructs Press.

Kleinman A.

- 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.

Mac Innis D.E.

- 1989 *Religion in China Today : Policy and Practice*, New York, Orbis Books.

Mayer J.F.

- 1987 Les nouvelles religions en Extrême-Orient, *in: Les sectes*, Paris, Le Cerf, pp. 91-105.

Miura K.

- 1989 The Revival of Qi : Qigong in contemporary China, *in* : L. Kohn (éd.), *Taoist Meditation and Longevity Techniques*, University of Michigan, Ann Arbor, pp. 331-362.

Mollier C.

- 1989 Les sectes religieuses chinoises, *in* : P. Gentelle (dir.), *L'état de la Chine*, Paris, La Découverte, pp. 94-96.

Seidel A.

- 1981 Kokuho, note à propos du terme « trésor national » en Chine et au Japon, *Bulletin de l'Ecole Française d'Extrême-Orient* LXIX : 229-261.

Vandermeersch L.

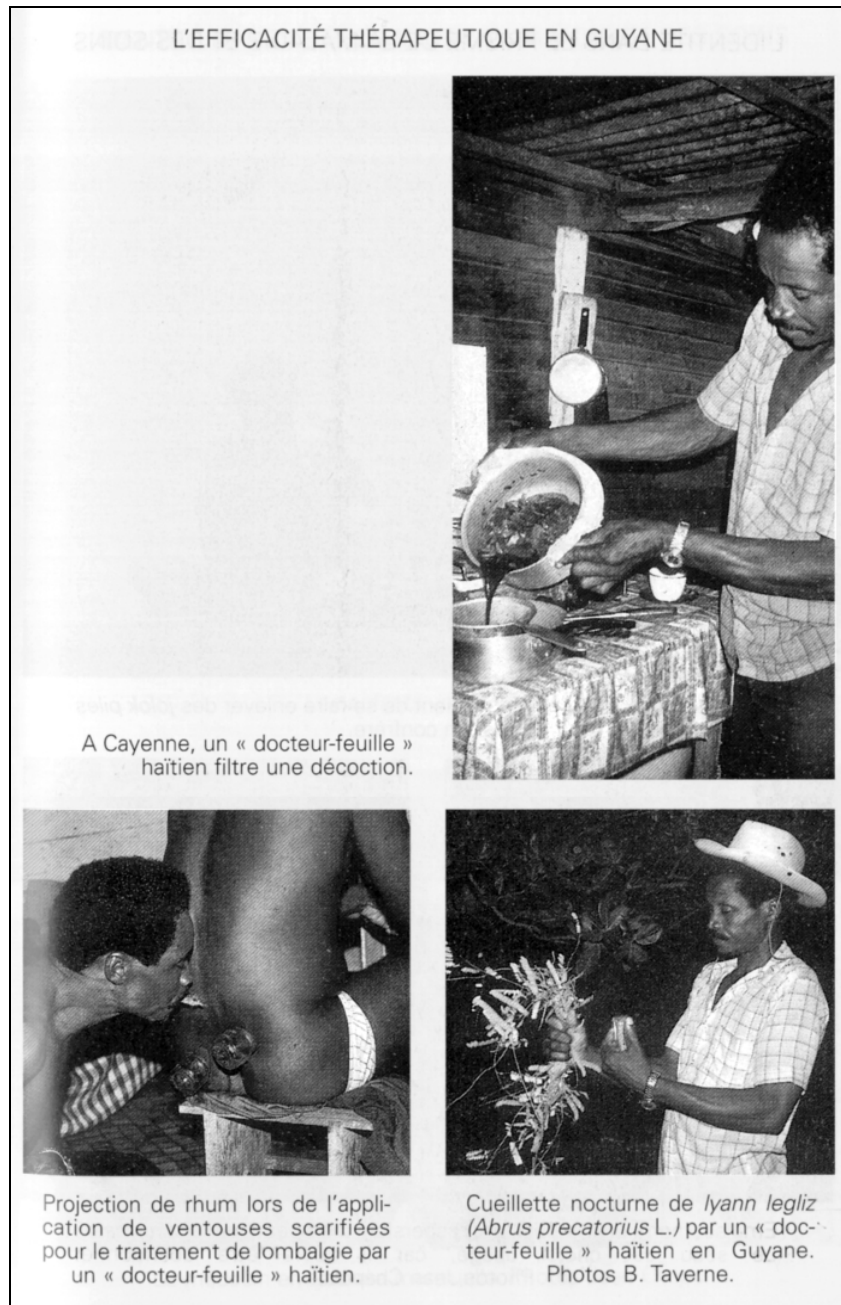
- 1990 Bouddhisme et pouvoir dans la Chine confucéenne, in : A. Forest, E. Kata, L. Vandermeersch (éds.), *Bouddhisme et sociétés asiatiques*, Paris, L'Harmattan, pp. 31-39.

Zeng Q.

- 1991 *Believe it or not : Ancient and Mysterious Chinese Qigong*, Beijing, Foreign Languages Press.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Voir les photos insérées dans le livre
sur le site Les Classiques des sciences sociales.
Elles sont trop lourdes pour être insérées dans ce fichier.



SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Deuxième partie : Présence du religieux

Chapitre IX

Notes sur les types de soignants à Java

Par Stephen C. Headley

Logiques des acteurs
Logiques sociales
Herboriste (*sadéan jamu*)
Ecriture sur le front
Conclusion
Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Les soins des malades à Java (centre et ouest, c'est-à-dire les régions parlant javanais) associent plantes, manipulations corporelles, formules verbales et mythes selon la logique propre à chaque agent soignant. Dans la première partie de ce chapitre il sera question de logiques quasi-personnelles, tandis que dans la deuxième partie il s'agira des logiques sociales communes à la plupart des paysans et citadins javanais. L'application de ces soins sera abordée du côté du soignant. Certes ce point de vue, notamment dans cette première partie ne permet pas une vision satisfaisante de la maladie en tant qu'état vécu ; il apporte néanmoins un éclairage intéressant sur la logique des acteurs.

Logiques des acteurs

La *masseuse* embah Kem (Purwokejo, Manahan, Surakarta, Java central, 5.VII.93), avant de commencer de masser le corps de tout malade, lève les deux mains et récite à voix basse le premier verset du Coran neuf fois de suite : « Au nom d'Allah le Miséricordieux... », puis continue en regardant ses deux mains « O placenta, cordon ombilical, placenta et cordon ombilical, enveloppés, renvoyez une vraie révélation ! Je vais aider, je vais rajuster le tissu qui est fautif. La veine qui est à travers va revenir à son endroit. Que la main gauche soit le remède ! Que la main droite rejette la maladie [douleur] ! Que ma salive blanchâtre tombe fraîche et sûre ! Que ce soit selon la volonté d'Allah ! »

Dans cette invocation d'une masseuse âgée et de condition modeste, on retrouve une des configurations des soignants javanais les plus élémentaires. Il s'agit de conjuguer l'aide d'Allah et des deux germains intérieurs et invisibles ⁸⁵ avec les moyens très physiques des deux mains de Kem. La grand-mère se dit musulmane, donc commence par l'invocation la plus courante, « Bismillah... ». Encore faut-il savoir que depuis peu les non-musulmans lorsqu'ils parlent publiquement commencent aussi par la même phrase. À peine entamée la préparation spirituelle d'un travail rituel de massage, embah Kem a recours à ses germains placenta et cordon ombilical pour qu'ils révèlent à ses mains comment trouver la maladie dans le corps de son patient. Crachant sa salive sur ses deux mains, elle rappelle simultanément les couleurs (blanche, rouge, etc.) et les orientations de son propre corps dans le cosmos environnant. Ce sont les germains placenta et cordon ombilical qui permettent à tout homme de s'orienter dans le temps et dans l'espace, ce cosmos dont ils se détachent à la naissance tout en gardant les coordonnées. Les dieux et les esprits sont autant dans le corps qu'ils sont localisés dans le monde extérieur environnant. Une personne telle qu'embah Kem, lorsqu'elle demande une révélation, parle donc à ses germains, véritables gardiens

⁸⁵ A Java, et en Indonésie en général, le placenta et le cordon ombilical sont considérés comme les germains du même sexe que la personne avec qui ils naissent.

quotidiens. Ainsi les mains peuvent-elles trouver la lésion à l'intérieur du corps malade ⁸⁶.

Que ce soit à Bali (Weck 1937 : 10-37), à Madura (Jordaan 1985, chap. 6), ou à Java la plupart des guérisseurs traditionnels, quelle que soit leur spécialisation, ont reçu leur vocation à travers une révélation (*wahyu*). Voici comment embah Kem m'a décrit la sienne.

« Pour commencer j'ai rêvé (il y a une vingtaine d'années) d'une vieille dame portant une châle. Et la vieille me demanda, « Oh, je te cherchais depuis plusieurs jours sans te rencontrer. J'ai beaucoup languï après toi (*kangen*). Je suis malade de fatigue. Je te demande un massage ». Et embah Kem répond, « Comment pourrais-je vous masser grand-mère ? Une personne comme moi ne sait pas masser ». Et la vieille dame de répondre : « Tout de suite après que je t'aurai appris, tu me masseras ! » La vieille s'étendit ensuite sur le ventre et je l'ai massée. Puis elle s'est mise sur le côté et je la massais, et finalement sur le dos et j'ai massé. Ensuite la dame m'ordonna ainsi, « Maintenant que tu peux faire cela, tu es devenue une masseuse ». Voici comment la vieille personne m'a parlé. Alors je lui ai demandé, « Grand-mère ! La masseuse que je suis devenue n'a pas de formule ⁸⁷ ». Et la grand-mère répondit, « Il y a la prière que j'ai déjà dite toute à l'heure ». Alors elle disait que je pouvais déjà devenir une masseuse. »

Ayant su, par discrétion, éviter de dire la formule en question, et après quelques encouragements de la part d'un ami commun, embah Kem reprenait :

« J'ai reçu une révélation du Seigneur ⁸⁸, quelqu'un donc très loin de ma mère. Et si j'allais masser des fesses, ma prière [*sotto-voce*] serait, « Os Sulbi ⁸⁹, je vais vous remettre en place. Que seulement cela réussisse intérieurement ! » Ou bien pour le dos, « Océan *ran-té* ⁹⁰, je vais vous mettre là où il faut ». Si c'est l'étoile Johar c'est

⁸⁶ Cf. Weck 1937 : 23-24 pour un exemple balinaï du salive support de la parole.

⁸⁷ Masser, frotter peut se dire *blonyo*, qui veut dire aussi oindre. Ceux qui sont oints sont bénis, comme Sri, la déesse du riz, et Sadana, son frère, (« les deux oints ») qui figurent en statuette devant le lit nuptial et le grenier de riz au centre de la maison javanaise. Cf. Headley 1987 : *passim*.

⁸⁸ Divinité de forme humaine.

⁸⁹ On dit que cet os est commun à Adam et Eve, sans expliquer comment.

⁹⁰ Je ne connais pas si ce mot est un toponyme ou peut donner une glose.

pour le ventre, ces douleurs ont pour prière : « Etoile Johar, asseyez vous, je vais vous décorer, vous remettre en place. »

En fait il s'agit de trois invocations qui correspondent à trois circuits. L'os, l'océan et l'étoile désignent respectivement : la direction que prennent les mains de la masseuse (1) en partant des fesses vers l'abdomen ; (2) en partant du bas de la colonne vertébrale pour arriver à l'extrémité des mains ; (3) en partant de l'abdomen vers les pieds. Nommés *sotto-voce*, ces circuits sont désignés au moyen d'un vocable métaphorique, ce qui va de pair avec l'interdiction de dévoiler ces prières et cette technique. Embah Kem décrit sa vocation comme due à une révélation personnelle et privée,

« Après que j'ai reçu ce *wahyu*, je suis devenue masseuse. J'ai pu ainsi louer une maison, et vivre avec mes enfants. J'ai six enfants, dont quatre ont déjà fondé leur propre famille. Je n'ai pas d'élèves et mes enfants ne peuvent pas faire de massages ».

Il lui semble impensable qu'elle puisse communiquer ses formules périssables à sa famille sans que celles-ci perdent leur valeur.

Interprétation. Pour un Javanais tout corps est couvert de signes (*wirasat* et *tandha*) et ceci pas seulement lors d'une maladie. On lit à travers de multiples signes⁹¹ l'état intérieur du corps et le destin de l'être. Ceci explique qu'à Java le diagnostic de beaucoup de maladies courantes dépend d'une lecture attentive du corps du malade après que le guérisseur s'intériorise à l'intérieur de son propre corps. Il s'agit de percevoir la maladie non pas avec les cinq sens extérieurs mais par l'intérieur du corps du guérisseur. Rentré dans son propre corps à lui, à partir de son propre for intérieur, il lit les signes sur le corps de l'autre. Autre constatation que permet cette invocation prononcée par embah Kem : l'inversion possible entre support et médication. Les malades avalent leurs médicaments souvent après avoir prononcé une formule telle que : « Au nom de Dieu tout-puissant, que ce

⁹¹ Cf. pour un répertoire d'exemples l'almanach *Betaljemur Adammakna*, réunis par son éditeur Soemodidjojo Mahadewa : frissons nerveux (dit *kedut* § 28) ; taches de naissance (*ciri toh*) ; cinquante-sept espèces de taches de beauté (*ciri andheng*) ; trois sortes de sifflements d'oreilles ; palpitations cardiaques ; sensation de chaleur dans les lobes de l'oreille § 228 ; taches devant les yeux, § 229 ; visage qui devient brûlant § 230 ; faux étouffements ; rêves ; etc. Il existe une quarantaine d'éditions de ce livre fait à Yogyakarta.

remède-ci ait son effet ». L'inverse est aussi fréquent. Les éléments intérieurs et invisibles trouvent un support, un véhicule physique, pour se manifester. Quand embah Kem crache, extériorisant sa salive sur ses deux mains, elle demande l'aide des deux sœurs/frères placenta et cordon ombilical par cette déclaration. De ce premier exemple d'un type de soins javanais, le massage, nous pouvons retenir trois niveaux d'analyse :

1. L'invocation peut être adressée *ad intra* (manifestation des forces intérieures) ou *ad extra* (expulsion des saletés ou douleurs impropres à l'homme). Le corps malade est le siège non seulement de la maladie, mais les esprits qui siègent dans le corps du guérisseur peuvent le guider vers la cause du mal.

2. Cette prière peut être le véhicule des médicaments pour encourager leur efficacité et inversement la salive, une feuille, etc., peuvent être le support et le traitement (*tamba / jampi*) par des paroles qui font revenir (*diwarasaké*) le malade à la santé, en faisant disparaître la douleur, la maladie (*sakit/loro*)⁹².

3. De même que le corps est l'objet de divination pour maintenir sa pureté vis à vis du temps et de l'espace, de même lorsque le corps est malade il faut une divination ou une révélation au guérisseur pour commencer le travail de massage.

Une masseuse, comme toute femme javanaise, connaît des préparations médicinales à partir des plantes. Ceci n'est pas un savoir réservé aux initiés comme la technique du massage, même si à cause de ses nombreuses relations thérapeutiques avec son entourage, elle détient un savoir plus développé. La *sage-femme*, qui servira comme deuxième exemple de soignantes javanaises, aurait encore plus d'occasions pour mettre sa connaissance des plantes médicinales à l'œuvre. Les associations des plantes à certains besoins ou maladies physiques sont analysées et codifiées par écrit à Java depuis le X^e siècle⁹³. À partir du XIX^e siècle des

⁹² Un mal ou une douleur, physique ou moral, qu'on ressent ou que l'on cause, se dit *lara* en javanais commun (*ngoko*) et *sakit* (langue raffinée, *krama*). Le mot raffiné, qui existe en malais/indonésien, est également présent en vieux javanais, spécialement avec le sens de douleur physique.

⁹³ Cf. Pigeaud 1963 (vol. 1) : 265-267, sur les traités médicaux anciens, ou *usada* (sanskrit *ausadha*). Dans les traités médicaux contemporains, i.e. *Primbon Jalu Usada* (pour les hommes, 60 cas) ; *Wanita Usada*, (pour les femmes, 59 cas) ; *Triguna Usada* (263 cas divers) ; *Rarya Usada* (pour les enfants, 143)

pharmaciens hollandais puis indonésiens précisent parmi les multiples ingrédients de chaque préparation lesquels sont responsables chimiquement du bienfait de leur consommation lors de certaines pathologies. Que des invocations accompagnent ou non la prise de *jamu* (médicament), la concoction est censée, dans la pratique des Javanais, avoir une efficacité « en soi » du fait que la préparation participe par la juxtaposition des qualités amère, sucrée, aigre et salée (*pait, legi, asem, asin*) au rééquilibrage de la faiblesse corporelle traitée. Les sages femmes notamment prévoient de jour en jour ces potions pour une femme enceinte ou ayant récemment accouché et pour ses enfants.

Embah Lawi (hameau de Tempelrejo, village de Ngargosari, préfecture de Sragen, 8.VII.93) essaie lors d'un accouchement de positionner le bébé si c'est nécessaire.

Les invocations sont des encouragements très simples du genre : « Que le bébé naisse facilement ! » Ceci est dit en frottant, par dessous le *sarong* (pagne) de la mère, la place où le bébé doit apparaître. Lorsqu'un accouchement tarde trop, embah Lawi frotte le ventre de la mère avec le pantalon du mari, fraîchement lavé et séché au soleil en disant, « Pourquoi attendre demain ? Pourquoi attendre demain ? Que le bébé sorte facilement maintenant ! » Ensuite, dès que l'enfant est né, elle coupe rituellement le cordon ombilical en invoquant quatre germains (*kanda empat*) du même sexe que le nouveau-né : le placenta, son sang, le *vernix caseosa* et le cordon ombilical. Puis dans les invocations ultérieures, ils sont réduits (*pars pro toto*) à deux, le premier et le dernier. Ces esprits puissants qui accompagneront le bébé tout au long de sa vie, la sage-femme et le père les enterrent ensemble devant la maison. Les frères germains à droite de la porte principale en sortant, et les sœurs à gauche. Maintes fois décrites dans la littérature ethnographique concernant Java (cf. Headley 1983), ces pratiques relèvent en dernière analyse d'une vision orientée du cosmos, avec ces quatre éléments, quatre points cardinaux, d'où sortent les germains lorsqu'ils entrent dans la composition d'un être humain. Les mains de la sage-femme protègent ces liens, cette orientation cosmologique pour que, par la suite, l'enfant soit bien orienté lui-même.

qu'on trouve dans les almanach javanais, principalement le *Lukmanakim Adammakna*, il y a des listes de maladies et les préparations des plantes qui aident à les soigner.

Embah Lawi explique : « Jusqu'à son quarantième jour, dit *benglé*, on donne à l'enfant un *syarat* (moyen), une racine de gingembre (*Zingiber cassumuner* Roxb.), attachée sur la hanche ». En même temps, la tradition veut qu'on mette une croix en noir (suie) et blanc (chaux) sur la porte principale de la maison ⁹⁴. « Après le quarantième jour la racine est attachée aux vêtements car le bébé est déjà grand ». On vaporise d'eau et de sel sur tout le corps de l'enfant en disant cette prière : « Frère aîné cratère [liquide amniotique] et cordon ombilical, aidez votre germain. Que cette eau rejoigne le cordon ombilical planté [dans la terre] ».

La logique sociale revient en force ici dans les liens insécables entre soignant, soigné et médication. Dans l'exemple banale ci-dessus concernant le liquide amniotique et le cordon ombilical, on a eu recours à partir des symptômes et leurs représentations à des classifications habituelles. Ainsi la persistance d'une maladie pousse vers une recherche dans le savoir commun. Par la recherche de soins particuliers apte à guérir, il y a toujours des observations *prima facie* sur l'efficacité immédiate de tel ou tel choix, mais pour les maladies chroniques la notion du destin de la personne intervient. Dès la naissance du bébé, la sage-femme traditionnelle soigne les « germains » alors que souvent le *bidan* (sage-femme accréditée par la clinique sous-préfectorale) ne fait que les remettre à la mère dans un pot de céramique. La notion de personne et ses « germains » est malmenée par le *bidan*.

Interprétation. La complémentarité des types de soins à Java est mise en valeur dans ces traitements par des paroles invocatoires et par des concoctions préparées au village ⁹⁵. De même, la décoration de la porte est prescrite dans cette tradition pour repousser les convulsions dont les animaux sauvages d'un paysage mythique essayent d'affliger le bébé. Les berceuses des grand-mères font référence aux besoins de protection nocturne des nouveau-nés et sont en quelque sorte des chants-remèdes contre ces maladies apportées pendant la nuit. B. Arps (1995)

⁹⁴ Équivalent des « milles protections » (*perdang séwu*), ces rayures diagonales, appliquées ailleurs sur les montants des portes.

⁹⁵ Pourtant ce ne sont pas les paroles mais bien le rhizome de gingembre qui évoque la protection des enfants observée dans le mythe d'un nouveau-né attaqué par le bestiaire de Kala, le mauvais, raconté oralement et souvent reproduit dans les almanachs.

étudia la stylistique de cette poésie chantée pour créer une barrière verbale : « By virtue of their contents and this way of using them, they belong to the sphere of prayer ».

Dans ces deux premiers exemples, les soins du corps par la masseuse et la sage-femme s'accompagnent toujours de formules incantatoires. La division par spécialisation de ces sciences révélées s'est accommodée depuis le milieu du siècle dernier des campagnes de vaccination, et de l'introduction de la pharmacopée chinoise et européenne dont les Javanais font largement usage. Une voisine de la masseuse embah Kem va toujours la voir avant ou après la visite au dispensaire (Pukesmas), évaluant l'intérêt des différents types de soins, souvent en termes de durée d'efficacité. Par exemple le massage fait baisser tout de suite la fièvre pour deux heures, le *paracétamol* pendant six heures mais pas immédiatement. Dans les grandes villes la disponibilité « théorique » des techniques telles que l'échographie et le scanner ne fait que rallonger l'échantillon de soins déjà élaboré par la médecine javanaise traditionnelle. Que leur prix soit prohibitif n'empêche pas la majorité des habitants de connaître leur existence. À l'intérieur de cette gamme de possibilités, il n'y a guère que les techniques indigènes qui permettent au soignant d'utiliser simultanément plantes, formules et mythologie ⁹⁶.

Logiques sociales

Il y a des savoirs qui ne sont pas possédés personnellement, mais auxquels a recours tout Javanais malade, même s'il fait intervenir un spécialiste. Il s'agit des

⁹⁶ Historiquement l'intégration de la médecine occidentale aux gammes des soins à Surakarta commence chez les princes. Paku Buwana X (1893-1939) faisait venir pour sa reine Ratu Mas, lorsqu'elle accouchait, des soldats, des prêtres et prédicateurs javano-musulmans (*juru suranata et ulama*), des musiciens (*niyaga*), des domestiques, des fonctionnaires (*pengulu*) et un médecin occidental (cf. Darsiti Soratman 1989 :156). C'est cette intégration des fonctions sociales et l'absence de cloisonnement des domaines culturels qui caractérisent l'approche javanaise de la santé, fait social total.

diagnostics admis communément, par exemple l'utilité de telle plante pour tel symptôme. Un tel savoir évolue avec la société ⁹⁷.

Herboriste (sadéan jamu)

Au marché aux fleurs de Surakarta, une jeune femme, Semiyati, originaire du village de Nglengkeng (*kecamatan* Bulu, *kabupaten* Sukaharjo), quelques 30 km. au sud de la grande ville, vend des concoctions de *jamu* (plantes médicinales). Ceci à partir de sept heures chaque matin, jusqu'à ce que ses douze bouteilles soient vides. Accroupie à côté de son panier, sans vraiment posséder un stand, elle reste habituellement à l'intérieur du marché du côté des vendeuses de chair de poulet. À cent cinquante *rupiah* (cinquante centimes) le verre, les habitués du marché et les autres passants s'agenouillent trente secondes devant ses bouteilles le temps de boire leur verre. La plupart du temps ils, surtout les hommes, ne parlent pas avec elle une fois qu'ils ont commandé.

Les ingrédients sont préparés par la famille de Semiyati à la campagne. Elle y retourne une fois par mois pour renouveler son stock. Par contre chaque matin elle mélange elle-même avec de l'eau ses quatre remèdes à partir de ces *jamu* : (1) feuilles de manioc (*godhong katis*) et concombre (*temu ireng* ; *Curcuma aeruginosa* Roxb.) pour stimuler les appétits de tout ordre ; (2) « piment » (*cabe puyang*), mélange de gingembre (*jahé*), *ceplih sari* (= ?), *temu gring* (une racine jaune), *adas pulawaras* (*Alyxia stellatu*) et pétales des fleurs jaunes (= ?) pour donner un corps plus robuste ; (3) *Kunir asem* (*tumeric aigre*) composé de feuilles de *kunir* (*Curcuma longa*) et l'eau du sucre utilisé souvent pour les femmes pendant leurs règles ; (4) le médicament amer (*jamu pait*) ⁹⁸ est accompagné d'un verre d'une boisson sucrée, *beras kencur* ⁹⁹, qui aide à avaler la précédente. Les deux sont pris lors de malaises.

⁹⁷ Cf. le recueil de formules médicinales et autres provenant de la région de Tegal, de van Dapperen (1933 : 200-204), notamment les formules n° 6 et 7 pour la variole et le choléra qui sont maintenant désuètes.

⁹⁸ Composé de *sambi rata*, *babagan pulé*, *wit secang*, *ceplik sari* et *temu ireng*.

⁹⁹ Concoction de riz décortiqué, *kenem jahé* ; *jangan manis* ; *wit legi* ; *adas pulawaras* ; *klabet* ; *kapu laga* ; *cingkèh* (clou de girofle) ; *tambar mrico* (poivre de coriandre).

Semiyati et les nombreuses autres femmes dans la région de Surakarta vendant des concoctions de plantes médicinales ont été concurrencées depuis le début du siècle par des entreprises commerciales. Leur développement en industrie pan-indonésienne contribua fortement à la propagation de ces préparations pour lesquelles Surakarta est connue. Boomgaard (1993 : 85) signale qu'au moment de la révolution médicale en Europe (1860-1880), à Java la population néerlandaise utilise cette médecine plus souvent qu'elle ne consulte un médecin occidental. Ces dames néerlandaises dont les familles sont souvent « aux Indes » depuis des générations, rédigent des manuels en malais (l'indonésien de l'époque) comme si la médecine traditionnelle javanaise était la leur.

Interprétation. On peut considérer ces prises de médecine à des fins prophylactiques comme la structure élémentaire de la médecine javanaise traditionnelle. Déjà à ce niveau le vocabulaire de la guérison, la terminologie de la pathologie et des remèdes sont bien élaborés. Cette construction connaîtra des additions provenant des vocabulaires étrangers (indiens, anglais, néerlandais, etc.) utilisant une série de vocabulaires d'équivalence (cf. Jordaan 1985 : 200) : synonymes d'une même catégorie, « origines » communes, association par métaphores. La langue javanaise, exploitant jusqu'à six niveaux de langue, s'y prête facilement.

Entre la prise d'un verre de médecine d'herboristerie au tournant d'un couloir dans un marché bondé, et la préparation rituelle de « neuf eaux » par le prêtre du théâtre d'ombres (*wayang kulit*) les changements sémantiques du vocabulaire javanais nous balisent le parcours. Voici trois étapes. La dernière sera illustrée par le quatrième exemple (cf. Headley 1995).

- boire — ombé — une concoction de plantes — *jamu* ;
- cracher — *japa* — sur le corps du malade avec de l'eau et éventuellement des formules ;
- dire le monde — *kanda buwana* — sur le corps malade avec un mythe.

On voit ici se profiler le passage du sens « avaler » vers « asperger » indiquant du point de vue de l'initiative du soignant le passage de l'absorption des plantes médicinales à celle de la parole.

En dehors du vocabulaire des gestes soignants, il y a aussi la référence au cadre pathologique déjà inhérent à la prise des *jamu*. La gamme du chaud-froid en

est le schéma pathologique de base. Le choix de la concoction à prendre vise à harmoniser le déséquilibre que les malades expérimentent. Et les besoins du corps peuvent se diviser en deux. Par exemple, la partie basse du corps des mères post-partum a besoin du froid pour arrêter les écoulements et la partie haute du chaud pour provoquer la lactation nécessaire au nouveau-né. Evidemment ceci s'accorde aux essences des plantes. Par exemple si la noix du coco est froide, le sucre du palmier à sucre est chaud ¹⁰⁰. Donc la mauvaise santé (oppssant *illness*, état ressenti subjectivement, à *disease*, analysé empiriquement) est représentée comme un manque d'équilibre entre le chaud et le froid. Cette caractérisation varie selon l'âge, le sexe et même les ethnies, celles-ci n'ayant pas toutes les même pathologies. Le quatrième exemple illustre à la fois la logique des acteurs et les logiques sociales car il concerne justement la maladie envisagée comme adversaire et impureté.

Écriture sur le front

La notion de « saleté » (*suker*) à Java était enracinée dans la mentalité par une série d'interdits qu'on appelle *adat* (coutume). La saleté est un état maladif. Les rites et les livrets de purification expliquent que des infractions à la coutume entraînaient de nombreux cas d'impureté (*sukerta*), jusqu'à cent cinquante dans le *Serat Murwa Kala* de Raden Mas Citrakusuma. Ainsi devient-on la proie de Kala qui mange la chair de ces gens impurs. Et sur le modèle des épidémies et des parasites, l'armée de Kala, envahit les rizières. Avant que la médecine coloniale n'introduise la notion de germe (*baksil*), les fléaux de l'humanité et des rizières étaient souvent pensés sur un modèle de germes / semences (*wenih/wiji*), car le mauvais avait été introduit dans le monde lorsque Guru (= Siva) avait déversé son sperme dans l'océan du monde d'en bas. Les rituels de purification tiennent ce mythe pour le point de départ des maladies humaines et botaniques.

Embah N.C. est un *dhalang*, marionnettiste (femme) du théâtre d'ombres javanaises (*wayang*). Elle a quatre-vingts ans passés. Elle appartient à une famille de marionnettistes dans laquelle on compte beaucoup de *dhalang*. Son fils qui dirige l'orchestre de gamelan avec lequel elle joue, en est un aussi. Embah N.C. a

¹⁰⁰ La fréquence de ces classifications dans l'ouest de l'Indonésie (Sunda, Jawa, Madura et Bali pour énumérer que les plus proches) fait dire à R. Jordaan (1985 : 206), qu'il y avait une ancienne tradition médicale commune à cette région avant les apports indiens au V^e siècle.

précédé le gros de la troupe de Solo à Kutaharjo le 19 mai 1988 pour préparer les offrandes qui accompagnent la pièce de la Naissance de Kala (*Murwa Kala*). Une famille lui a commandé cette pièce pour purifier le destin d'une jeune fille de 17 ans (venue de Jakarta) dont la sœur jumelle est décédée. Ceci correspond à une des catégories de destins à guérir. Le soir du 20 mai, il y eu toute cette turbulence et l'arrivée sous une pluie battante des musiciens, de ses petits-enfants et de son fils (le véritable chef de la troupe). Embah N.C. n'a pu finalement commencer l'exorcisme que le lendemain vers onze heures. Les soucis familiaux et les préparatifs du *wayang* étant derrière elle, elle s'engage lentement, avec soin, dans l'interprétation de ce mythe. Comme elle me l'a dit les semaines précédentes, elle veut faire l'exorcisme comme autrefois, complètement, dans tous ses détails. Elle a beau ne pas connaître la famille en question, elle va tout de même lui donner un produit de qualité ; ils en auront pour leur argent. Avec ses lunettes noires, ses fleurs dans son chignon, son petit corps trapu de grand-mère a retrouvé son élan de jadis. Elle est prête.

Deux montagnes (c'est-à-dire des « ombres » découpées dans du cuir) pivotent devant l'écran ; elle prie. L'histoire commence... Autrefois le sperme du dieu Siva est tombé du ciel dans la mer. Il en est né un monstre contre lequel les armes des dieux sont impuissantes ; au contraire celles-ci, une fois lancées contre Kala, se transforment en son corps. Sous la pression de son frère aîné Narada, Siva finit par admettre sa paternité dans cette affaire : il va devoir tout apprendre à ce monstre redoutable nommé Kala. D'abord il lui enseigne le *sungkem* (le *sembah* ou *anjali*, posture agenouillée le nez contre les genoux de son père), pour que le respect et l'humilité lui soient possibles. Ensuite son père Guru lui enlève ses deux crocs pour en faire une hache avec laquelle il doit couper la viande qu'il va consommer (la chair humaine) au lieu de la déchirer avec les dents. Le dieu Siva, sous le nom d'enseignant (Guru), continue :

GURU : Avec cela, mon enfant, qui est le benjamin, je vais maintenant te donner des conseils. Tu auras des « lignes et des figures » : (*rajah*) la première sur ton front, la deuxième sur ton palais mou, la troisième sur ta poitrine, et la quatrième sur ton dos. Ces « lignes et figures » sont censées être capables d'améliorer le destin du monde, affligé par Bathara Kala [= le monstre « Mauvais »]. Qu'il soit bon ! Qu'il n'ait plus de mal ! Quant aux « lignes et figures », là, elles deviendront toutes des supports. Oui, elles deviendront des prières [*donga* < arabe : *du'a*]. Oui, elles pourraient devenir des outils. Oui

elles pourraient bien. Mais jusque là, leur source est égale, alors une partie s'appelle des « lettres de char », c'est-à-dire qu'elles sont déjà partout sur ton corps comme je l'ai commandé. Elles sont devenues le symbole de protection contre Bathara Kala dont le comportement n'est pas tout à fait correct. Sois attentif aux messages qui sont partout sur ton corps !

KALA : Oui, j'obéirai à ces lettres, à cette écriture. Cette écriture-là peut-elle être lue à haute voix ?

GURU : Elle peut être dite, mais le seul qui peut la lire, c'est moi, parce que je suis ton père. L'existence de Bathara Kala vient de Bathara Guru.

KALA : En effet. Maintenant je demande la lecture.

GURU : Écoutons ! Je lirai ce qui est sur le front.

KALA : Oui.

GURU (psalmodiant) : Om... agitant, agité, agissant,
assemblant, ressemblé, ramassé,
pilant, moulant, broyant,
clôturant, clôture en fer.

Protégé par les dieux.

Oui Kala, je suis Sang Hyang [l'esprit].

Je suis Sang Hyang. Tu es Kala.

Kala, je vais vaincre Kala.

Je vais faire connaître ton origine !

La lecture des trois autres prières suit, toujours chantées en récitation (*uro2*). À la fin de la pièce, trois heures plus tard, aura lieu une deuxième lecture de ces formules. Entre-temps, les dieux seront descendus pour se constituer en troupe de théâtre d'ombres. À la demande de la famille affligée par Kala, on monte la pièce, *Murwa Kala*. On se trouve donc en présence d'une pièce dédoublée à l'intérieur d'elle-même. Kala poursuivant la personne qu'il veut dévorer (ici une fille de 17 ans), arrive précipitamment sur la scène où l'on joue son origine. Il veut voir le *wayang*, mais en fait il l'interrompt en secouant les piliers de l'écran du théâtre d'ombre. Le *dhalang* lui reproche cette intrusion car sur l'écran, dit-il, se déroule le monde et tout ce qu'il contient. Kala lui demande pardon ; le *dhalang* répond qu'il n'y a pas de pardon. Kala répond qu'à l'origine il était un dieu, mais que maintenant il est devenu un monstre. Le *dhalang* lui demande, « Lequel de nous est le plus fort ? » Puis il reproche à Kala de ne pas connaître l'origine du *dhalang*, lui qui connaît les circonstances de la naissance de Kala, de même que le déroulement de sa vie et ce qui va être sa fin. Lorsque le *dhalang* insiste sur le fait que la personne qui est responsable de l'exorcisme doit recevoir sa récompense, Kala offre sa hache (pour tuer les hommes) afin de pouvoir assister à cette pièce

sur l'incarnation de Kala. Le *dhalang* le corrige : « C'est plutôt pour dire son origine que je vais lire ces lignes et figures [*rajah*] ». « Essayez de les dire », encourage Kala. « Cela fera disparaître les fautes de beaucoup de monde », répond le *dhalang*. En le remerciant, Kala se demande ce que ces lignes et figures (*rajah*) peuvent bien être. En fait, elle sont la première des prières que le *dhalang* avait dite / écrite sur son front au début de la pièce.

Un mot sur l'assistance. Pendant les quatre heures qu'a duré le spectacle de purification (*ruwatan*), la jeune fille, assise entre ses parents, faisait face au *dhalang*, de l'autre côté de l'écran. Par ailleurs les invités et l'ensemble du village mangeaient, fumaient, parlaient et se distrayaient, au point que même avec un micro on entendait à peine le *Dhalang*. Heureusement, dans le calme de la maison de Embah N.C. à Kartasura j'avais fait un enregistrement préalable qui me servait de « libretto » pour suivre son interprétation. Mais si l'assistance était distraite (en dehors de la famille commanditaire), les artistes (une vingtaine de musiciens y compris trois chanteuses) accompagnaient Embah *dhalang* avec précision. La plupart des spectacles de La Naissance de Kala (*Murwa Kala*) insistent sur le fait que seul un(e) *dhalang*, avec une descendance sur sept générations à partir du *dhalang*-ancêtre, Panjang Mas, (cf. Groenendael 1985 : 58-65) soit capable de représenter cette pièce sacrée concernant Kala. Donc les apparences de distraction sont bien trompeuses et le sérieux se cache derrière elles.

Si j'ai pris le théâtre d'ombres comme exemple des logiques sociales inscrites dans les rites thérapeutiques javanais, c'est parce qu'il donne d'office et avec beaucoup de nuances, la voix, et le style de prière javanais le plus ancien que je connaisse, ce qu'on appelle : *uni katulis ing jagad* (= le son écrit dans le monde). Donc « l'écriture sur le front » et les trois autres « prières » représentent un type d'invocation javanaise largement répandu par le biais du wayang et ceci en dépit d'une pratique islamique elle aussi très commune.

Comme cette invocation se passe sur l'écran du théâtre d'ombre à travers la voix du *dhalang*, la gestuelle reste limitée. La marionnette de Siva/Guru parle en langue basse (*ngoko*) en s'adressant à Kala. Kala répond chaque fois (ayant appris les usages auprès de son père) en langue respectueuse (*krama inggil*), précédant chaque intervention d'un *sembah* (posture inclinée les mains jointes) ; mais rien ne peut changer le fait qu'il surplombe son père par sa grandeur monstrueuse, alors qu'il ne devrait jamais mettre la tête au même niveau que la sienne. Souvent

ces conventions sont indiquées au début de la pièce, avec quelques rappels au cours de son déroulement, mais elles ne sont pas systématiquement observées tout le long de la représentation. Par exemple, devant Kala, le *dhalang* parle de lui-même en *ngoko*, alors qu'on aurait pu attendre le *krama*. Il suffit de dire que dans les scènes de cours plus littéraires ou les sections proprement rituelles, l'intonation est peu exploitée comme registre expressif, alors qu'à d'autres moments où le *dhalang* recherche l'attention des spectateurs (dans la partie comique, ou dans les reparties devant les combats) il développe davantage l'intonation. Mais, la voix des personnages importants est toujours reconnaissable à son timbre. On pourrait fermer les yeux et savoir qui parle à qui. Jouée le jour, donc sans ombres, comme cela devrait se faire spécialement pour cette pièce de Murwa Kala, cette pièce, *La Naissance de Kala*, est un rite oral où la voix polyphonique du *dhalang* est relayée par la musique du gamelan et les voix des chanteuses (*pesindhen*).

L'espace social de cette voix plonge très loin dans le passé javanais et garde une grande popularité aujourd'hui. Même si le *wayang* est perçu, surtout par la jeunesse, comme une distraction ou un rite ancien, il véhicule toujours des catégories d'expérience javanaise qu'on peut très bien comparer à celles de Bali où la religion, assez différente comme la société, connaît aussi ce mythe et son utilisation par des *dhalang* pour libérer une personne malade de son destin. Ceci nous autorise, lorsque les mêmes invocations dans les mêmes pièces sont utilisées dans les deux îles, à faire des rapprochements en vue de compléter des données. Sans dire que *l'ici* s'explique par *l'ailleurs*, on ne peut pas oublier l'influence et l'apport de l'Inde, dont la théorie linguistique se manifeste partout en Asie du Sud-Est par une cosmogonie de la parole. Ceci sans que les indigènes tiennent compte d'une quelconque orthodoxie étrangère. La notion de la création *ex nihilo* par la parole est si largement répandue dans le monde nusantarien qu'il suffisait que le vocabulaire linguistique de cette cosmogonie indienne soit transposé au monde javanais pour que les Javanais puissent parler avec des termes sanskrits de la puissance créatrice (*sakti*) du son : non pas de n'importe quel bruit, mais des phonèmes, des paroles que *l'homme* peut recevoir et transmettre lors des dialogues avec les dieux. Cette capacité des phonèmes à créer le monde est le leitmotiv de toute la réflexion javanaise sur la prière. Ici, dans la pièce *La Naissance de*

Kala, nous trouvons une explication privilégiée. Le dieu incarné dans le *dhalang* va recréer le monstre Kala en racontant ses origines.

Or les origines de Kala se confondent, d'après les prières employées dans le mythe, avec la création du premier homme (cf. Headley 1987 : 133-152). Pour un Javanais moyen, ce premier homme, c'est plutôt *nabi Adam*, dans les généalogies de « droite », mais cela n'exclut pas le rôle important des généalogies de « gauche », purement javanaises, des protecteurs (*dhanyang*). En tout cas la malveillance de Kala n'a pas besoin d'une caution islamique pour qu'un Javanais moyen impute à son action une calamité qu'il vient d'endurer. La maladie, la saleté (*reged*) d'une victime de Kala qu'on veut effacer par l'exorcisme, est bien à la fois la sienne et celle dont Kala partage la responsabilité. On est affligé à cause de sa naissance, de même que Kala, à cause de sa naissance extra-utérine, possède des appétits cannibales inassouvis. Kala lui aussi l'admet quand il dit au début de la pièce qu'il ne retrouvera pas son corps de divinité s'il ne rentre pas dans le circuit d'échanges et de créances, qu'implique la responsabilité, en l'occurrence le paiement au *dhalang* d'une compensation (*opah*). Ceci, il le découvre lorsque inopportunistement il dévore les offrandes que la famille de la fille à exorciser avait données au *dhalang*. Ayant pris ce qui ne lui appartient pas, Kala est tenu pour doublement coupable. Après avoir affligé sa victime, Kala vole ces offrandes à « l'ancêtre qui réceptionne » (*kyai Buyut Penampa*). Alors Kala décide qu'il veut être adopté (*akon*) par le *dhalang*, ce qui implique que le *dhalang* joue (*mayang*) la pièce qui raconte ses origines. C'est pourquoi, quand le marionnettiste va dire les prières qui sont « écrites » sur le corps de Kala, il appelle ces « lignes et ces figures » (*rajah*) son tempérament (*hawa nafsu*), car les *mantra* disent son origine, expliquent comment il est devenu le monstre dévorant qui afflige l'homme de *sukerta* (dérangements) et de *halangan* (obstacles).

Interprétation. Ayant vu le contexte de la communication lors de ce rite oral, regardons de plus près ce qui est dit, et comment on choisit de le dire. Initialement nous avons décrit quelques unes des conventions du *wayang*. Maintenant il s'agit d'aborder les performatifs et déictiques de ces conventions théâtrales si bien acceptées que l'assistance n'y pense plus, si ce n'est qu'elle sait qu'avec les marionnettes on arrive à faire dire des choses qu'on n'arrivera pas à dire dans le quotidien. Il s'agit donc bien d'un rite oral pour lequel il n'y a aucun écrit canonique.

On va tenter de parler avec les dieux, de dire où est le mal et de participer à leur victoire sur le mal. Ce mal, c'est un dieu, le benjamin de Guru (= l'enseignant), le roi des dieux. Mais si les dieux peuvent s'incarner comme *dhalang* (c'est le cas de Visnu et Siva), ils peuvent aussi subir nos propres distinctions de statuts : fort / faible ; jeune / vieux ; droits / devoirs. C'est en racontant une histoire qui les concerne qu'on arrive à dire des prières qui nous concernent. Guru dit à Kala : « Je vais maintenant te donner des conseils [*pituduh*] ». Cette sagesse passe de père en fils dans la société humaine (il s'agit d'un genre littéraire tout à fait classique à Java). Mais la manière de donner les conseils est celle des hommes qui parlent avec des paroles et écrivent avec des *stylus*. La parole des dieux, spécialement celle de Guru, emploie des *rajah*, des *mantra* (vers incantatoires) que seulement Guru et les *dhalang* autorisés peuvent dire. Ce qui frappe en regardant les Javanais écouter ces *mantra*, c'est justement qu'ils ne détiennent pas ces *mantra* (c'est le privilège du *dhalang*), donc ils ne cherchent pas à savoir ce qui est dit ! S'ils cherchaient, ils trouveraient que les prières écrites sur le corps de Kala racontent la même histoire que le théâtre d'ombres lui-même. Donc on n'écrit pas sur le corps pour créer un corps imaginaire, produit d'un discours, mais bien pour contrôler le corps trop réel de Kala, mangeur d'hommes. Le rapport du discours que tient Siva avec son porte parole (le *dhalang*) est une question de délégation. Le *dhalang* guérit la personne à exorciser quand il trouve comment désarmer Kala de sa hache lorsqu'il vole des offrandes sans savoir qu'elles lui sont destinées.

Il ne suffit pas, comme dans les rites usuels, de « produire des paroles qui témoignent d'une offrande » (*angsum dahar mesthi diseksèni dening tembung*), mais de transiter de l'écriture au corps de l'individu affligé, que ce soit Kala ou l'une de ses victimes. Le passage se fait parce que ces paroles ont été dites à haute voix, sur un corps tangible. Comme Keeler l'a dit (1987 : 139), un langage qui est fort mais obscur (c'est le cas de ces quatre *mantra*) ne peut être enregistré que dans ses effets (*nyekel rapal*) pour les Javanais. On ne comprend pas le sens des mots mais on constate leurs effets. Quand Guru dit au début de la pièce que ces *rajah* améliorent le destin du monde (*becikaké tindak tanduk kodrating jagad*), c'est parce qu'il a l'intention de s'en servir comme prières (*Iya kena dadi donga, iya kena dadi piranti*). Il va appeler ces instruments des lettres de char (*sastra pinedhati*) capables de repousser Kala. Même si on pourrait traduire *pinedhati* (char) autrement (lettres d'affliction, instables ?), il est certain qu'on dit à haute

voix ces « lettres de char ». D'ailleurs le mot *naca* qu'on utilise pour lire en javanais, signifie *dire* (la lecture à voix basse n'est pas imaginable), et Kala est obligé d'entendre (*mirengna*). Paradoxalement, il entend ce qui est écrit sur son propre corps à des endroits où il aurait bien du mal à le voir, c'est-à-dire son front, son palais mou, sa poitrine et le haut de son dos. Donc, quand le *dhalang* lit, il dit ce que Kala ignore, ce qui fait que Kala dévore les hommes. C'est un dit *performatif* car ceci va le neutraliser. Kala ne sait pas lire et dire cela, parce que c'est écrit sur son corps. La déictique est là. Il n'y a que le père qui sache lire car c'est lui qui a fait, *et* le fils *et* l'écrit. C'est si simple ! Il y a un effacement presque total du niveau conscient du dialogue des acteurs apparents, c'est-à-dire le *dhalang*, et la fille de dix-sept ans qui avait perdu sa sœur jumelle et dont les parents sont à Jakarta... etc. Il ne reste que Guru et Kala qui se parlent sur l'écran. La convention de la prière ici, c'est son « à propos », sa pertinence polyvalente, son pouvoir de réactualiser ses performatifs et ses déictiques dans des situations fort diverses. L'objet produit par le discours, la purification par exorcisme, ne remplace pas petit à petit l'instance qui le produit. Au contraire il en dépend. On doit répéter la naissance de Kala. Autrement dit le lieu de production du discours ne s'éloigne pas progressivement pour devenir un lieu imaginaire dont seulement le discours subsisterait. Le mythe et le dieu sont plus réels que la plupart des discours, à en juger par leur pérennité, et leur vitalité performative. « *Je* » est plus anonyme que Guru et Kala.

Alors que l'islam exige la nomination du Dieu unique et de son nom propre (démonstratif d'existence), ici dans ce rituel de guérison ce n'est pas la soumission (*islam*) mais plutôt l'inclusion que la pragmatique déploie. Il y a de l'auto-implication dans le *salat* (cinq prières quotidiennes musulmanes), ce qu'on peut identifier avec une ouverture intérieure de la personne vers une autre personne plus grande. Mais dans les *ruwatan* (exorcismes), il s'agit d'une protection s'appuyant sur la voix du *dhalang* qui raconte comment il comble l'ignorance du commun quant aux faits dont parlent les mythes.

En fait, la liste que détient le *dhalang* de ceux qui ont besoin d'une purification est une liste inclusive où toutes les possibilités de succession des naissances sont nommées par des métaphores correspondant aux noms d'offrandes à Kala. Le terme *kedana-kedini* (un garçon et une fille) désignait originellement une offrande

de riz en deux cônes ¹⁰¹. Même les formules (*tatabasan*) peuvent être traitées d'offrandes d'expiation au deuxième degré. En fait, tous les supports de théâtre d'ombres sont des parties du corps du dieu cosmogonique : ainsi la lampe des ombres (*blencong*) est-elle la lumière du monde, etc. Toutes ces différentes stratégies d'accumulation ou d'attribution d'identité sont manipulées par le *dhalang* au profit de son client. La voix du *dhalang* est efficace (*mandi*) et la voix du client peut ainsi ne pas s'élever, car le *dhalang* est investi (sa voix, son cœur, son foie, siège de l'intelligence) par le dieu qui lui commande sa parole. Dans le jeu des correspondances, les dieux s'identifient aux parties du corps du *dhalang*, aux marionnettes aussi ¹⁰². À Java cette tradition s'estompe plus rapidement qu'à Bali, mais il reste la simple conviction, la croyance, que l'art du *dhalang* dépasse sa personne, qu'il profère un verbe qui n'est pas le sien, dont l'écriture est d'origine divine, et qu'il sait *dire* pour changer le destin des hommes, comme Guru dit, sur le corps de son fils, « ces lignes et figures » (*rajah*).

Pour conclure, revenons à la prière sur le front. Qu'est-ce qui lui permet de dire autant et si peu ? Le contexte performatif, méta-linguistique, est largement déterminant. La preuve : ici il a fallu plusieurs pages pour introduire neuf lignes dont les trois premières sont autant des signifiants que des signifiés en javanais. Ainsi :

Hong byang byong ambyèng / agolong golong gumolong / a-giling 2 gumiling. (Om agitant agité agissant / assemblant, ressemblé, ramassé / pilant, moulant...). À travers ces trois vers, on a entendu comment *Om* (= *Hong* en javanais), la parole primordiale (représentant les trois points d'articulation possible : A (guttural); U (labial) et M (nasal), agit sur le corps de Kala.

Dans les trois premiers vers on a entendu le bruit de son action. Maintenant on est prêt à être assuré verbalement, « Je suis sang Hyang [= Guru], Tu es Kala ». La démonstration tient des démonstratifs, des pronoms Je / Tu. Tout le reste est sous-entendu, pragmatique. Il suffit de conclure et de dire : « Je vais vaincre Kala. Je vais faire connaître ton origine ! »

¹⁰¹ Cf. *Kidung Sang Empu Lègèr*, canto 75 « e>j » dans Hooykaas 1971b : 262.

¹⁰² Cf. *Dharma Pavayangan* dans Hooykaas 1971b : 19, 25.

Conclusion

La logique sociale dans l'exemple de purification par le théâtre d'ombre résumé ici, s'accomplit avant tout par l'écriture sur le corps qu'accomplit le marionnettiste (*dhalang*) grâce à son savoir des mythes et des formules. Lié ainsi à la cosmogonie par la manipulation des ombres, il sait écrire sur le monde et ainsi libérer les malades. La graphogonie devient médicament qui traite surtout une série de maladies qui tissées dans la vie de l'individu lui dévoilent un mauvais destin !

Pas plus qu'ailleurs, la tradition orale javanaise n'a abandonné le champs de la culture de la santé et de la maladie du fait de la simple arrivée de la *bio-médecine* (cf. Boomgaard 1993 : 83-86) ¹⁰³. Sa logique sociale recouvre la logique des soignants, agents spécialisés qui détiennent un savoir qui leur est propre. Qu'ils soient masseuse, sage-femme ou *dhalang*, ils révèlent, et découvrent la maladie. Une étude des choix entre ces savoirs médicaux par les malades eux-mêmes reste à faire à Java ¹⁰⁴. L'analyse ci-dessus voudrait être une modeste dépistage en vue de ce travail.

Références bibliographiques

Arps B.

- 1995 The song guarding at night : Sources of Cogency in a Javanese Incantation, Ms. de 61 pages à paraître en 1996 in : S.C. Headley (éd.), *Vers une anthropologie de la prière. Etudes ethno-linguistiques javanaises*, Presses Univ. de Provence.

¹⁰³ Cf. aussi pour comparer avec une société plus industrialisée mais dans une problématique similaire Ohnuki-Terney 1984.

¹⁰⁴ Malgré l'existence d'une sociologie de la connaissance, personnellement je ne pense pas qu'il y a raison à opposer le savoir commun et celui des soignants, mais le problème est à débattre. Cf. Meyer 1988 : 23.

Azwar Agoes, T. Jacob

- 1992 *Antropologi Kesehatan Indonésia*, vol. I, « Pengobatan Tradisional », Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Betal Jamur

- 1973 Edité par Soemodidjojo Mahadewa, 21e édition publié par « Soemodidjojo Mahadewa », Yogyakarta.

Boomgaard P.

- 1993 The Development of Colonial Health Care in Java: An Exploratory Introduction, *Bijdragen tot de Taal-, Land-, en Volkenkunde* 149 (1) : 77-93, Leiden.

Darsiti Suratman

- 1989 *Kehidupan Dunia Kraton Surakarta 1830-1939*, Yogyakarta, Penerbit Tamansiswa.

Headley S.

- 1987 « The Body as a house in Javanese Society », in : Ch. Macdonald (éd.), *De la Hutte au Palais : Sociétés « à maison » en Asie du Sud-Est*, Edition du CNRS, Paris, pp.133-152.
- 1995 Interpretation in Five Performances of the Birth of Kala, in : H. Bouvier (éd.), *Expressions théâtrales en Indonésie*, IRSEA, CNRS-Université de Provence.

Hooykaas Ch.

- 1971a *Stuti and Stava*, Amsterdam, Noord-Hollandshe Uitgevers.
- 1971b *Kama and Kala. Materials for the Study of the Shadow Puppet Theatre in Bali*, Amsterdam, Noord-Hollandshe Uitgevers.

Jordaan R.E.

1985 *Folk Medicine in Madura*, Proefschrift Rijksuniversiteit te Leiden.

Keeler W.

1987 *Javanese Shadow Plays, Javanese Selves*, Princeton, Princeton University Press.

Lukmanakim Adammakna

1978 Edité par Siti Woerjan Soemadiyah Noeradyo ; 2e édition imprimé par « Soemodidjojo Mahadewa », Yogyakarta

Meyer F.

1988 *Gso-Ba Rig-Pa, le système médical Tibétain*, Paris, Presses du CNRS.

Murwa Kala

s.d. édité par Raden Mas Citrakusuma, pp.108-113 dans *Sejarah dan Perkembangan Cerita Murwakala dan Ruwatan dari Sumber-sumber Sastra Jawa* de R.S. Subalidinata, Sumarti Suprayitno et Anung Tedjo Wiraman; Proyek Javanologi; Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.

Ohnuki-Terney E.

1984 *Illness and Culture in Contemporary Japan, an anthropological view*, Cambridge, Cambridge Univ. Press.

Pigeaud Th.

1967 *Litterature of Java*, vol. 1, The Hague, M. Nijhoff.

Seno Sastroamidjojo

1948 *Obat Asli Indonesia* (: Médecine Traditionelle Indonésienne) Jakarta, Penerebit Dian Rakyat.

van Dapperen J.W.

1933 *Volkskunde van Java* (tweede bijdrage; V &VI), *Djawa* 13.

van Groenendael V.M.C.

1985 *The dalang behind the wayang*, Verhandelingen van het KITLV 114, Dordrecht, Foris Publications.

Weck W.

1937 *Heilkunde und Volkstum auf Bali*, Stuttgart, F. Enke Verlag.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Troisième partie

Frontières de la biomédecine

[Retour à la table des matières](#)

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Troisième partie : Frontières de la biomédecine

Chapitre X

De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant.

Par Alice Desclaux

De la pédiatrie, points de vue des anthropologues

Des mères coupables

De la mère coupable et responsable

***La culpabilité des mères dans les diarrhées et les amaigrissements
des enfants à Bobo Dioulasso***

Les systèmes médicaux en présence à Bobo Dioulasso

Cadre et méthode d'enquête

Les différents modèles explicatifs des diarrhées et des amaigrissements

Les modèles explicatifs des tradipraticiens

Les modèles explicatifs des autres femmes et leur mise en cause des mères

Les modèles explicatifs des professionnels de santé de la biomédecine et leur mise en cause des mères

De la culpabilité générale des mères à la culpabilisation de la mère

Discours croisés sur différents domaines de la vie des femmes

Impact du discours des soignants sur l'attitude de la mère et son itinéraire thérapeutique

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Dans une situation de pluralisme médical, le choix d'un thérapeute par un malade est le plus souvent analysé en termes d'accessibilité relative des thérapeutes, et d'acceptabilité des thérapies, soumise à la congruence entre les représentations

du malade et celles du soignant qu'il choisit. Mais après la première rencontre, le choix du malade de renouveler son recours au même thérapeute ou de se tourner vers un concurrent dépend aussi d'autres aspects de la relation thérapeutique. Ceux-ci sont habituellement perçus comme des facteurs psychologiques, tels que la confiance accordée au soignant ; ils peuvent être compris à partir des concepts sociologiques de « rôle » et de « statut » : c'est le cas de l'attribution par le soignant d'un statut de malade à son patient, ou de sa reconnaissance d'un rôle actif du patient dans le traitement. Le discours du thérapeute sur la responsabilité individuelle du malade dans la survenue de sa maladie fait partie de ces aspects de la relation qui peuvent devenir des facteurs d'observance ou, au contraire, des causes de rupture, si le thérapeute fait de l'information sur les causes un motif de culpabilisation du malade. Cette situation est fréquente dans le domaine du soin des enfants.

De la pédiatrie, points de vue des anthropologues

Les anthropologues se sont relativement peu intéressés au traitement social des maladies des enfants, préférant étudier soit le traitement de la stérilité, soit l'enfant « normal », des techniques de maternage aux rites de passage qui accompagnent les étapes de son développement physiologique, ses acquisitions psychomotrices, et la construction de son identité culturelle (Le Moal et Lallemand 1981).

La plupart des études sur la maladie de l'enfant ont adopté une approche « classique » à partir d'une définition « etic » des pathologies. Pour des raisons de priorité en termes de santé publique, les diarrhées infantiles ont été les pathologies les plus étudiées au cours de la dernière décennie (Coreil et Mull 1988 ; Pelto, Bentley et Pelto 1990). Les acquis théoriques issus de ces travaux sont avant tout méthodologiques, leur objectif étant de fournir sur les nosologies et les systèmes de soin locaux des informations essentiellement descriptives destinées à adapter les interventions sanitaires aux représentations populaires et aux contextes thérapeutiques. Leur approche n'est pas spécifique à la pathologie pédiatrique, le rôle accordé aux mères pouvant être assimilé, entre l'enfant malade et le thérapeute, à

celui d'un intermédiaire qui, à l'écoute des premiers signes, décide du recours aux soins puis applique le traitement.

À partir d'un point de vue radicalement différent, les travaux de D. Bonnet montrent comment, dans la société mossi, la maladie de l'enfant est rattachée par le devin à l'histoire du lignage, mettant en jeu des « retours d'ancêtres » ou des femmes « mangeuses d'âmes » (Bonnet 1988). Cependant, cette recherche de l'origine de la maladie ne concerne que les cas où les symptômes persistent malgré les traitements.

Une étude comparative menée dans quatre pays (Desjeux, Favre et Simongiovani 1993) a proposé une réflexion plus spécifique sur les maladies diarrhéiques et leur traitement en rapport avec les systèmes de soin locaux. Selon ses auteurs, la place de la « quête de sens » dans la prise de décision et dans les recours thérapeutiques dépend du type de maladie étudié, les maladies fréquentes et banales que sont les diarrhées infantiles comme beaucoup d'autres maladies pédiatriques, mobilisant moins le sens que la recherche pragmatique d'une efficacité.

Plus récemment, les travaux présentés au cours du colloque « Pédiatrie et Culture » (Centre international de l'Enfance 1992 ; Cook et Dommergues 1993) ont permis, par leur approche globale, de préciser la spécificité de la pédiatrie et de sa relation thérapeutique. Cette spécificité reposerait d'abord sur le caractère triangulaire de la relation soignants - enfant - parents, soumise à la définition culturelle des rôles respectifs du thérapeute et des parents, souvent représentés par la mère.

Des mères coupables

Dans le cas des maladies « banales » en milieu tropical que sont les diarrhées infantiles, la plupart des travaux mettent en évidence la prépondérance des modèles explicatifs faisant intervenir des facteurs externes à l'enfant malade : l'environnement thermique (excès de chaleur ou de froid, diarrhées saisonnières), l'alimentation (diarrhées dues à la consommation de certains aliments, à un excès alimentaire), un défaut d'hygiène (compris selon le modèle hygiéniste biomédical, mais aussi associé à la notion d'impureté). Ils montrent aussi la fréquence des diarrhées considérées comme « normales » parce que liées à une étape du développement de l'enfant (dentition, passage à la station assise). Mais alors que les représenta-

tions de la causalité *a priori* font référence à ces éléments externes (parfois abstraits ou peu contrôlables lorsqu'ils sont liés à l'évolution biologique), elles n'envisagent que rarement ce que les épidémiologistes qualifient de « modalités d'exposition au risque ». Ceci peut tenir en partie au fait que le malade - l'enfant - n'est pas lui-même le responsable de comportements qui l'exposeraient au risque : sa mère, chargée des soins quotidiens, joue le rôle d'intermédiaire entre les éléments externes et lui. Aussi, même si le discours théorique sur la causalité des maladies infantiles porte sur des éléments abstraits, son application quotidienne par les thérapeutes des différents systèmes médicaux concerne en grande partie les attitudes et les pratiques de la mère. Dans la survenue d'une pathologie, c'est la mère qui est mise en cause pour son incapacité, ou pire, son absence de détermination à contrôler ces « facteurs de risque ». S'élabore ainsi un discours « négatif » sur les pratiques touchant à l'enfant, corollaire du discours sur les pratiques de maternage. Ce discours déborde largement les aspects « techniques » du maternage pour envisager différents domaines de l'activité des mères : pratiques alimentaires, hygiène, sexualité, fécondité, statut dans le couple, gestion des ressources, rapport avec les générations antérieures et rapport avec les professionnels du soin.

La co-existence d'un discours professionnel et d'un discours profane transmis par les femmes sur les pratiques de maternage et de soin de l'enfant peut être observée dans différents contextes culturels. En France, au cours des XVIII^e et XIX^e, siècles, le discours des médecins et celui des mères sur les soins de l'enfant se sont progressivement distancés. La puériculture et la pédiatrie désormais professionnalisées ont imposé l'idée d'une mère ignorante des risques de maladie de l'enfant (Loux 1990 ; Morel 1993).

Dans un contexte de pluralisme médical, les discours étiologiques sur les maladies de l'enfant, leurs modes d'implication des mères, les différents aspects de la vie des femmes qu'ils mettent en cause, se situent à l'entrecroisement des conceptions du rôle des femmes et de la relation mère-enfant dans les différents systèmes médicaux.

On ne peut cependant totalement résumer la participation des parents en cas de maladie d'un enfant au rôle de la mère : le père est parfois sollicité pour un avis, mais il est surtout sollicité pour le paiement des soins, au-delà d'un montant que la mère ne peut supporter seule. De fait, les recours aux guérisseurs, peu onéreux, sont essentiellement assurés par la mère, qui joue le rôle principal dans le

soin de l'enfant, pouvant être conseillée ou secondée par ses filles aînées et ses co-épouses.

De la mère coupable et responsable

Plusieurs auteurs ont montré que les représentations se construisent notamment dans l'interaction, entre savoir spécialisé et non spécialisé, lors de situations de communication telles que, après l'éducation initiale des futures mères, leurs contacts successifs avec les professionnels du soin, mais aussi avec les personnes de leur entourage qui émettent un avis sur la maladie (Flick 1992).

Ces interactions sont également des relations de pouvoir entre personnes de statuts différents dans le foyer, le lignage ou la société. L'adhésion de la mère aux modèles explicatifs de la maladie ou aux conduites qui lui sont proposés dépend d'une acceptation de sa part d'un rapport de statuts (Jaffré 1991). Lorsque ces modèles explicatifs mettent en cause ses propres pratiques, les conflits de valeurs et les rapports de statuts peuvent l'amener à accepter ces nouveaux modèles, à les refuser, ou à modifier partiellement ses représentations de la maladie de son enfant.

La mère n'est pas seulement, pour son enfant, le « médiateur du risque » : elle est aussi celle qui, décryptant les signes et ordonnant les symptômes, choisit une attitude, un recours, et applique une thérapeutique. Situation remarquable, où le « responsable » de la maladie est aussi responsable de son traitement. Lorsque la mère de l'enfant malade consulte un thérapeute, l'existence d'un discours du thérapeute la mettant en cause dans la genèse de la maladie de son enfant peut avoir deux sortes de conséquences :

- la prescription par le thérapeute de mesures spécifiques en rapport avec l'étiologie supposée, voire leur prolongement sous forme de recommandations préventives,
- l'apparition d'une situation de conflit, ou l'élaboration d'une stratégie d'évitement de la part de la mère pour faire face à cette mise en cause sans perdre le bénéfice escompté du traitement délivré par le thérapeute.

Dans un contexte de pluralisme médical, la mère pourrait alors choisir de recourir à un thérapeute appartenant à un autre système médical.

Une étude menée à Bobo Dioulasso (Burkina Faso), permet d'examiner, autour du discours des mères, des praticiens traditionnels, des professionnels de santé du système biomédical, et d'histoires de cas, les représentations et les attitudes face aux diarrhées et amaigrissements des enfants.

La culpabilité des mères dans les diarrhées et les amaigrissements des enfants à Bobo Dioulasso

Les systèmes médicaux en présence à Bobo Dioulasso

Bobo Dioulasso est, avec environ 320 000 habitants en 1990, la seconde ville du Burkina Faso. Classiquement surnommée « le carrefour commercial de l'Afrique de l'Ouest », la ville est caractérisée par une grande diversité ethnique, deux ethnies seulement atteignent plus de 10% de la population (Mossi : 24,2 ; Bobo : 10,8) et dix ethnies plus de 2% (Dubois 1990). Les flux migratoires sont importants (60% des femmes habitant Bobo viennent d'ailleurs : villages de la province pour les Bobo, d'autres provinces pour les Mossi, pays limitrophes tels que le Mali et la Côte-d'Ivoire). Le dioula, langue mandingue, est la langue véhiculaire, en passe de remplacer les langues vernaculaires en zone urbaine.

On peut décrire le système de santé en distinguant, à la suite de Kleinman (1980), trois secteurs :

- *Le secteur populaire* : Un épisode pathologique est d'abord traité, dès sa reconnaissance, dans la famille. Les grands-mères jouent un rôle de premier plan dans la transmission des modèles explicatifs et des traitements préparés essentiellement à partir d'écorces et de feuilles qu'elles se procurent au marché, ou en brousse dans les alentours immédiats de la ville. Ces tisanes sont aussi utilisées à titre préventif, principalement pour les enfants. D'autre part, un commerce illicite de produits pharmaceutiques permet à chaque mère d'acheter au marché des comprimés à l'unité, pratique très utilisée en raison de son faible coût.

- *Le secteur traditionnel* : Le système traditionnel comprend schématiquement des herboristes, des guérisseurs, des devins et des thérapeutes islamiques. Les herboristes sont en majorité des femmes qui récoltent les plantes, minéraux et

produits divers qui serviront à la préparation des médicaments, ou qui les achètent à des fournisseurs villageois pour les vendre aux abords du marché. Elles partagent leurs modèles étiologiques avec ceux des mères et sont spécialisées dans le soin des enfants. Les guérisseurs fondent leur savoir sur des modèles étiologiques et des techniques de traitement plus que sur une nosologie, du moins dans le domaine de la pédiatrie. Ce sont des connaissances qu'ils partagent, pour les maladies courantes, avec la population générale. Les deux actes centraux de leur consultation sont le diagnostic étiologique, et la préparation du traitement qui fait intervenir des pratiques relevant du symbolique. Les devins sont parfois aussi des guérisseurs, leur technique repose sur l'utilisation de cauris ou sur la lecture dans l'eau ; leur travail concerne le diagnostic étiologique de la maladie ou de tout autre événement malheureux, ils traitent de la maladie essentiellement sur le mode symbolique et social. Enfin, les thérapeutes islamiques sont d'abord des religieux et secondairement des thérapeutes qui fondent leur pratique diagnostique et curative sur l'utilisation du Coran.

L'« Association des Tradipraticiens du Houët » rassemble, avec le soutien institutionnel du Ministère de la Santé, les thérapeutes traditionnels de la région, sans autre critère de sélection. Si elle s'est limitée pendant plusieurs années à l'organisation de manifestations pour la valorisation commerciale de la pratique de ses membres, elle tente désormais de développer des activités calquées sur le modèle du système biomédical (projets d'enregistrement et de systématisation du savoir, de construction d'un hôpital ...), tout en revendiquant une identité et une légitimité fondées sur la tradition.

- *Le secteur biomédical* : La ville de Bobo compte un hôpital, le Centre Hospitalier National Sanou Souro, avec un service de pédiatrie d'une capacité de 140 lits, et huit structures assurant des activités de santé maternelle et infantile.

Ces structures sont organisées en Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle et en dispensaires polyvalents. Le système est hiérarchisé, les cas les plus graves étant référés par les dispensaires à l'hôpital. L'accès à l'hôpital peut aussi être direct en passant par des consultations de tarif élevé. L'essentiel des soins pédiatriques est effectué dans les structures du secteur public, le secteur privé ne comptant qu'un pédiatre et quelques cabinets de soins infirmiers. Par contre, les onze pharmacies privées sont le lieu d'une importante activité : les pharmaciens délivrent une grande partie de leurs produits sans ordonnance, ou sur

la base d'ordonnances de provenance non précisée. Beaucoup de ceux que leur activité professionnelle met en rapport avec les structures de soin proposent de façon informelle, à domicile, des diagnostics ou des traitements, notamment en pédiatrie.

Les recours thérapeutiques sont largement conditionnés par les aspects financiers des soins, dans une ville dont les habitants appartenant aux catégories de « bas revenus » disposent de 152 FCFA (3,04 FF) par personne et par mois pour leur santé (Dubois 1990), où le salaire mensuel minimum est en 1995 d'environ 22 000 FCFA (220 FF). Le traitement d'un épisode diarrhéique coûte moins de 100 FCFA pour quelques comprimés achetés au marché, entre 5 et 200 FCFA pour un traitement acheté à une herboriste, entre 150 et 500 FCFA pour une consultation et un traitement auprès d'un tradipraticien, entre 100 et 500 FCFA pour un traitement obtenu auprès dans un dispensaire, la consultation médicale à l'hôpital coûte 1000 FCFA et le coût moyen d'une ordonnance, déterminé à Ouagadougou, est de 3 319 FCFA (Millogo 1989).

Cadre et méthode d'enquête

Les données qui servent de base à ce travail ont été recueillies dans le cadre d'une étude sur l'impact de l'épidémie de sida sur la lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles (Desclaux et Tessier 1992). Elles ont été obtenues auprès de :

- femmes de la population générale, lors de 30 entretiens de groupes réalisés en langues dioula et bobo,
- tradipraticiens, lors d'un ou deux entretiens individuels avec 40 thérapeutes réalisés en langue dioula,
- professionnels des structures de soin (médecins, infirmières, filles de salle), au cours d'un à plusieurs entretiens individuels avec 30 professionnels réalisés en français,
- mères d'enfants pris en charge dans les différents services de soin biomédicaux pour une malnutrition sévère, au cours d'un à trois entretiens individuels avec 52 mères réalisés principalement en dioula.

Elles proviennent aussi d'une période d'observation dans les structures de soin prenant en charge des enfants atteints de diarrhées et malnutritions infantiles.

Les différents modèles explicatifs des diarrhées et des amaigrissements

Le choix de l'association diarrhée-amaigrissement comme objet d'étude a l'avantage de prendre en compte des signes objectifs et dont l'association est cohérente aussi bien vis-à-vis de la biomédecine que des conceptions locales de la maladie.

Du point de vue de la biomédecine, la diarrhée est une des causes de la malnutrition, alors que la malnutrition augmente la fréquence et la durée des épisodes diarrhéiques (Packard, Wisner et Bossert 1989 ; Guerrant, Schorling, Mc Auliffe et Auxiliadora de Souza 1992).

Du point de vue des mères, l'amaigrissement est souvent perçu comme une conséquence des diarrhées, selon un schéma mécaniste, la nourriture étant évacuée avant d'être assimilée. Diarrhée et amaigrissement sont associés dans plusieurs syndromes locaux. Cependant, le statut de ces signes est très différent. La diarrhée est facilement reconnue comme un symptôme par les mères. Une enquête réalisée en 1988 à Bobo Dioulasso montrait que leur définition de cette pathologie était proche de celle de la biomédecine (Duboz, Lafrance, Vaugelade et Sankara 1988). De plus, il existe localement une riche sémiologie des diarrhées. L'amaigrissement, par contre, passe plus inaperçu, et peut être mis sur le compte de la morphologie normale de l'enfant. Les descriptions locales de tableaux correspondant au marasme et au kwashiorkor mettent en avant les signes cutanés, tandis que la description de l'amaigrissement se limite à la remarque de modifications des proportions corporelles. Les diarrhées constituent le signe d'appel, signe d'alarme et parfois signe avant-coureur d'un amaigrissement inaperçu, et notre étude auprès de 52 enfants présentant une malnutrition sévère montrait que chez 60 % de ces enfants, la diarrhée était identifiée comme le premier signe de la maladie.

Ces pathologies sont fréquentes : une enquête à Bobo Dioulasso en 1988 montrait 6,5 épisodes diarrhéiques par an chez les enfants de 0 à 4 ans, 23 % de préva-

lence des malnutritions modérées et 3 % des malnutritions sévères (respectivement 34 et 7 % dans la tranche d'âge 1-2 ans) (Duboz, Lafrance, Vaugelade et Sankara 1988).

Les modèles explicatifs des tradipraticiens

Parmi les termes utilisés par les femmes et par les tradipraticiens pour qualifier des selles liquides ou fréquentes, quatre termes font référence au symptôme : *boji*, *kònòboli*, *tògòtògònin*, *kònòkari* (*boji* : selles liquides ; *kònò* : ventre, *boli* : courir, couler ; *tògòtògònin* : dysenterie ; *kònòkari* : ventre cassé), avec une notion d'évolution dans la gravité allant dans le sens *boji* (selle liquide), *kònòboli* (plusieurs selles liquides), *kònòkari* (selles très liquides et fréquentes, pouvant être associées à des douleurs abdominales) ou *tògòtògònin* (selles très liquides et/ou très fréquentes). Le terme de *fasa* est utilisé pour qualifier un enfant maigre.

Sur un total de huit syndromes dont la description mentionne des symptômes de diarrhée et/ou d'amaigrissement, six accordent une place centrale à la diarrhée, deux à l'amaigrissement et à des signes secondaires associés. Certains syndromes, sur lesquels s'accordent les réponses, correspondent à des catégories nosologiques définies par une étiologie ou un processus physiopathologique spécifiques. À côté de ces syndromes aux définitions relativement figées, d'autres catégories telles que celle de *kònòboli* mettent en jeu des étiologies diverses, et apparaissent comme davantage évolutives, faisant souvent l'objet de l'intégration de notions biomédicales.

Le *nyinbò* (*nyin* : dent, *bò* : excrément. Autre appellation : *kolobo*, de *kolo* : os) : Le *nyinbò* est la diarrhée qui accompagne la poussée dentaire. Des « saletés » sont produites par la dent qui pousse, et sont évacuées avec la salive. Les enfants qui bavent éliminent ces saletés, alors que ceux qui avalent leur salive ne les éliminent pas, ce qui provoque la diarrhée. Le *nyinbò* est considéré comme la première maladie qu'attrape un enfant. Les symptômes concernent les selles et les gencives. Quelques signes généraux y sont associés, mais ils peuvent rarement évoluer vers la gravité et s'accompagner d'un amaigrissement. Le diagnostic est posé par la mère ou par les « vieilles femmes » de la famille. Lorsque les symptômes sont bénins, le *nyinbò* est traité en automédication ou par des tisanes achetées au marché. Ces diarrhées sont si fréquentes que lorsque l'enfant a 4 mois, on

dit que « c'est le *kolodagassigui*, le moment venu de mettre le canari sur le feu avec les plantes qui préviennent le *kolobò* ». Ces plantes utilisées à titre préventif sont les mêmes que celles qui traitent la maladie.

Le *kònòboli* : Ce terme, le plus fréquemment utilisé, correspond aux « selles liquides » et « selles fréquentes », et peut correspondre à un syndrome qui associe la diarrhée à d'autres signes. Il est cité comme une des plus fréquentes pathologies des enfants, pouvant les toucher très précocement. La description du *kònòboli* est relativement pauvre et peu variée, centrée autour de : « L'enfant fait des selles et s'allège ». Les signes associés peuvent comprendre des vomissements, un manque de force, des douleurs et gargouillements abdominaux ou d'autres signes plus tardifs marquant la gravité de l'évolution. Le *kònoboli* est d'abord traité essentiellement en automédication, avec l'aide des herboristes, ou au dispensaire, mais il peut s'aggraver et provoquer un *kòlon* ou l'amaigrissement de l'enfant : « Tout sort et l'enfant ne peut pas manger ».

Le plus souvent, ce type de diarrhée est perçu comme provoqué par un excès alimentaire, ou une alimentation « mauvaise », c'est-à-dire contenant des sucres ou des graisses, absorbée par l'enfant ou la femme enceinte. En effet, les aliments sucrés et gras sont déconseillés pour une femme enceinte : « Une femme en grossesse est comme une malade, elle doit se priver de beaucoup de choses ». On a décrit l'interdit de la consommation de miel et de sucré pendant la grossesse ; son rapport avec l'état de la femme enceinte et avec les relations du fœtus avec le monde surnaturel a été analysé dans d'autres ethnies du Burkina Faso : chez les Mossi (Bonnet 1988), les Lobi (Cros 1990), les Bwa (Capron 1976-1977), de même que l'interdit concernant certaines graisses (les arachides) chez les Lobi (Cros 1990) et les Gourmantché (Cartry 1968). Selon certains guérisseurs, la consommation de sucre est liée à l'évolution de l'attitude des femmes face aux « interdits » : « Maintenant les femmes se sont levées, elles mangent la bonne nourriture, les glaces... ». Les aliments incriminés sont des aliments coûteux, ils sont aussi ceux de « la modernité » et de l'étranger : « Il y a des mamans qui font les blanches, elles donnent du lait en poudre à leur enfant ». « Celles qui consomment du cube Maggi au lieu de la potasse ». Donner tôt une nourriture solide à l'enfant peut aussi provoquer une diarrhée.

Le *kònòboli* peut être transmis par les parents, eux-mêmes atteints de la maladie, « parce que la maladie est dans le sang », « si la mère l'avait et ne l'a pas traité ».

té, elle met au monde un enfant qui a le *kònòkari*. Il faut soigner la mère et l'enfant, sinon elle contaminera ses autres enfants ». La transmission passe par le lait, selon un modèle qui a été décrit chez les Mossi (Bonnet 1988) et qui met en cause la « chaleur » du corps qui gâte le lait : « Chez les enfants qui ne marchent pas, le *kònòboli* vient de la mère. Si elle a le corps chaud, le lait change et si l'enfant tète il salit son ventre ».

Le *kònòboli* peut être provoqué par la saleté de l'eau et des aliments, les vers, les parasites, la terre. Si ce modèle étiologique a une base biologique, il est souvent connoté par la polysémie du terme de saleté « *nògò* », utilisé par les tradipraticiens pour qualifier les attitudes des mères : « le *nògò* de la mère », qui renvoie à la notion de souillure telle que l'a analysée M. Douglas (Douglas 1981).

Le *kònòboli* peut enfin être dû à une section incorrecte du cordon ombilical de l'enfant. Dans ce cas, « l'eau rentre dans le trou et donne le *kònòboli* », ce qui peut aussi retarder la guérison de diarrhées associées à toute autre cause. Ainsi la section du cordon par les accoucheuses selon les règles traditionnelles prévient-elle la diarrhée.

Le *sere* (*sere* : *sevrage*, grossesse rapprochée de la précédente. Autre appellation : *serebana*, *bana* : *maladie*) : Le *sere* est un syndrome qui associe diarrhée et amaigrissement, et qui est défini par son étiologie. Il touche le petit enfant lorsque sa mère est enceinte ou lorsqu'elle a des rapports sexuels avant le sevrage. « C'est l'intoxication du sein maternel parce que la mère a repris les rapports trop tôt après l'accouchement ». Le processus physiopathologique met en jeu le lait sali ou « réchauffé » par le sperme, qui de ce fait contient des saletés « *nògò* » et devient « mauvais ». Cette « incompatibilité » entre sperme et lait a été décrite chez les Samo du Burkina Faso par F. Héritier, qui a retrouvé les mêmes notions dans d'autres ethnies africaines mais aussi chez les Akkadiens au VII^e siècle avant Jésus-Christ, et chez Ambroise Paré (Héritier-Augé 1987). Dans le cas du *sere*, les caractères des selles sont particuliers, et la diarrhée dure plusieurs jours, toujours associée à un amaigrissement souvent mis au premier plan, en particulier par les tradipraticiens qui utilisent la formule : « *kònòbaraba*, *jufasa* » = « gros ventre, petit derrière ». Pour les femmes les plus jeunes, la conception du *sere* s'appuie sur des notions diffusées par la biomédecine, mais le mécanisme physiopathologique fait encore intervenir le lait : « Le *sere* survient lors des grossesses rapprochées. L'enfant n'ayant pas suffisamment tété le sein maternel, le peu qu'il a ab-

sorbé pendant la courte période devient infect et lui donne la diarrhée ». Pour d'autres femmes, il n'est pas nécessaire que la mère soit enceinte pour que l'enfant soit atteint : « Si la mère a des rapports sexuels et ne se lave pas les seins avant de faire téter, c'est sale [nògò]. L'enfant est faible ». Le diagnostic est souvent posé par la belle-mère ou par le guérisseur. Le traitement du *sere* est traditionnel, les guérisseurs possèdent des « recettes », et « les docteurs ne peuvent rien ». Certains traitements traditionnels peuvent être utilisés à titre préventif

L'incompatibilité entre sperme et lait entre aussi en jeu lors des rapports sexuels en fin de grossesse. Cette étiologie renvoie aux conceptions locales en matière d'embryologie et au rôle qu'y joue le sperme du père, d'abord constitutif de l'embryon, puis toxique. La diarrhée du nouveau-né peut alors avoir, comme dans le cas de la dentition, un rôle curatif, qui amène à la considérer comme non pathologique. « C'est le nògò : certains hommes ont des rapports avec leur femme jusqu'à avant l'accouchement, ce qui est interdit. À un moment de la grossesse, la femme ne doit plus aller chez l'homme parce que ce n'est pas un enfant qu'elle aura, c'est du nògò. L'enfant boit ce nògò dans le ventre de sa mère, il naît avec et tant qu'il ne fait pas la diarrhée, le nògò ne sort pas. Si le nògò ne peut pas sortir, il meurt ». Les aspects sociaux de cette interdiction sont cependant, pour certains tradipraticiens, prévalents par rapport à la physiopathologie : selon eux, le risque dépend de la légitimité sociale des rapports sexuels : « Il y a le kònòboli parce que la mère a couché avec le père pendant la grossesse, le kònòboli simple. Si un autre homme couche avec la femme, le kònòboli coule beaucoup ». C'est aussi le statut de la femme dans le couple qui est mis en cause : « La maladie a augmenté parce que les femmes refusent que les hommes sortent. Alors ils font cela [rapports sexuels pendant la grossesse] en sachant que c'est mauvais pour l'enfant. Ceux qui sont aisés et donnent le biberon ne sont pas atteints ».

Le kòtigè et le kòIon (kò : anus, tigè : couper, déchirer. kòlon : puits) : Le kòtigè comporte des épisodes diarrhéiques parfois décrits comme récidivants, bien que le signe spécifique ne soit pas la diarrhée mais une plaie de l'anus, éventuellement accompagnée de fissures. Il est associé au kòlon, qui correspond à des plaies dans la bouche ou des plaies abdominales parfois sans diarrhée : pour certains, le kòtigè provoque le kòIon, pour d'autres c'est l'inverse. Les descriptions de la plaie anale sont très diverses et peuvent correspondre à une simple rougeur. L'enfant est atteint après avoir eu froid, s'être assis nu par terre, dans le sable, dans

un endroit frais, ou après avoir été exposé au vent. « Certaines vieilles femmes disent qu'une femme enceinte qui se lave à l'eau froide expose son futur bébé au kòtigè ». Le kòtigè peut aussi être dû à la consommation de sucre, à plus forte raison de sucres froids : « parce que nous aimons donner à nos enfants des aliments froids, comme des glaces ». Le kàlon se complique d'amaigrissement, parce que les plaies de la bouche empêchent l'enfant de manger. Le diagnostic est fait à la maison par la mère, la grand-mère ou les femmes qui en ont l'expérience. Le traitement est toujours traditionnel ; il consiste à « chauffer l'anus, pour le faire rentrer », et pratiquer des bains et des lavements avec divers végétaux tels que le néré, le beurre de karité, le gingembre pilé, car « le kòtigè est invisible pour les docteurs ».

Le *nunan* (*nunan*, *wunan* : fontanelle) : L'association de la diarrhée à l'enfoncement de la fontanelle est citée comme un syndrome. La description du *nunan* n'inclut pas d'autre signe pour les mères, mais les tradipraticiens décrivent un processus physiopathologique associant une tuméfaction du palais à l'enfoncement de la fontanelle. Le traitement, un produit appliqué localement, est pratiqué par une guérisseuse dioula de Bobo Dioulasso.

Le *sogo* (*sogo* : chair, gibier, viande ; autre appellation : *kun*) : Les symptômes dominants de ce syndrome sont l'amaigrissement, la diarrhée, et divers signes qui évoquent clairement le marasme et le kwashiorkor. « L'enfant est toujours maigre. Pour d'autres, on voit les veines de la tête qui est bombée et la tête est grosse et le corps est maigre. Il tête beaucoup ». « Ses cheveux jaunissent et tombent ». « Le *sogo* fait maigrir l'enfant, le rend vilain, transforme sa tête d'une certaine manière ». « Cela lui rougit la tête, les cheveux deviennent comme de l'herbe sèche ». Le *sogo* peut être contracté, de l'avis des femmes, lorsqu'une femme enceinte ou une femme portant son bébé au dos passe à un endroit où une autre femme, par négligence ou parce qu'elle veut guérir son enfant, l'a lavé puis a jeté l'eau dans la rue, parfois à un carrefour. Les tradipraticiens évoquent d'autres étiologies en rapport avec le non-respect d'interdits totémiques, la rencontre de la femme enceinte avec un crapaud ou la consommation de gibiers. La maladie est perçue comme mortelle, mais peut guérir après trois ou quatre jours, selon le sexe de l'enfant, de « traitement des Noirs », c'est-à-dire de traitement traditionnel. Les tradipraticiens soulignent l'augmentation de la transmission par les déchets, due au fait que les femmes ne respectent plus les espaces du village qui leur sont destinés : « Le *sogo*

augmente parce qu'avant les gens se préservaient, certains endroits étaient interdits aux femmes en grossesse ». « Les maladies des enfants ont augmenté parce que les gens lavent leurs médicaments où ils veulent ».

Le sèri, boji jè, sièro : Plusieurs termes spécifiques désignent des diarrhées associées à la couleur blanche. Les signes attribués au *sèri* sont décrits comme des selles très fréquentes, blanchâtres, avec une odeur d'œuf pourri ; l'enfant rejette tout ce qu'il absorbe, ses yeux « blanchissent ». La maladie affaiblit l'enfant, et peut être mortelle. Ce syndrome n'est décrit que par les herboristes, qui ne détaillent pas son étiologie. Il n'est traité que par une famille dioula de Bobo Dioulasso.

Enfin, la notion de « maladie de Dieu » au sens de « maladie naturelle » est avancée marginalement par quelques tradipraticiens. Elle concerne davantage les amaigrissements que les diarrhées.

Dans cette région où toutes les familles connaissent au moins une personne malade ou décédée du sida, les diarrhées infantiles liées à l'atteinte par le VIH sont peu citées par les femmes. Elles décrivent la symptomatologie du sida selon les stéréotypes utilisés dans les descriptions du sida des adultes. Les tradipraticiens, eux, donnent une description plus détaillée : « L'enfant maigrit, maigrit et décède subitement. Ses cheveux deviennent comme des poils de rat, il fait la diarrhée qui ne peut être arrêtée ni par les traitements modernes ni par les traitements traditionnels ». Le mécanisme de transmission décrit par les tradipraticiens pour les adultes fait intervenir les rapports sexuels et le sang. Pour la plupart des tradipraticiens, les malades du sida sont « les prostituées et les coureurs de pagne, les personnes qui se promènent trop, les femmes qui couchent avec cinq hommes par jour ». Le risque de transmission est lié aux comportements sexuels, mais selon certains tradipraticiens seules les femmes en sont responsables : « Maintenant, si tu as des rapports avec une femme mariée, tu n'attrapes pas le sida. Mais si tu as des rapports avec les filles, tu l'attrapes parce qu'elles se vendent ».

Les différences entre savoir profane et savoir des tradipraticiens sur la nosologie portent surtout sur la précision de la description des symptômes, sur la connaissance de processus sous-jacents relevant des conceptions locales de la physiologie, et sur le discours relatif aux causes.

Les niveaux de la mise en cause des mères par les tradipraticiens

On peut noter que dans la majorité des étiologies décrites, la responsabilité des mères est mise en cause de manière souvent très explicite. Parmi les tradipraticiens, les femmes herboristes mettent en cause les mères moins souvent que les guérisseurs. D'autre part, le niveau d'implication et de responsabilité des mères est différent selon l'étiologie.

Le premier niveau de mise en cause porte sur le rôle de protection directe vis-à-vis du risque que devrait jouer la mère : « L'enfant a été parasité : les femmes ne prennent pas soin de l'alimentation de leurs enfants. Les enfants boivent tout ce qui tombe sous la main de la maman ».

Le second niveau de mise en cause porte sur la protection par des pratiques préventives : bonne section du cordon ombilical par les accoucheuses, traitements préventifs du *nyinbò*, du *sere*, du *kòtigè*. Chaque épisode pathologique peut donc être considéré comme le témoin du non-respect de ces pratiques : « Il y a des femmes paresseuses, elles ne font pas les lavements lorsque les enfants paraissent en bonne santé ». Cependant, la place que les tradipraticiens confèrent à la prévention ne concerne pas seulement l'évitement de la maladie mais le passage des étapes de la vie de l'enfant : « Pour éviter toutes les maladies, le parent doit bien s'occuper de son enfant, le parent est ignorant, quand il naît on doit demander au vieux comment lui faire les lavements, comment le soigner, ils montreront ce qu'il faut faire à chaque étape ». À travers les pratiques de prévention, il s'agit aussi du respect du savoir des anciens et de l'apprentissage que doivent faire les parents, plus particulièrement les mères, auprès d'eux. « La maladie augmente parce que les femmes ne demandent plus aux vieilles pour le traitement, elles vont elles-mêmes acheter les médicaments... ». Cet apprentissage semble même, dans certaines formulations, plus important que la survenue de la maladie chez l'enfant : « Le *kòtigè* augmente parce que les enfants n'écoutent plus les vieux. Les femmes ne se préoccupent plus de l'entretien de l'enfant, l'essentiel pour elles est que l'enfant soit bien portant ». Il s'agit aussi, dans la bouche de certains tradipraticiens, du pouvoir reconnu à chaque génération : « Maintenant les mamans laissent aux enfants le pouvoir de décider quand ils vont téter ».

Le troisième niveau implique directement la mère dans la survenue de la maladie, en particulier lorsque sa sexualité est en jeu ou lorsque l'alimentation est invoquée : « Le *tògòtònin* est fréquent, il a augmenté parce que les mères ne surveillent pas leurs enfants, elles ne traitent pas les enfants avec des traitements

traditionnels, elles leur donnent des sucreries [café, lait], elles les gavent de nourriture, elles ne les purgent pas avec des racines. Si l'enfant ne fait que manger la viande, il attrape le *tògòtònin* ».

Le quatrième niveau suppose de la part des femmes une intention de transmettre la maladie pour « s'en débarrasser ». C'est le cas de la transmission par les déchets : « Quand une femme a son enfant malade, pour s'en débarrasser elle jette l'eau de lavage sur la rue, si une femme en grossesse marche dessus, l'enfant naîtra avec le *sèri* ». L'intention de nuire est alors la conséquence d'une volonté de soigner.

Les modèles explicatifs des autres femmes et leur mise en cause des mères

Les modèles explicatifs des thérapeutes traditionnels sont connus dans leurs grandes lignes par les femmes, qui les reprennent à leur compte. Elles considèrent cependant plus souvent les syndromes comme des « maladies de Dieu », sans étiologie plus spécifique.

Elles reprennent aussi à leur compte certaines mises en cause des mères par les tradipraticiens, sur des thèmes qui concernent essentiellement le respect des pratiques préventives et la sexualité. L'attribution d'une étiologie dépend du rapport entre celle qui énonce le diagnostic et la mère. Aussi le diagnostic de *sere* est-il un diagnostic de « belle-mère » qui accuse la femme de son fils, et donc un diagnostic porté plus généralement par les « vieilles femmes ». Dans le domaine de la sexualité et de la fécondité, les femmes de Bobo invoquent un autre modèle étiologique de « faiblesse de l'enfant » qui le prédispose dès sa naissance à toutes les maladies : la tentative d'avortement.

Les modèles explicatifs des professionnels de santé de la biomédecine et leur mise en cause des mères

La nosologie à laquelle se réfèrent les professionnels des services biomédicaux dans leur pratique quotidienne distingue, dans le cadre du syndrome diarrhéique, deux types de diarrhées selon leur durée : les diarrhées aiguës et les diarrhées chroniques, et trois tableaux selon l'existence de symptômes secondaires et de complications : les diarrhées fébriles, dysentériques, et compliquées d'une dés-

hydratation. Les diarrhées sont d'origine infectieuse (bactérienne, virale ou parasitaire), ou liées à la malnutrition. Trois syndromes sont centrés par le symptôme « amaigrissement » : le marasme, le kwashiorkor et le kwash marastique. Leur typologie repose sur des signes cliniques secondaires et sur la quantification de l'amaigrissement authentifiée par la perte de poids. Ces pathologies sont présentées comme directement associées à l'alimentation ; la diarrhée est considérée comme associée à l'amaigrissement dans trois cas sur quatre environ. Le traitement des diarrhées et amaigrissements repose, de l'avis de l'ensemble du personnel, sur la réhydratation et les traitements médicamenteux, mais surtout sur le traitement nutritionnel et « l'éducation de la maman ».

Les causes attribuées aux diarrhées et amaigrissements débouchent, au travers des agents infectieux et des difficultés alimentaires, vers d'autres facteurs. Les diarrhées infectieuses sont essentiellement comprises comme liées aux pratiques de la mère en matière d'hygiène et de conservation des aliments. Sur elles les mères peuvent intervenir principalement par l'utilisation des solutions de réhydratation orale en traitement précoce.

Le terme de malnutrition définit lui-même l'origine des amaigrissements. Leurs causes sont d'abord comprises en termes de facteurs sociaux. Mais la gravité et la chronicité des amaigrissements observés sont expliqués par les dépistages tardifs, dus à un recours insuffisant à la surveillance médicale de « la pesée » assurée par les services de santé maternelle et infantile. Le sevrage est considéré à la fois comme un moment à risque et comme une cause de la malnutrition, lorsqu'il est trop précoce. Dans ce cas, les mères sont mises en cause par le biais des grossesses rapprochées, responsables de petits poids de naissance et de l'amaigrissement par sevrage précoce de l'enfant qui précède le nouveau-né. D'autre part, le respect par les mères d'interdits alimentaires traditionnels, tels que l'interdiction de donner des œufs aux enfants parce que cela pourrait les rendre voleurs, est cité comme une cause majeure de malnutrition par les soignants.

La plupart des diarrhées et malnutritions sont ainsi expliquées par le manque d'hygiène physique et alimentaire, et au-delà par la pauvreté, l'ignorance et la négligence, associées dans des combinaisons diverses. La pauvreté définit pour les soignants une catégorie sociale à laquelle appartiennent une partie de la population urbaine et la plupart des villageois, ainsi que des personnes marginalisées ou en situation de précarité. Pour les soignants, la plupart des enfants malnutris ap-

partiennent à cette catégorie sociale. L'ignorance générale par les mères de l'alimentation adéquate pour leur enfant, de la bonne conduite du sevrage, de la planification familiale, et des règles d'hygiène, est pour les soignants une conséquence du bas niveau de scolarisation des femmes : « Les mamans ne savent pas de quoi l'enfant a besoin ». Ce manque d'information est tenu pour responsable du respect des interdits alimentaires et des pratiques de soins traditionnelles. Enfin, les soignants associent très souvent la négligence des mères à l'ignorance : « Les enfants ne sont pas totalement suivis par leur mère ».

La pauvreté et l'ignorance sont considérées comme des facteurs sociaux sur lesquels les mères n'ont de manière générale pas de prise, dont elles sont victimes.

Cependant les mères sont souvent perçues comme responsables de leurs capacités à mobiliser des ressources dans le foyer ou à choisir l'attribution de ces ressources. Ainsi, les femmes sont-elles critiquées de manière générale et répétitive lorsque, n'ayant pu payer le traitement de l'enfant, la famille consacre beaucoup d'argent à ses funérailles. En ce qui concerne les rapports entre pauvreté et alimentation, les perceptions des soignants sont parfois ambiguës, comme l'illustre cette affirmation : « C'est les mamans qui ne donnent pas une bonne alimentation, elles disent que c'est le manque de moyens et pourtant il n'y a pas besoin de moyens ».

Les mères sont presque toujours directement mises en cause par les soignants lorsqu'il s'agit de leur respect des pratiques traditionnelles en matière d'alimentation, en particulier des interdits, et dans ce cas elles sont perçues comme responsables de la maladie de leur enfant. Il en va de même pour les sevrages précoces, puisque selon les soignants, les services de soin leur donnent les moyens de contrôler leur fécondité et d'éviter les grossesses rapprochées.

Les mères sont surtout mises en cause lors de l'aggravation de la maladie de leur enfant, et ce autour de deux thèmes :

- l'absence d'attention accordée à l'amaigrissement, cause de retard au recours et d'échec du traitement. Cette absence d'attention est assimilée à de la négligence.
- le recours préférentiel aux tradipraticiens, dénoncé par les soignants comme un choix dangereux pour l'enfant, motivé par l'ignorance.

Le discours des soignants biomédicaux est plus ambivalent que celui des tradipraticiens. Pour eux, les femmes ne provoquent pas délibérément la maladie comme dans le cas des maladies « lavées » décrites par les guérisseurs, et elles sont, en tant que groupe social, davantage des victimes de la pauvreté et de l'ignorance. Il semble cependant qu'au niveau individuel, ils les considèrent tout autant comme responsables, par leurs défaillances dans la protection et la prévention concernant leur enfant, et par leur implication directe dans la survenue de la maladie.

De la culpabilité générale des mères à la culpabilisation de la mère

Discours croisés sur différents domaines de la vie des femmes

Sur plusieurs points, les discours des tradipraticiens et des professionnels de santé sont antagonistes.

Les recommandations des tradipraticiens et celles des biomédicaux sont parfois parfaitement contradictoires quant aux pratiques de maternage et à l'alimentation de l'enfant. Il faut donner peu à l'enfant, éviter les sucres, les graisses et la viande, ne pas lui donner d'aliment solide tôt selon les tradipraticiens, qui considèrent la non-application de ces recommandations comme cause de l'augmentation des diarrhées. Pour les biomédicaux, le respect des interdits alimentaires considérés comme des superstitions est une cause de malnutrition. Pour les tradipraticiens, d'autres interdits entrent en jeu dans la survenue des diarrhées, notamment les interdits concernant certains lieux que devraient respecter les femmes enceintes pour prévenir les maladies transmises par les déchets.

Au niveau social, si la pauvreté est cause de maladie pour les biomédicaux, elle n'apparaît pas comme signifiante dans le discours des tradipraticiens. Pour eux, par contre, c'est une dynamique sociale, le non-respect croissant des jeunes générations envers leurs anciens, parfois exprimé en terme de renversement de rapports de pouvoirs, qui est cause d'augmentation de la maladie, par l'intermédiaire du non-respect des prescriptions préventives.

Le statut de la femme dans le couple et la famille est impliqué par le contrôle que la femme peut avoir sur sa fécondité, et par le contrôle qu'elle peut avoir sur les ressources. Concernant la fécondité, tradipraticiens et biomédicaux sont d'accord, bien qu'avec des points de vue très différents, sur l'intérêt pour l'enfant d'espacer les grossesses. Pour les tradipraticiens, le pouvoir croissant des femmes dans le couple leur permet d'avoir des rapports sexuels dangereux pour l'enfant dans la période de l'allaitement. Pour les biomédicaux, c'est l'absence de pouvoir dans le couple qui les empêche de recourir à la contraception et donc de maîtriser leur fécondité.

Autre thème : le contrôle des femmes sur les ressources. Du point de vue des tradipraticiens, c'est parce que les femmes dépensent l'argent du foyer à l'achat en quantités importantes d'aliments chers mais néfastes que leur enfant tombe malade. Les maladies des enfants seraient ainsi en augmentation du fait de l'évolution du statut des femmes dans le couple. Pour les biomédicaux, c'est souvent parce que la femme n'arrive pas à convaincre son mari de payer les soins que la maladie de l'enfant s'aggrave.

Les rapports qu'ont les femmes avec les professionnels de chaque système de soins sont perçus par eux comme une cause de la survenue ou de la gravité de la maladie de l'enfant. Ainsi, les mères sont-elles critiquées par les tradipraticiens parce qu'elles utilisent désormais la pharmacopée sans passer par la consultation d'une herboriste, tandis qu'elles sont critiquées par les biomédicaux parce qu'elles ont tardivement recours à leurs services.

Enfin, tandis que les tradipraticiens reprochent aux jeunes, aux mères d'aujourd'hui, de ne plus respecter les règles fondamentales de la vie sociale, les biomédicaux pensent que ce sont surtout les pauvres, les femmes peu éduquées et les villageoises qui voient leur enfant exposé à la malnutrition, et les mères sont considérées, en tant que groupe social, comme victimes de leur condition.

*Impact du discours des soignants sur l'attitude de la mère
et son itinéraire thérapeutique*

Les récits de leur itinéraire par des mères d'enfants gravement malnutris rapportent de nombreuses situations de mise en cause explicite, essentiellement du fait de soignants biomédicaux mais aussi de tradipraticiens.

Face à sa mise en cause par un tradipraticien, la mère adopte la stratégie du silence. Pour nombre des mères interrogées, les itinéraires ont mis à contribution plusieurs tradipraticiens avant d'arriver au service de soin médical. Témoins de la recherche pragmatique d'un traitement efficace, ces itinéraires signent aussi la situation de concurrence, à l'intérieur du secteur traditionnel, entre des tradipraticiens qui peuvent avoir des avis différents sur la maladie et sur le degré d'implication de la mère. La mère échappe au conflit en se tournant vers d'autres thérapeutes, éventuellement vers des recours du secteur biomédical, ou du secteur informel, lorsqu'elle est trop directement mise en cause.

« Quand je suis arrivée, il y a une infirmière qui m'a insultée, en demandant pourquoi j'avais laissé la maladie trop fatiguer mon enfant ». « Dans le service, ils ont crié sur moi parce qu'il avait trop maigri ».

L'adhésion de la mère au modèle explicatif retenu et au discours de culpabilisation du soignant dépend largement du thème étiologique dominant : négligence, pauvreté ou ignorance. L'attitude de la mère est cependant toujours conditionnée par les modalités d'organisation du système de soin. Les structures périphériques sont sectorisées, et le recours est hiérarchisé, ce qui peut avoir des conséquences sur le délai de recours aux soins, l'admission à l'hôpital devant passer par l'orientation à partir d'une structure périphérique. D'autre part, les services sont en situation, au moins théorique, de « monopole » sur un territoire défini ce qui suppose que la mère doit accepter les termes de la relation définis par le soignant.

La majorité des mises en cause dans les services biomédicaux réfèrent essentiellement au recours tardif interprété comme une négligence. Dans certains cas, ce retard est dû aux contraintes et contradictions du système de soin biomédical lui-même. Dans d'autres cas, le début de l'itinéraire a été marqué par le recours à un ou plusieurs tradipraticiens, ce que la mère ne peut évoquer avec les soignants

sous peine d'être critiquée. Ces recours sont passés sous silence et toute trace d'un traitement traditionnel - lavement, gavage, scarification, emplâtre sur la fontanelle - est cachée à l'entrée dans le service. Aussi le retard apparaît-il aux soignants comme une absence d'initiative : « L'infirmière m'a dit qu'elle avait la malnutrition et m'a grondée. Elle m'a dit que moi qui suis à Bobo, au lieu d'amener l'enfant à l'hôpital, je la laisse s'aggraver ».

Les mères refusent cette accusation de négligence, mais elles mettent en place, pour que soit assuré le traitement de leur enfant, des stratégies d'évitement ou de contournement des règles de fonctionnement des services qui sont inadaptées aux situations d'urgence.

« Pour moi, c'est la malnutrition qui a rendu mon enfant malade. Parce que moi je ne connaissais pas les aliments qui sont nourrissants pour sa croissance. Il est maigre parce qu'il n'avait pas assez d'aliments à manger. Beaucoup d'enfants ont cette maladie, parce qu'on ne donne pas les aliments qui contiennent des vitamines ». Pour cette mère, la mise en cause de son ignorance a été acceptée, et le traitement a été satisfaisant, d'autant plus que son enfant guéri a pu quitter l'hôpital. D'autres mères dont l'enfant n'a pas guéri tiennent cependant un discours analogue. La mise en cause de leur ignorance est facilement acceptée par les mères, d'autant plus que pour la plupart d'entre elles, l'absence de scolarisation est un fait incontestable, dont elles ne sont pas responsables, et qu'elles peuvent dépasser cette ignorance en assistant à l'hôpital à des séances d'éducation nutritionnelle.

Stigmatisante ou culpabilisante, la pauvreté comme facteur de retard au recours et donc d'aggravation de la maladie n'est pas avouable par la mère. Mais c'est surtout à cause de l'impact de la pauvreté sur la prise en charge à l'hôpital que la mère se sent coupable : « Tous les malades sont égaux pour les docteurs. Sauf si tu n'as pas les moyens. Mais tu ne leur en voudras pas pour ça, tu t'en voudras de ne pas avoir les moyens ».

Le décalage chez les soignants entre le discours sur la pauvreté au niveau collectif et les attitudes conflictuelles de culpabilisation des mères vécues au niveau individuel tient en partie aux ambiguïtés de la place de l'argent à l'hôpital. Égalitaire par principe, l'hôpital propose des tarifs en rapport avec la catégorie socio-professionnelle, pour ce qui concerne l'hospitalisation. Mais les médicaments restent à la charge des familles et leurs tarifs prohibitifs empêchent beaucoup de ma-

lades d'acheter le traitement, ce qui rend l'hospitalisation inutile. La mise en place d'une aide sociale et de procédures particulières facilitant l'accès aux soins pour un nombre limité d'enfants amène les soignants à considérer certaines mères comme des « cas sociaux » : la pauvreté peut théoriquement être traitée dès lors qu'elle prend un caractère marginal. Cependant, la pauvreté constitutionnelle des classes urbaines de bas revenus et des villageois peu monétarisés, et le nombre croissant de mères en situation économique difficile, notamment du fait de l'atteinte de membres de la famille par le sida, dépassent les capacités de ces procédures.

La confrontation répétée de la mère avec sa pauvreté, à l'occasion des multiples traitements à payer, rappelle aux soignants de manière réitérée que leur intervention, qui ne devrait être soumise qu'à la logique biomédicale, dépend d'abord de la capacité économique de la famille. L'accusation de la mère en ces termes : « Des fois, à l'hôpital, on te parle mal en te disant de foutre le camp, tu sais que tu n'as pas les moyens donc pourquoi tu amènes ton enfant ? » traduit ces contradictions institutionnelles. Les « évasions » des services lorsque le traitement de l'enfant dépasse les capacités financières des parents deviennent des évasions négociées avec un médecin qui prend en compte la situation financière de la famille, mais restent officiellement des « sorties contre avis médical ».

Il est clair que cette mise en cause des mères n'a qu'une valeur explicative limitée, au sujet des recours, comparativement à d'autres facteurs tels que l'accessibilité économique des thérapeutes. Mais la responsabilisation ou la culpabilisation de la mère dans la relation thérapeutique en pédiatrie sont une attribution de sens à la maladie de l'enfant. Or, tout le travail de soin de la mère, sous-estimé par les thérapeutes comme par la population, dépendra de cette attribution, soit intégrée et culpabilisante (comme dans le cas de la pauvreté), soit refusée (comme dans le cas de la négligence), soit acceptée (comme dans le cas de l'ignorance) par les mères. Ces mises en cause sont aussi un indicateur de l'existence de tensions dans la définition des rôles autour du soin de l'enfant. Face à l'inobservance, liée à l'incapacité d'une partie de plus en plus importante de la population à payer les médicaments, les soignants du système biomédical n'ont souvent, dans les limites de leur rôle et de leurs capacités, d'autre réponse que la culpabilisation des mères. Si, dans le secteur traditionnel, les multiples possibilités de recours permettent aux mères d'éviter que perdurent des situations conflictuelles, dans le secteur biomé-

dical en revanche, l'absence d'alternative (économiquement accessible) a une situation thérapeutique culpabilisante amène nombre de mères à l'abstention thérapeutique ou au « retour » au traditionnel.

Références bibliographiques

Bonnet D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM.

Capron J.

1976-77 La place du miel dans le système de représentations Bwa, *Notes et documents Voltaïques : 10-24*, cité par M. Cros, *Anthropologie du sang en Afrique, op. cit.*

Cartry M.

1968 Laalebasse de l'excision en pays Gourmantché, *Journal de la société des Africanistes* 38 (2) : 198-225, cité par M. Cros, *Anthropologie du sang en Afrique, op. cit.*

Centre International de l'Enfance 1992 *Pédiatrie et Culture, Séminaire Nathalie Masse*, Paris.

Cook J., Dommergues J.P. (sous la direction de)

1993 *L'enfant malade et le monde médical. Dialogue entre famille et soignants*, Paris, Syros.

Coreil J., Mull J.D.

1988 Anthropological studies of diarrheal illness, *Social Science and Medicine* Special issue 27 (1) : 1-3.

Cros M.

1990 *Anthropologie du sang en Afrique. Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte-d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.

Desclaux A., Tessier S.

1992 *Impact de l'épidémie à VIH sur les programmes de lutte contre les diarrhées et malnutritions infantiles à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*, ANRS.

Desjeux D., Favre I., Simongiovani J.

1993 *Anthropologie d'une maladie ordinaire : étude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Égypte*, Paris, L'Harmattan.

Douglas M.

1981 *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspéro.

Dubois M.C.

1990 *Étude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain*, Bobo Dioulasso, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction provinciale de la Santé du Houët.

Duboz P., Lafrance N., Vaugelade J., Sankara M.

1988 *Maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-4 ans au Burkina Faso et attitudes des mères concernant ces maladies et la technique de réhydratation orale*, Ouagadougou, ORSTOM-UNICEF.

Flick U.

1992 *La perception quotidienne de la santé et de la maladie, théories subjectives et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan.

Guerrant R.L., Schorling J.B., McAuliffe J.F., de Souza M. Auxiliadora.

1992 Diarrhea as a cause and an effect of malnutrition diarrhea prevents catch-up growth and malnutrition increases diarrhea frequency and duration, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 47 (1) suppl. 28-35.

Héritier-Augé F.

1987 La mauvaise odeur l'a saisi, *Le genre humain : La fièvre* 15 : 7-18.

Jaffré Y.

1991 Anthropologie de la santé et éducation pour la santé, *Cahiers Santé* 1 (1) : 406-414.

Kleinman A.

1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Univ. of California Press.

Le Moal G., Lallemand S.

1981 Un petit sujet, *Journal des Africanistes* 51 (1-2) : 5-42.

Loux F.

1990 *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Interéditions.

Millogo J.

1989 *Contribution à la rationalisation des prescriptions médicamenteuses dans la province du Kadiogo : Enquête sur les ordonnances de 5 officines de Ouagadougou*, Thèse de Médecine n°14, Université de Ouagadougou.

Morel M.F.

1993 L'enfant malade aux XVIII^e et XIX^e siècles, in : J. Cook et J.P. Domergues (sous la dir. de), *L'enfant malade et le monde médical*, op. cit., p. 19-40.

Packard R.M., Wisner B., Bossert T.

1989 Health and disease in Africa and Latin America, *Social Science and Medicine* Special issue 28 (5) : 405-414.

Pelto P.J., Bentley M.E., Pelto G.H.

1990 Applied anthropological research methods : diarrhea studies as an example, in : J. Coreil et J.D. Mull (éd.), *Anthropology and Primary Health Care*, Westview Press, p. 253-277.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Troisième partie : Frontières de la biomédecine

Chapitre XI

Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au Mali.

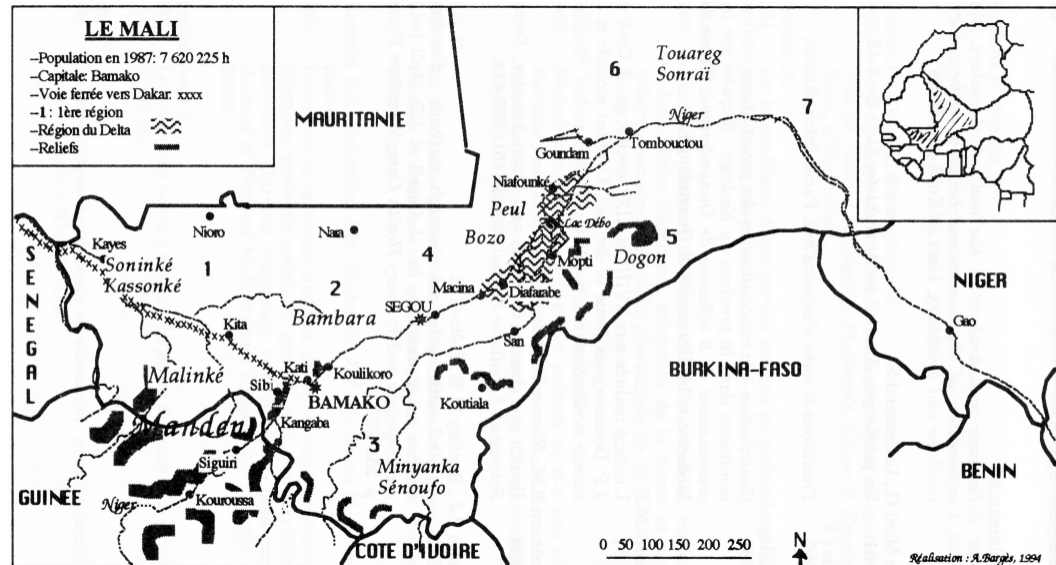
Par Anne Bargès

1. La « grande maladie » : « une maladie comme les autres » ?
 - Banaba : une maladie hors du commun
 - La crainte du « lépreux » : méprisé mais « puissant »
 2. Médecines et soignants
 - a. L'édification des rapports entre médecines
 - b. Bamako/Djikoroni, le lieu de l'institution biomédicale
 - c. Les soignants locaux : du *farafinfurakèla* au *dògòtòrò*
 3. Le malade face aux soins
 - a. Ses choix thérapeutiques
 - b. Ses implications
- Conclusion
Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

« Lèpre... ah, il faut aller voir à l'institut Marchoux ! »

Dans tout le Mali, comme à Bamako, la capitale, les deux noms sont le plus souvent indissociables. Et s'adressant à une Européenne non encore avertie, mes interlocuteurs référaient spontanément au système de valeurs supposé être le mien, celui de la biomédecine. D'ailleurs, le choix de l'institution biomédicale pour des soins antilépreux paraissait évident à tous les Européens.



Cette prééminence du « biomédical » inspirée de l'époque coloniale ¹⁰⁵ n'est pourtant qu'apparente : les praticiens de la médecine locale ont leur place dans les choix thérapeutiques des malades ; ils vivent et exercent à côté de structures officielles qui les méconnaissent ou veulent s'en servir ; et leurs savoirs et leurs pratiques se modifient constamment. Au sein même des institutions officielles de soins également, les logiques des *dògòtòròw* (docteurs) ¹⁰⁶ sont différentes de la logique officielle de lutte contre la lèpre. Logiques de soins et logiques sociales interagissent dans le microcosme constitué autour de l'institut Marchoux et marqué par le particularisme de la lèpre. Objet d'enjeux sociaux souvent méconnus, l'institution internationale, monolithe prestigieuse, est remaniée jusqu'en son sein par les acteurs locaux que sont ses soignants « modernes » et les malades « lépreux » qui la fréquentent.

Ainsi à la pluralité des « médecines » s'ajoute la pluralité des « soignants ». Sans que forcément l'une et l'autre correspondent, leurs actions gardent toute leur

¹⁰⁵ Le qualificatif « colonial » reviendra souvent : époque, histoire ou médecine coloniale ; il ne contient aucun jugement de valeur et doit être pris dans son sens premier « relatif aux colonies ».

¹⁰⁶ « *Dògòtòrò* » désigne autant le biomédecin, malien ou européen, que l'infirmier, l'aide-soignant ou toute autre personne liée aux services de soins « modernes ».

cohérence au sein de l'univers auquel ils réfèrent et le choix des malades s'adapte à ces différentes offres thérapeutiques (lieux et techniques). Une des nombreuses formes de syncrétisme de savoirs et de pratiques qui résulte de cette situation de pluralisme, mais aussi la plus spécifique, est illustrée par la personne du soignant-« lépreux ». Cependant, dans le cadre de la lèpre, le passé (colonial, religieux et caritatif) est encore omniprésent et les conformismes s'opposent aux changements sociaux multiples, rapides et constants que l'on observe actuellement au Mali, plus particulièrement en « grande ville » (*duguba*).

1. La « grande maladie » : « une maladie comme les autres » ?

Comprendre la manière dont une population se représente une maladie, c'est aussi comprendre comment elle va se comporter à l'égard de ceux qui sont malades. C'est pourtant sur une méconnaissance réciproque que le monde occidental et le monde africain ont établi leurs rapports ; les imaginaires surgis du passé médiéval comme les visions exotiques du présent rendent cette maladie lointaine et proche à la fois. Cette méconnaissance peut se résumer par la contradiction que ce sous-titre, de tout évidence, porte en lui : la grande maladie est la traduction du terme bambara, *banaba* (maladie, superlatif) qui est l'euphémisme d'une de ses formes les plus typiques et les plus dévalorisantes, *kuna*¹⁰⁷. Quant à l'expression « une maladie comme les autres », elle constitue le principal message éducatif utilisé par les organisations humanitaires pour lutter contre la stigmatisation de la personne malade¹⁰⁸.

La croyance que l'exclusion du « lépreux » au Mali est une valeur importée par les Européens et que le stigmate y est peu vivace perdure actuellement. Bien loin de moi la volonté de vouloir absolument démontrer le contraire, mais mes

¹⁰⁷ *Kuna* est extrêmement péjoratif. Très diffusé au Mali, ce terme est moins employé dans les régions malinké du Mandé où, pour désigner la forme amputante de la « lèpre », on parle plutôt de *bagi* ; il serait donc un terme importé qui en se diffusant, s'est « spécialisé ».

¹⁰⁸ Pourtant il paraît essentiel de nos jours de ne pas nier l'existence des préjugés et de la stigmatisation ; ils peuvent expliquer le retard du dépistage de la maladie et le faible impact des messages humanitaires.

observations et l'analyse des discours des malades et des non-malades (soignants ou pas) maliens confirment l'existence d'une pensée ségrégative endogène. Sa prise en compte est essentielle pour comprendre quel rôle tient dans la société l'individu « lépreux » et comment le système occidental de soin par une ségrégation collective, de masse, centralisée à Bamako, lui a fourni une valeur en tant que « groupe ». En tant qu'individu isolé comme en tant qu'individu membre d'une communauté, le « lépreux » influe directement ou indirectement sur les pratiques de soins et contribue à leur pluralité.

Banaba : une maladie hors du commun

Selon mes informateurs, *banaba* est régulièrement désignée comme une « maladie grave » *bana jugu*, avec la « folie » *fa*, « l'épilepsie » *kirikirimashyèn* et la cécité *fiyèn(ya)* ; elle est même souvent la maladie la plus grave. Sa mauvaise réputation est non seulement due à ses manifestations souvent contraires aux normes sociales — aspect qui « dégoûte » (*nyigin*) les gens, impotence et dépendance envers les autres, absence de productivité (en brousse) — mais surtout aux fautes liées aux représentations qu'on a de l'origine de la maladie et que laisse suspecter l'apparition des premiers signes.

De prime abord, *banaba* est une *Ala bana*, une « maladie de Dieu », que tout le monde porte en soi. Ce discours est classique, banal au Mali, pays à majorité musulmane où toute maladie est « naturelle » quand elle est « le fait de Dieu ». Cependant « Dieu ne fait rien sans cause », il permet seulement à la maladie « que tout le monde a » de s'exprimer. Alors se dégagent bien d'autres origines où le « sang » (sang de la lignée) et son corollaire le « sexe » sont déterminants. Les plus importantes sont les ruptures d'interdits sexuels et alimentaires qui trouvent leurs explications dans les mythes fondateurs mandingues. Ils atteignent donc la personne *mògò* au plus profond d'elle-même, dans son essence même ¹⁰⁹.

¹⁰⁹ La rupture d'interdit sexuel (avoir des rapports sexuels en période de règles) est fréquemment citée. La femme est coupable et expose ainsi toute sa descendance, le sang de la lignée sera touché ; il n'y a pas là de notion de « transmission », de « passage » de la maladie. L'interdit alimentaire le plus courant touche certaines formes de « silure rouge » : poisson à l'aspect gluant, sans écaille, appelé *manògò bilen*, le poisson qui ressemble à l'homme (noir) « *mògòninfin nyògònna jègè* ». Un autre silure rouge *npòliò*

La cause de la maladie peut également venir des actions néfastes d'une personne, ce que l'on nomme communément le mauvais sort. Avec le sang et le sexe, la parole est aussi une des bases de la vie sociale. Son utilisation malfaisante contribue à expliquer l'apparition de la maladie. Il y a le dangereux *kòr(ò)tè* qui a le pouvoir de manipuler et de libérer par différents procédés le *nyama* (forces occultes) des choses et des êtres ; il n'a pas besoin de support matériel. Il est à différencier d'autres manœuvres venant de la « main » de l'homme « *mògò bolo* » ; on dira que quelqu'un a réalisé « un travail » (*baara*) — ce quelqu'un est en général une personne vengeresse ou jalouse (coépouse) — ; on parlera souvent de *dabali* qui est une technique d'empoisonnement associée à des incantations (*kilisi* : secrets) — poison mis dans la nourriture, « chose mise dessus » (*fènkàn*) ou « versé sur toi » (*bònnkàn*). L'explication donnée par le malade reposera dans ces cas, sur une interprétation *a posteriori* de la maladie, de type persécutif. Mais derrière « la faute de l'autre », se cache toujours la responsabilité du malade. En effet c'est lui qui par la « démesure sociale » de certains traits de sa personnalité ou de son comportement va déclencher sa maladie, et c'est là encore par la valeur intrinsèque de sa personne que le malade est coupable.

Certains animaux aux caractéristiques physiques communes (apparence tachetée) sont susceptibles de donner *banaba* et/ou sont cités comme des interdits alimentaires lors du traitement traditionnel : (la chair de hyène, le caméléon). Actuellement en ville, on cite surtout *sulantèrè* (gecko), communément traduit par « salamandre » ; en brousse, ce même animal « quand il grossit, devient le « petit serpent à deux têtes », *saninkunfila*, au corps zébré ». Cet animal « déplaît tant à Dieu que les hommes ne voudraient pas le voir » ; sa salive peut entraîner par contact direct ou indirect *banaba*, et sa chair réduite en poudre rentre dans la composition de *dabali*.

Pourtant la plupart des réponses recueillies s'appuie sur le fait que « *banaba tè yèlèma* », la maladie ne se « passe » pas, c'est-à-dire qu'elle ne se transmet pas par contact direct ¹¹⁰, alors qu'il existe des attitudes d'évitement. Mes informa-

bilen est l'« interdit » du clan Coulibali (vers Ségou) (*npòliò* est une sorte de *manògò*).

¹¹⁰ L'utilisation du terme français « transmission » pour exprimer la diffusion de la maladie porte souvent à confusion. En effet on parlera autant de transmission « héréditaire » que de transmission par contact direct ou indirect. Alors

teurs les expliquent surtout par un dégoût et une répulsion face au sang des plaies qui ne s'expriment qu'envers le « *kunatò* », « lépreux » typique amputé. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait absence de rejet de l'individu « lépreux » si celui-ci ne présente pas de signes révélateurs de son état (voir ci-dessous).

Ces représentations se retrouvent chez tous mes informateurs issus de différentes régions du Mali mais je discerne deux tendances : celle où *kòròtè*, *dabali* et ruptures d'interdits sont vivaces et s'expriment par un rejet plus intense (surtout en pays dogon) et celle où la mise à l'écart paraît moindre (zone anciennement islamisée où la religion a eu tendance à effacer toutes références « fétichistes »). La première va du Mande (pays malinké) au pays dogon en passant par le pays bambara et le Macina. La deuxième correspond à la zone du Sénégal Oriental de Kita à Kayes, à majorité soninké.

« Dans les foyers soninké [plus musulmans], eux sont solidaires [...] alors que les Bambaras, ça ne se voit jamais ça. Non, il y a un mode de jalousie... il n'y a pas d'entraide du tout... » (Infirmier, Bamako)

La crainte du « lépreux » : méprisé mais « puissant »

Ces représentations de la maladie expliquent les images que l'on a du « lépreux », images qui influencent les comportements des malades et les conduites collectives à leur égard (Fassin 1992 : 129-130). Dans le discours des malades, la maladie est vécue comme le résultat d'une force incontrôlable qui atteint l'intégrité de la personne (physique, sociale et lignagère). Le vécu du malade est douloureux, marqué par de nombreuses ruptures, par des migrations. Le rejet de l'individu peut s'exprimer de différentes manières : dégoût et évitement devant tout contact direct ou indirect quotidien (vêtements, savon, repas), au niveau social — habitat et lieux de prière séparés, divorce ou célibat forcé. Il est variable d'une famille à l'autre (beaucoup plus important en brousse) et se camoufle souvent derrière des règles de bienséance.

Le rejet est d'autant plus insupportable dans une société où les valeurs des individus se confondent avec celles du groupe. Ce dernier attend d'eux qu'ils se

que « *ka yèlèma* » réfère au passage direct, l'aspect familial, « héréditaire », de la maladie est perçu comme une permanence du mal dans la lignée (sans passage).

mettent à l'écart ou du moins qu'ils s'effacent, qu'ils se conforment implicitement à certaines règles.

Au préjugé, à l'exclusion s'ajoutent ce sentiment de dévalorisation de soi, de honte et de retrait ; suit souvent une attitude défensive, voir même violente. Il n'y a pas d'auto-accusation (Ortigues 1984 : 282), le malade projettera sa culpabilité sur un « autre » : l'islam lui fournira l'« excuse » que « toute personne porte la maladie en soi, celui qui l'a dans ce monde, ne l'aura pas dans l'autre » ; le catholicisme lui amènera une rédemption des pêchés dont la lèpre reste une expression ; quant au diplômé, son savoir « scientifique » lui fera mettre sa maladie sur le compte du faible niveau socio-économique malien, argument tout à fait cohérent pour la biomédecine.

En amont de la maladie, le malade est coupable dans son comportement social et dans le fondement même de sa personne. En aval de la maladie, il confirme par certains aspects de sa personne (traits physiques et psychiques, attitudes et comportements) les raisons de le suspecter. Ses plaies le rendent « répugnant », son handicap en fait un impotent dépendant des autres ; il est dit susceptible, irascible, « *dusumango i ko kunatò* » (« susceptible comme un lépreux »), « méchant », belliqueux, capables d'actes délictueux.

Mais la composante intrinsèque de sa malignité va faire du « lépreux » une personne puissante, crainte car détentrice de pouvoirs et d'un savoir secrets. Les gens se donnent donc toutes les raisons de le mépriser, de le craindre mais aussi celles de le respecter. Sa condition et son statut le rapproche de la personne du *jèli*, « griot », personne dite « de caste » ¹¹¹. Et nous verrons que cette « valeur » de l'individu « lépreux » est déterminante quant aux rôles qu'il peut jouer dans la société, plus précisément dans les soins.

¹¹¹ Cf. Mauny 1955. Dans beaucoup de régions du Mali, un malade de la lèpre n'avait pas le droit d'être enterré ; la mise en terre de sa dépouille pouvant déclencher la sécheresse et de mauvaises récoltes. Le corps était déposé dans des lieux riches en *nyama* — arbre creux (baobab) ou termitière — ou encore pendu à un arbre. Ces pratiques existaient encore il y a quelques années vers Mopti et Ségou, mais étant interdites elles disparaissent.

2. Médecines et soignants

a. L'édification des rapports entre médecines

Face aux thérapeutes traditionnels et surtout face à leurs pratiques, le monde occidental s'est comporté de deux manières. La médecine institutionnelle — issue de l'histoire coloniale, spécialisée en léprologie et représentée par l'institut Marchoux — fut très rapidement méprisante et sur la défensive. La recherche universitaire puis le milieu pharmacologue et médical non léprologue (Santé publique) désira pour sa part, dès les années 1940, s'allier les connaissances locales. Soutenue officiellement par l'OMS depuis une dizaine d'années, cette dernière approche a néanmoins peu d'impact sur les programmes de lutte de la léprologie française dont l'action reste essentiellement curative (PCT : polychimiothérapie). Par contre, elle a un impact plus « insidieux » chez les soignants « modernes » africains que sont les infirmiers spécialisés ou non spécialisés ; en effet, culturellement et socialement, ils sont intéressés par l'accès à ces savoirs « traditionnels ».

Occultation-dénigrement ou intérêt-séduction, dans les deux cas, les soignants « traditionnels » se défient, se méfient et souvent finissent par vouloir garder leur anonymat. C'est d'autant plus vrai qu'ils se trouvent confrontés à un traitement « moderne » réputé efficace et qu'une telle maladie nécessite des pouvoirs thérapeutiques importants, rares et donc recherchés.

L'occultation du système local

Il fallut attendre la fin des guerres soudanaises (capture de Samory en 1898) et le début de notre siècle pour que les médecins militaires en poste fassent les premières observations spécifiques sur la lèpre et montrent, pour certains, leurs intérêts aux soins employés localement. À cette époque, les traitements offerts par la médecine de l'époque coloniale n'offraient pas plus de garantie de réussite que la médecine locale ; ils cherchaient même à s'en inspirer.

Les « médications » utilisées en usage externe par les deux médecines avaient les mêmes effets agressifs et détersifs (Kermorgant 1898). Les soignants locaux y ajoutaient des décoctions purgatives qui sont encore utilisées de nos jours. Cepen-

dant, pour les médecins hygiénistes, la lutte contre la maladie reposait essentiellement sur la ségrégation des malades dans des villages isolés. Bien impuissants furent ces premiers médecins, désorientés par l'attitude des populations devant leurs entreprises de regroupement, comme en témoignent leurs rapports :

« Les noirs sont méfiants et cachent avec soin leurs malades ; aussi n'est-ce qu'incidemment que les médecins qui séjournent ou qui ne font que passer dans ces régions ont pu découvrir des lépreux, qui s'adressent de préférence aux marabouts et aux traitants qui vendent des médicaments. » (Kermorgant 1905)

« C'est une affection devant laquelle le médecin se trouve presque complètement désarmé, de par l'absence de tout traitement spécifique, et surtout de par la longueur des soins à imposer aux indigènes, qui acceptent volontiers *les médications à effet rapide*, mais se montrent sceptiques devant le traitement à longue portée... » (Verdier 1907)

Chez ce dernier auteur, ressort la volonté de « détruire l'influence des sorciers indigènes [...] qui jouissent d'une réputation assez étendue » ; il ajoute qu'il ne se fait « aucune illusion sur les avantages médicaux proprement dits » de la médecine qu'il offre. Les résultats déplorables — l'absence de moyens aidant — et les signes en faveur d'une propagation de la maladie chez les Européens, déclenchèrent les premières programmes de lutte (1925). C'est à partir de cette époque que les rapports et les textes des médecins coloniaux ne mentionnent quasiment plus leurs « collègues » locaux que sous des génériques réducteurs, péjoratifs : « sorciers », « charlatans », « marabouts » ¹¹². Disposant de leurs propres traitements,

¹¹² On retrouve ces termes dans le français bamakois actuel ; cependant leur sens n'est pas forcément celui péjoratif impulsé par les occidentaux. Ainsi le mot « charlatan » désigne souvent tout *farafinfurakèla* sans forcément le connoter négativement. Cependant ce sens coexiste également avec celui de « mauvais médecin », « bonimenteur », de « celui qui cherche le client ». On peut dire la même chose de « marabout ». Le mot « sorcier » est employé dans le sens de *subaga* malien qui renvoie à un personnage précis, craint et dangereux. « ...Les sorciers (au sens de *subaga*), pas les charlatans, eux ce sont les marabouts... » : comme le montre cet essai de définition par un infirmier spécialisé, cette polysémie de termes français d'importation coloniale, réadaptés au milieu africain, entraîne souvent des définitions propres à chaque utilisateur, et cela varie selon le degré de francophonie, la profession, les contacts avec les Français... C'est chez les jeunes diplômés de la ville, les plus francisés et les plus « urbains », que les traductions terme à terme révèlent la confusion

ils ne s'intéresseront plus aux pharmacopées locales. Les efforts de la médecine coloniale se concentrèrent à Bamako. En 1928, la première entreprise de regroupement en « village de lépreux » à *Bakò Jikòrònin* (Djikoroni derrière le fleuve, rive droite) montra vite les failles d'une ségrégation collective, réalisée sans moyen (ANM 1930, Gourvil 1935).

Failles d'un système inadapté à la situation locale et qui, pour fonctionner, nécessitait d'être « attractif » en instituant une logique d'assistanat :

« La seule formule de colonie agricole susceptible de réussir auprès des indigènes est celle utilisée à l'institut de Bamako. Les malades doivent y trouver des conditions de vie supérieure à celles de leur villages. Le travail pour ceux qui s'y livrent doit être une distraction, non un moyen d'existence. » (Sorel, Médecin général inspecteur délégué en AOF, 1938)

Avec le Service central de la lèpre à Bamako (1931) auquel fut rattachée « une léproserie modèle » : l'Institut central de la Lèpre (ICL, futur institut Marchoux), débuta la grande entreprise technique de lutte contre la maladie (1934-35). Cet établissement alliait centre de traitement et village agricole (180 ha), la logique prophylactique reposait toujours sur l'isolement des malades qui venaient de toute l'Afrique occidentale. Le Service central de la Lèpre était secondé par l'AMI (l'Assistance médicale indigène) qui devait dépister les malades en brousse. Avant 1945, l'AMI n'eut pas réellement les moyens d'assurer son rôle et le dépistage systématique fut pris en main par le Service général d'Hygiène mobile et prophylactique (SGHMP). Les activités dites de prospection (dépistage des nouveaux malades) atteignirent leur apogée en 1953-54, P. Richet parlait de « croisade » antilépreuse (Richet 1980 : 548). Les centres de traitement et leurs villages d'isolement se multiplièrent dans les villes de moins grande importance (Ségou, Sikasso, San, Kayes sont les plus anciens : 1935), ainsi qu'en brousse ; mais comme ils n'offraient pas les avantages de vie des colonies agricoles, aussi étaient-ils délaissés par les malades. Le centre de référence de la lutte contre la lèpre demeurait l'institut Marchoux ; depuis l'indépendance malienne, il dépend de l'OCCGE, une organisation inter-états africains. Le système de soins occidental se trouve donc représenté depuis soixante ans par cet établissement. Apparemment solide et homogène par sa structure hiérarchisée et fonctionnelle, il s'est

des sens : ainsi « maraboutage » comme « magie noire » servent à désigner le *dabali*.

opposé aux thérapeutes « locaux » mais a occulté leur réelle influence ; ainsi leur a-t-il permis de « survivre » dans le secret et d'échapper à tout contrôle « officiel ».

Avec l'AMI émerge une deuxième forme d'expression de la médecine occidentale, le « corps d'aide-médecins indigènes » qui avec les autres catégories de fonctionnaires vont constituer « l'élite africaine ». Dans les structures de soins, ce personnel de santé va rapidement devenir un maillon incontournable entre médecins et malades, acquérir une place entre hiérarchie institutionnelle et enjeux sociaux africains mais également être à l'origine de syncrétismes de savoirs et de pratiques.

L'attrait des plantes

Parallèlement à l'approche des praticiens spécialisés s'élaborait une autre forme d'approche de la maladie et de ses soins. Elle s'opposait à la grande « entreprise » sanitaire planifiée par son caractère individuel et ponctuel. Les premières personnes à approcher de près les cultures ouest-africaines furent les prêtres missionnaires catholiques. Ces religieux puis les botanistes africanistes et la génération naissante de diplômés africains (le plus souvent des enseignants) fournirent les premières observations sur les « pharmacopées indigènes ». L'IFAN, créé dans le but de donner un cadre aux études de « l'homme, des autres êtres vivants ou du cadre physique » (Monod 1939 : 1), fournit ainsi l'opportunité aux « informateurs » locaux de faire connaître leurs données que viendraient compléter celles d'universitaires français. Ainsi ce même numéro (1939 : 6) affirme la nécessité d'étudier les « remèdes indigènes et en particulier des plantes médicinales [...] en ouvrant à la thérapeutique européenne le trésor à peu près *inexploré par la science officielle* ». Il est à noter que la première maladie sujette à questionnement est la lèpre :

« Maladie mystérieuse : La lèpre est une maladie encore mal connue, surtout en ce qui concerne ses modes de transmission. Tout renseignement, même isolé, sur les coutumes, les croyances, les médications indigènes en rapport avec la lèpre mérite d'être recueilli. »
(Monod 1939 : 7)

Néanmoins, cet intérêt fut vite tempéré par la prééminence de la léprologie « moderne » et la découverte d'un traitement officiel efficace (1942, utilisation des sulfones, DDS, recommandée par l'OMS en 1952).

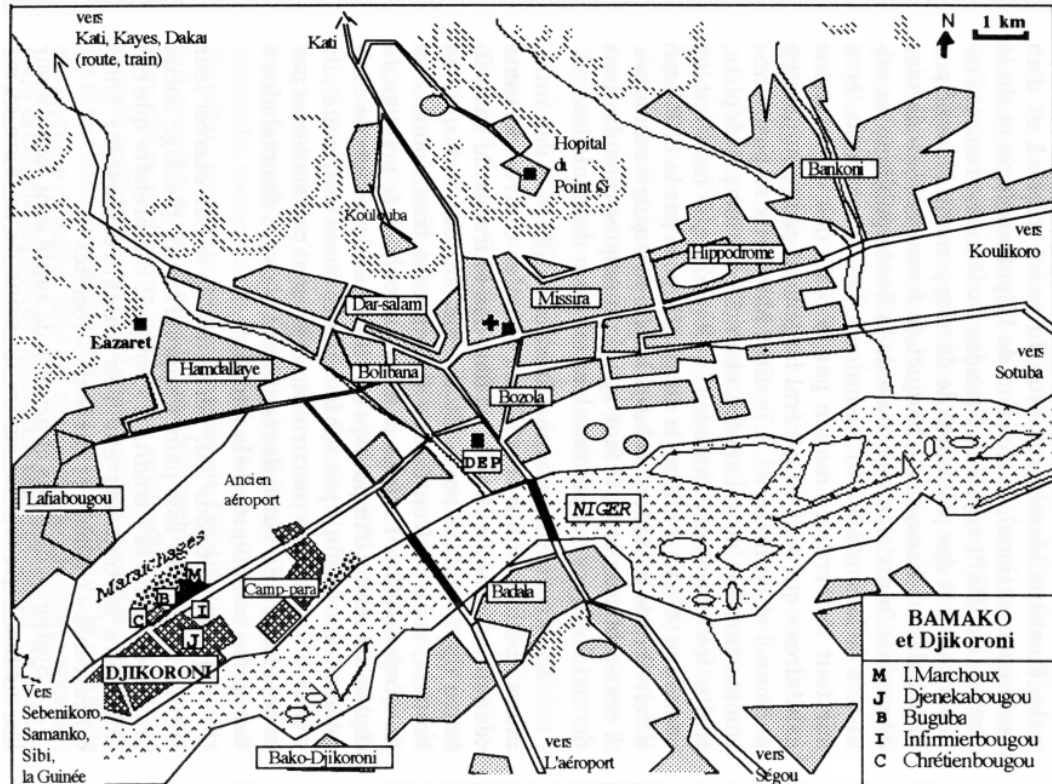
Concernant l'ensemble des maladies, cet intérêt s'est concrétisé par la création d'un centre de Médecine traditionnelle (appelé « Pharmacopée ») au sein du ministère malien de la Santé publique et d'associations de thérapeutes traditionnels et d'herboristes (1974) (Keita et Doumbia 1990). Néanmoins, l'intérêt pour les données sociales et culturelles liées aux maladies restait et reste essentiellement lié au désir de trouver une validité biomédicale aux thérapeutiques locales. Comme je le disais dans l'introduction de ce chapitre, l'« attrait des plantes » est légitimé par cet intérêt « scientifique » mais peut cacher des motivations autres : pour les *dògòtòròw* africains (descendants du personnel de santé de l'AMI), il est une manière d'acquérir savoir, pouvoir et prestige.

*b. Bamako/Djikoroni,
le lieu de l'institution biomédicale*

L'organisation spatiale de Bamako trouve sa structure dans les politiques ségrégatives Européens / « Indigènes » de l'époque coloniale sur lesquelles se sont greffées des motivations sanitaires hygiénistes. Les premières structures de soins contre les maladies épidémiques, le Lazaret (maladie du sommeil, fièvre jaune..., actuellement méningite) et l'institut Marchoux (lèpre) ont en commun leurs emplacements éloignés du centre ville, l'ancien quartier européen. L'institut fut construit à Djikoroni dans la grande plaine inondable située sur la route de Guinée, à 4 km au sud-ouest du centre-ville. Depuis vingt ans, les quartiers périphériques se sont étendus de manière tentaculaire ; ainsi le lazaret « *Lazaria* », devenu un centre de santé communale, a été refoulé jusqu'au pied des montagnes ; quant à l'institut Marchoux, l'extension du quartier de Djikoroni l'a désenclavé (cf. carte).

Actuellement, le système de soins officiels contre la lèpre repose sur la coopération d'une structure internationale, l'institut Marchoux, issue du passé colonial, et d'un organisme national, la division de l'Epidémiologie et de la Prévention (DEP) appelée « Grandes Endémies », issu de l'indépendance et des politiques de développement. Nommé par la population, *banantu* (le bosquet de fromagers), ce dernier dépend de la division nationale de la Santé publique au ministère de la Santé. La DEP coordonne la lutte contre la lèpre sur tout le territoire malien par le biais des « formations sanitaires » qui sont en général largement sous-équipées en personnel et en matériel. L'institut Marchoux se positionne comme institut de

recherche et de formation ; il dépiste, traite les nouveaux malades, suit ceux qui habitent sa commune (4^e), et confirme le diagnostic posé par la DEP à qui il renverra le malade si celui-ci habite une autre commune. A ces établissements, il faut ajouter quelques consultations dermatologiques qui peuvent leur adresser des malades.



La structure malienne fonctionne grâce à des infirmiers spécialisés qui travaillent dans les centres de santé communautaire de la ville et font des tournées de surveillance dans tout le pays. Et ce sont surtout eux qui, en brousse, sont confrontés aux thérapeutes traditionnels ou *farafinjurakèlaw*. Projetés dans un univers où le prestige du diplôme a moins d'impact qu'en ville et où la notion de compétence ne se définit pas sur les mêmes bases (voir suite), ils y trouvent une forte concurrence et ne sont pas soutenus par la population. En outre ils récupèrent souvent des malades à des stades compliqués de la maladie.

Que ce soit pour leur permettre de mieux exercer leur métier ou que ce soit pour s'approprier un prestige social plus ancré dans la « tradition », on peut comprendre que ces infirmiers tentent souvent d'en connaître plus sur leurs concurrents « cachés » et sur leurs « recettes ».

Systèmes de soins et acteurs de santé sont loin d'avoir les mêmes logiques. Le centre de soins de la lèpre qu'est l'institut Marchoux en est un exemple. Cette institution a son corollaire social : le quartier de Djikoroni, formé depuis cinquante ans par l'installation spontanée des anciens malades « blanchis » (« nettoyés » de tout risque infectieux) qui ne sont plus logés à l'institut et leurs familles. Ces deux entités forment l'épicentre d'un système social organisé autour de la lèpre. En son sein se côtoient différents acteurs : les soignants regroupés sous un même vocable : *dògòtòròw* (médecins maliens et français, infirmiers et aides-soignants maliens), les administratifs (direction, agents sociaux et manœuvres) et les « malades » (surtout anciens malades). Y prennent également place les religions : le catholicisme (mission et des institutions caritatives) et l'islam.

L'Institut : le corps

Au caractère stigmatisant de la maladie s'est ajouté celui d'un système basé sur la « ségrégation » et sur une aide humanitaire ciblée — la lèpre acquérant ainsi une dimension collective qu'elle n'avait pas en brousse. Ainsi, s'est élaboré un microcosme où les enjeux sociaux ont vite pris le dessus des seules prérogatives sanitaires.

En 1934-35, lors de son inauguration, « Marchoux » constituait une véritable petite ville à l'ouest de Bamako. Depuis, la superficie du « village agricole » s'est considérablement réduite. L'espace de l'institut peut se décomposer en trois zones : celle administrative et hospitalière (comprend le logement des médecins), celle des familles des malades et des manœuvres (des anciens malades) dit *buguba* (la grande case) et celle où sont logés les infirmiers (pour la plupart des anciens malades) appelée *infirmierbugu* (la case de l'infirmier). L'institut garde de son passé colonial une organisation verticale, hiérarchisée mais qui est devenue plus complexe. En effet, quatre niveaux structurent l'institution, niveaux qui souvent se confondent : une hiérarchie biomédicale sur laquelle se greffe une dimension culturelle, une hiérarchie sociale malienne, une bipolarisation non-malades / malades. Le directeur scientifique français est à la tête de la pyramide du système

de soins. Elle est composée de plusieurs strates : celle médicale formée de médecins maliens (issus du milieu médical bamakois) et français coopérants (léprologue, dermatologue et épidémiologue) ; celle paramédicale dominée par l'infirmier-chef, « personne-clé » de l'institut — grâce à son expérience en léprologie, il a sa consultation propre où il dépiste les nouveaux malades, il est respecté pour sa compétence par les léprologues — ; en dessous existent les infirmiers en titre sans lien privilégié avec le quartier, n'ayant pas eu la lèpre ; puis viennent les aides-soignants / infirmiers, presque tous des anciens malades, logeant à *infirmierbugu*. Ces personnes parlent français et constituent les interlocuteurs privilégiés des médecins étrangers, leur seul lien avec le malade parlant le bambara. Les Occidentaux sont logés sur les terres de l'institut, ont peu de contacts avec le quartier de Djikoroni. Ils sont non seulement coupés culturellement et linguistiquement du milieu local mais aussi spatialement, socialement et socioéconomiquement. Avant 1991, il existait quelques sœurs blanches de Notre Dame d'Afrique ; elles avaient un rôle d'infirmières et tenaient la pharmacie, elles étaient également un lien important avec les réseaux caritatifs de distribution de médicaments occidentaux. Elles ont été remplacées par des sœurs africaines qui ne disposent pas de ces avantages relationnels. La structuration sociale concerne les acteurs maliens et les divise en trois groupes :

- celui lié au milieu hospitalier bamakois (médical, biologique et politico-administratif) à la tête de la partie administrative et médicale de l'institut. Les infirmiers, agents administratifs et travailleurs sociaux sont également des diplômés de la ville mais issus de milieux moins favorisés ;
- celui issu du quartier et du milieu de la lèpre est composé du personnel paramédical proche du quartier. À son sommet l'infirmier-chef réunit en lui plusieurs prestiges : celui de l'âge, celui d'une pratique musulmane fervente, des liens familiaux avec la communauté catholique, une réussite économique agricole (commerce de mangues). Les infirmiers et aides-soignants, anciens malades, sont écoutés dans le quartier et y ont des liens privilégiés ;
- en bas de l'échelle institutionnelle se placent les manœuvres, les « blouses bleues et noires » qui sont tous d'anciens malades, dont la plupart logent au *buguba*.

De l'infirmier à l'aide-soignant, ces *dògòtòròw* se partagent entre le monde des soignants et celui des malades, entre le savoir des « *tubabu* » et le statut local. Ils seront donc les premiers à utiliser les deux types de connaissances au sein de pratiques illégales que sont la revente des médicaments antilépreux (DDS) et les consultations à domicile (faits reconnus dans le quartier) — les premières sont plus pratiquées en brousse. Le malade en traitement est lui aussi loin d'être neutre dans ce marché parallèle de médicaments.

À la fin de leur carrière, ces *dògòtòròw* continueront souvent d'exercer mais se sépareront du milieu biomédical. À travers l'histoire de deux « anciens de la lèpre » — infirmiers spécialisés ayant été formés au Centre Muraz (centre OCCGE à Bobo Dioulasso, Burkina-Faso) et ayant vécu la grande « épopée » de la médecine dite de prospection — nous avons deux exemples de « reconversion » possibles. En devenant chef de l'actuel quartier de Djikoroni (37 000 h), le premier a choisi le prestige administratif et politique de la ville, celui d'une chefferie « modernisée ». Le deuxième, gros propriétaire terrien, est devenu chef de l'association des chasseurs (*donsow*) de Lafiabugu (quartier proche de Djikoroni), il collabore avec deux « thérapeutes traditionnels » : un forgeron et un Peul.

Religion - action caritative : l'âme et le social

La lèpre est bien une des premières maladies chroniques à avoir fourni à la religion catholique le moyen d'exprimer sa compassion. Au début de la conquête coloniale, le rôle des missionnaires a été important dans les actions sanitaires. Dès la création de l'institut, les sœurs blanches de Notre Dame d'Afrique ont eu leur place dans la pratique des soins mais surtout dans l'aspect « social » et « moral » de la maladie que leur laissait les médecins. À l'action missionnaire s'ajouta celle caritative, d'obédience religieuse, qui relève du même discours et de la même approche de terrain. En 1954, à l'instigation de Raoul Follereau, fut créée la première « Journée mondiale de la Lèpre », organisée pour collecter des fonds nécessaires à la lutte contre la lèpre ; depuis, elle donne lieu à ce qu'on nomme à Bamako « la fête des lépreux », autrefois considérée comme une grande attraction. Au mot « assistanat » et « charité » se sont successivement substitués ceux de « réinsertion », « rééducation » et finalement « réadaptation sociale » de cette population. Situé à une dizaine de kilomètres de Djikoroni, le centre de Samanko en est un exemple ; mais l'existence d'une structure protectrice dite de « réinsertion sociale » a eu les mêmes effets de regroupement et de dépendance que

l'institut il y a cinquante ans, la population ne voulant prendre le risque d'abandonner des acquis qu'elle ne pouvait trouver en brousse.

Ces actions ont participé à l'élaboration de l'espace physique et social du quartier. La mission catholique a fait des dons de terre : dans le quartier pour former *Chrétienbugu* ; à une dizaine de kilomètres de là au bord du fleuve pour permettre la culture ; elle participe également à la distribution des dons de la Croix rouge.

Cependant tous ces biens circulent selon les liens plus ou moins privilégiés qui relie des anciens malades de Djikoroni, les soignants de l'institut et le milieu politico-administratif bamakois. Ces réseaux de « clientélisme » (Amselle 1992), sont essentiels à la vie malienne, surtout en ville ; ils sont d'autant plus importants pour un malade, sans ressources, qui arrive de brousse pour se faire soigner.

L'islam est pratiqué majoritairement dans le quartier comme dans le reste de la ville, il devient même un refuge pour beaucoup de nouveaux malades. Les dons venant d'Arabie saoudite pour la fête du mouton « la Tabaski » (« la viande de La Mecque ») sont limités et la distribution reste régie par les mêmes principes sociaux. Contrairement au christianisme et à ses corollaires humanitaires qui investissent beaucoup dans les soins et les aides mais ont peu d'impact social et culturel, l'islam donne peu mais structure de plus en plus la société malienne.

*De l'individu au groupe « lépreux » :
Djikoroni-Djenekabougou*

Lieu ségréatif imposé au départ, l'institut Marchoux et ses alentours sont devenus le lieu où malades et anciens malades sont « entre eux et chez eux ». Les soins, le traitement gratuit, les avantages matériels (nourriture, vêtements fournis jadis par l'institut Marchoux), les dons distribués par les missionnaires et les institutions caritatives chrétiennes ainsi que la surpopulation des logements sociaux du *Buguba* entraînèrent vers 1940-45 l'installation « spontanée » des familles entre l'institut et le fleuve Niger. Dans ce sous-quartier de Djikoroni : *Jenekabugu* (Djenekabougou), les terres furent au départ offertes, puis achetées, pour être actuellement louées et sous-louées (le quartier est surpeuplé). Par l'acquisition des terres de culture puis du quartier, les familles ont matérialisé leur existence aux yeux du reste de la société, aux yeux des gens « sains » (*kènèbagatow*). Isolé du reste de la ville avant ces dix dernières années, il était le « quartier des lépreux »

et avait une réputation de territoire « *mabò* » (mis à l'écart). Cette mauvaise image attira et favorisa le développement de la criminalité, de la prostitution et de trafics illicites qui l'ont ainsi autoentretenu. Djekabougou est aussi devenu par la concentration d'« anciens lépreux », le lieu d'associations de « mendiants » bien structurés qui ont appris à édifier de véritables réseaux professionnels entre les différentes grandes villes d'Afrique de l'Ouest : pièces détachées, médicaments illicites (amphétamines) et antilépreux (DDS) — les principaux fournisseurs sont alors les lieux de traitement de la lèpre via les malades ou les soignants. Quand à l'aide humanitaire, elle a également contribué au développement du quartier. Ces échanges ont favorisé l'ouverture du quartier vers l'extérieur et ont rendu le marché de Djikoronni prospère. Dans le quartier, comme dans le reste de la société malienne, existent des formes de regroupement qui concrétisent des alliances anciennes, modernes ou modernisées. Certaines sont caractéristiques du quartier et sont liées soit à l'« état de malade », soit au milieu caritatif, soit au milieu religieux, soit aux entreprises économiques locales dont la mendicité fait partie ; elles sont liées par leur membres aux différents acteurs sociaux maliens de l'institut.

On peut donc facilement affirmer que l'institut Marchoux n'est que matériellement séparé de Djekabougou et paraît beaucoup moins monolithique. Entre ces deux pôles (soignant-malade) existe toute une trame d'interdépendances qui se nouent à l'institut, dans le quartier et en ville et qui passent autant par les structures professionnelles que par les associations de malades, les associations religieuses et caritatives et celles plus « traditionnelles ». Différents « clans » découlent de ces réseaux d'alliance à laquelle tout nouveau arrivant (malade) tente d'appartenir ou appartient d'emblée. En fonction des événements macro ou microsociaux (chute de la II^e république en mars 1991 et mouvements revendicatifs des malades, des manœuvres), les pouvoirs se déplaceront d'un clan à un autre.

Actuellement, à l'image du reste de Bamako, Djikoronni s'est considérablement étendu et regroupe plusieurs sous-quartiers comme *Jenekabugu*, habités en majorité par une population non-malade.

Néanmoins dans l'esprit du reste de la population bamakoise, il garde encore une mauvaise réputation. On n'identifie Djikoronni qu'au travers de la « fête des lépreux », des « aides » et des « mendiants ». En outre, la ségrégation et le regroupement des malades sont jugés comme allant de soi car indispensables pour

pouvoir les « contrôler » et soigner ; cette opinion est partagée aussi bien par les non-malades et thérapeutes « traditionnels » maliens que par les malades qui défendent cet environnement sécuritaire.

La remise en cause d'un monde établi ?

Djikoroni est-il le terrain protégé de la biomédecine ? Il ne faut pas nier l'impact de la proximité et de la réputation de « Marchoux » dans les choix thérapeutiques ; en effet les anciens malades y ont des attitudes préventives pour leurs proches et pour eux-mêmes (visite médicale) qui sont plus fréquentes qu'ailleurs (quartiers bamakoïses, brousse). Cependant les praticiens traditionnels de la lèpre continuent également d'y exercer leurs pratiques, dans le domaine officieux, sous couvert même des malades et des soignants du quartier. Certains sont des « tradipraticiens » de la division de Médecine traditionnelle et participent à la diffusion radiophonique d'émissions sur la pharmacopée traditionnelle. Les *dògòtòròw* de l'institut sont également en partie les artisans de changements de comportement face aux soins ; ils constituent un trait d'union entre pratiques locales « traditionnelles », « modernisées » et système de soin biomédical ; en étant sources et objets de transferts de savoirs, ils favorisent l'élaboration de syncrétismes médicaux dans l'un et l'autre sens.

L'institut, conforme à une logique de soins importée a été structurant pour ce système de soins, en lui permettant d'établir la prééminence de la biomédecine dans la lutte contre la lèpre — moyens sanitaires, réputation du lieu, milieu urbain. Par contre, sa rigidité, l'occultation du système social local a engendré des conformismes au sein de ce milieu (assistanat, pressions sociales, élite locale...) qui sont déstructurants pour lui et limitent ses actions. Actuellement, les autorités sanitaires sont conscientes de la situation et essaient de se départir de cette logique d'assistanat. Même les structures caritatives tentent de prendre une certaine distance : « Nous ne pouvons pas, nous ne devons pas faire le travail à votre place...hommes libres et indépendants et responsables... cessez de faire la révolution en accusant l'autre » (Récipon, AFRF, Journée mondiale de la Lèpre, Bamako, 1992).

Néanmoins cette volonté de désengagement est incomprise car ambivalente : les structures ne changent pas et le don humanitaire reste le principal moteur de la lutte contre la maladie. Les « malades » considèrent ce qui leur est offert depuis

cinquanteans comme un dû et les changements politiques de mars 1991 leur ont donné l'opportunité : de s'exprimer violemment contre les autorités politico-administratives, sociales (Samanko) et sanitaires (institut Marchoux) ; de revendiquer plus d'avantages, et de s'opposer à tout changement ; certaines revendications ont également été émises par le corps paramédical issu du quartier. Tout cela a entraîné quelques changements, en particulier la création d'une structure propre aux « anciens malades » : l'Association nationale des Anciens Malades de la Lèpre (octobre 1991).

c. Les soignants locaux : du farafinjurakèla au dògòtòrò

La variété dans la tradition Actuellement désignés par le terme *farafinjurakèlaw* (peau noire/feuilles, soins/qui fait), en opposition avec les *dògòtòròw* ou *tubabufurakèlaw*, les thérapeutes locaux ne peuvent être classés : leurs pratiques de soins ne sont souvent qu'une des nombreuses expressions de leur savoir. Parmi tous ces thérapeutes, rares sont ceux qui soignent ou disent soigner *banaba*. Malgré l'apparition en ville de nombreux *jurakèla* « façon » (copies de guérisseurs), souvent plus *furabòlaw* (fournisseurs de médicaments) que soignants et qui se vantent de pouvoir guérir la lèpre, les compétences exigées sont à mettre en relation avec la *juguya* (malignité, gravité, méchanceté) de la maladie et exigent certaines connaissances innées ou acquises.

L'« homme de connaissance » *doma* est un savant détenant des savoirs traditionnels plus ou moins spécialisés ; il peut être : *jiridonna* (connaisseur des arbres), *furatigi* (détenteur de feuilles, de remèdes), *jurakèla* (soignant), *filèlikèka* (voyant devin) utilisant différentes géomancies (sable, terre, boue), grand *basitigi* (fétiche/détenteur) ou « féticheur », magicien, antisorcier (*nyaga*). Il aurait un pouvoir plus occulte (positif comme négatif) que le *soma* qui lui est souvent opposé et qui — également grand initié, féticheur, guérisseur, jeteur et leueur de sorts — serait plus ambigu dans ces actes et se prêterait plus au jeu des forces sociales. *Doma* ou *Soma* est souvent un forgeron (personne de caste, *nyamakèla*) et/ou un chasseur qui se réunit en confrérie : ainsi « l'Association de Chasseurs » est dirigée par un triumvirat constitué d'un Bozo, d'un forgeron *numu* du Mandé et d'un Peul, les trois étant des *jurakèlaw* à des degrés différents, mélangeant différents types de pouvoirs et de pratiques.

Certains se limitent à une maladie, il s'agit souvent d'une recette transmise familialement.

La plupart des thérapeutes rencontrés en ville sont de bons herboristes associant à leurs recettes des *kilisiw* (incantations secrètes) et des pratiques divinatoires. D'autres soignants se trouvent être des *furafeerelaw*, des vendeurs de plantes, qui donnent remèdes et conseils au marché ; beaucoup sont de « vieilles » femmes à l'instar de celle qui vend des remèdes antilèpre au marché de Djikoronni. Il faut également citer tous les thérapeutes issus de la médecine islamique, *mori* ou *moriba* (marabout/grand), classiques ou modernisés (Imperato 1975). Du fait de leur multiplication et de la vulgarisation de leurs pratiques, les « marabouts » sont souvent vus comme des imposteurs.

Ainsi le thérapeute se partage entre « ritualisants » et « herboristes », entre « animistes » et « islamistes » et entre « traditionnels » et « modernisés ». Sans oublier que chaque malien détient ses connaissances propres (famille, échanges de secrets) et que dans un premier temps il les utilise en auto-traitement (même dans le cas du *Banaba*).

Savoir et pratique : à chacun sa compétence

Au départ, la personne peut déjà posséder un certain capital de connaissances, acquis par les esprits en brousse, ou le plus souvent par l'héritage du savoir familial.

Cependant, un vrai thérapeute doit « voyager » (*ka yaala*) ; il entreprend ainsi un véritable itinéraire initiatique où acquisition des savoirs et apprentissage des différentes pratiques contribueront à établir sa compétence de soignant.

« Tu peux m'apprendre beaucoup, mais pour faire prospérer cette connaissance, il faut que je voyage. Quand quelqu'un qui en sait plus que moi parle en ma présence, c'est l'occasion d'en savoir plus et ainsi de suite... je me fais un capital de connaissances. » (Guérisseur malinké, Mandé)

Par les différents actes pratiqués tout au long de ses pérégrinations, le thérapeute se fera connaître et contribuera à consolider sa compétence. À son savoir, ses pratiques s'ajoutera son identité, son vécu personnel qui le rendront cohérent aux yeux des autres. Il pourra s'installer et vivre de son « nom » (*jamu*), de sa réputation, sans « aller chercher le malade ». Dans ce cas, le malade « lépreux »

logera à proximité, édifiant parfois un véritable village de traitement. En grande ville, le principe est également vrai : « pour quelqu'un qui s'y connaît, les gens viennent de partout » et le terme répété « voyager » (*ka yaala*), répété, deviendra péjoratif « *ka yaala yaala* » quand il s'agira « d'aller chercher le client en ville » ; cela est la marque du *furakèla* sans grande valeur ou celui du *furabòla*. Cette retenue paraît relever d'un certain code de déontologie, mais elle dépend également d'un certain esprit de « marketing » soucieux de se préserver une bonne image de marque.

Pour un *farafin furakèla* classique, la compétence repose donc sur trois principes (Diarra 1993) :

- l'acquisition du savoir (révélé, transmis par un proche et/ou lors de voyages « de formation », véritables voyages initiatiques) ;
- l'apprentissage fait au gré de ces voyages, ce qui va permettre de mettre en pratique ses connaissances, de montrer ses performances et ainsi de s'établir une réputation ;
- à cela devra s'ajouter la valeur de la « personne », de son « identité » qui sera innée et acquise. Grâce à cela, le « vrai » thérapeute pourra s'installer et vivre de sa réputation ; il se différenciera de tradipraticiens plus édulcorés, plus modernisés.

Cette définition de la « compétence » permet de comprendre la crédibilité sociale de certains soignants modernes, *dògòtòròw* africains dont fait partie l'infirmier-chef de l'institut ; en effet ce dernier dispose de tous les critères : l'apprentissage, les performances mais surtout les identités individuelle (vécu face à la maladie), groupale (communauté des malades), sociale (milieu des soignants) et culturelle (monde africain). Par contre, les infirmiers qui ne sont pas insérés dans le milieu où ils travaillent sont souvent perçus comme des pâles copies des médecins tubabu, des apprentis qui doivent acquérir un savoir qui ne leur est pas « naturel ».

« Les Africains qui ont fait des études de médecine ne nous aiment pas. Pourquoi ? Par ignorance. Les Européens sont instruits, ce qui n'est pas dans leur tête est dans la mienne et je cherche à te le faire partager [...] mais le Noir, avant d'arriver aux médicaments des Européens, il a été soigné par des médicaments traditionnels depuis

qu'il est bébé [...] le noir ne grandit pas sans *jiri* [arbre, médicaments].

Argumentation réagissant à certaines attitudes de mépris et/ou d'intérêt pour leurs pharmacopées traditionnelles qu'ont les personnes diplômées. Nous avons vu comment cette absence de valorisation, cette méfiance peuvent compliquer l'exercice professionnel des infirmiers en tournée.

Quant aux *tubabudògòròw* et aux institutions qu'ils représentent, leur compétence est reconnue car elle cadre avec le monde des « Blancs » : « Nous autres Bambara, nous ne prétendons pas faire ce que nous ne savons pas faire » (« *anw ye bamananw de ye, fèn min n'an tè se, k'a fò k'an bè se, an tè son o ma* », Bama-ko). « Les deux *farafinjurakèla* et *tubabufurakèla* peuvent travailler ensemble » mais les biomédecins ne devront pas présumer soigner ce qui est proprement africain : « les *tubabufuraw* ne peuvent soigner ce qu'on appelle *jinè bana* [maladie des esprits], *kòròtè* [sort lancé à distance, empoisonnement...], et *subagabana* [maladie des « sorciers »] ». Dans le cadre plus précis de la lèpre, la supériorité de la biomédecine est consentie mais atténuée : « les *dògòròw* ont trouvé que nous soignons le *banaba*, ils ont seulement apporté autre chose ».

Face aux changements

Les thérapeutes installés voient changer la situation en brousse comme en ville et se rendent compte que leurs savoirs se perdent.

Le savoir se perd non seulement à cause de la défiance réciproque des praticiens mais aussi de la méfiance qu'ils ont vis-à-vis des « jeunes » qui ne répondent plus aux valeurs d'antan et qui ne peuvent plus perpétuer la « tradition ».

Les « jeunes » représentent l'ignorance et le non respect des valeurs. Ces réactions sont aggravées par l'attitude de certains diplômés de la ville qui, devant la valorisation officielle des pharmacopées, essaient de s'allier ce savoir phytothérapeutique. Ainsi à Bamako, cet étudiant en pharmacie prépare et vend des gélules contenant des plantes pilées dans l'officine « moderne » dont il est copropriétaire ; plantes qu'il connaît grâce aux tradipraticiens rencontrés dans le cadre de sa thèse.

Les conditions de vie précaires en « grande ville » (Bamako, Dakar...) font apparaître autour du « médicament » une multitude de métiers (trafiquants, revendeurs, « simili-thérapeutes », « faux marabouts ») qui empruntent des discours,

des techniques et des outils aux différentes médecines présentes sur place (occidentale, africaine, chinoise) et contribuent à dévaloriser les pratiques locales de soins. Cependant malgré un discours qui prône un conformisme social, une éthique de la formation et qui s'oppose à la diffusion de leurs savoirs, les « vrais » thérapeutes sont eux-mêmes sources et objets de changements. En effet que ce soit : a) dans l'échange voire la vente de leurs secrets, b) dans la recherche et l'acquisition de médicaments modernes comme traditionnels (en écoutant la radio, en récupérant des médicaments lors d'hospitalisations...), c) dans la revente de médicaments à des *furabòlaw* (vendeurs ambulants), ou d) par l'adhésion à des groupements associatifs étatiques (herboristes, « Pharmacopée »), ce sont ces mêmes thérapeutes qui impriment les changements et dispersent leurs savoirs.

Les émissions sur les thérapeutiques traditionnelles diffusées à la radio malienne (RTM) donnent lieu à deux sortes d'attitude : ceux qui prônent une logique de secret leur reprochent de diffuser des savoirs qui perdent ainsi de leur efficacité, ceux qui sont plus ouverts à la « modernité » les défendent car elles valorisent l'identité malienne par le biais des « choses anciennes » (*ko kòrò*), proprement africaines.

3. Le malade face aux soins

a. Ses choix thérapeutiques

Plusieurs éléments retardent la prise de conscience et le dépistage de la maladie, et ils sont tous liés au stigmatisme social. Alors interviennent des essais d'autotraitement puis une recherche thérapeutique durant laquelle le malade aura recours à toutes les alternatives qui se proposeront à lui. La plupart des histoires de vie des anciens malades rencontrés sont marquées par des pérégrinations qui peuvent durer plusieurs années et s'effectuent à travers toute l'Afrique de l'Ouest. Elles seront moins marquées pour la femme et l'enfant, les décisions étant prises par l'autorité familiale.

« Au début, ils pensent à un mauvais sort, ils vont de marabout en marabout... la maladie gagne du terrain..., ils sont épuisés sur le plan physique, épuisés sur le plan financier et vont recourir à la médecine moderne, conventionnelle. mais ils ne sont pas convaincus

par les médicaments, ils ne les prennent pas. [...] La plupart ont fait le traitement traditionnel, en ville, je ne sais pas. [...] En 1990 un seul est arrivé directement de son coin de Gambie à l'I.M., les autres ont commencé le traitement traditionnel, ont fait village en village [...], ils vont chez les marabouts, les tradipraticiens ; soit ils donnent de l'argent, soit ils travaillent, certains donnent même des bœufs. » (Jeune travailleur social, en français, 1992)

La situation est différente entre « la brousse » et Bamako où on reconnaît l'existence d'un lieu de traitement efficace. Mais la proximité d'un établissement de soins ne signifie pas que le malade n'essayera pas autre chose avant, pendant ou même après, en cas d'abandon. La polychimiothérapie biomédicale associant trois antibiotiques a, selon les formes de la maladie, réduit la durée du traitement à six mois et deux ans — d'autres associations sont actuellement mises en place pour une plus courte durée : un mois. Tenir compte de cette durée du traitement est essentiel pour le thérapeute car un des critères de choix du malade pour juger de l'« efficacité » du traitement sera sa « rapidité » à faire disparaître les signes perçus comme les plus gênants — ne correspondant pas forcément aux critères biomédicaux. Cette notion de « rapidité » est le principal argument à retenir du discours de ce guérisseur (initié par la maladie de sa fille et très anti-*dògòtòròw*) ; malgré son attitude critique et méfiante vis-à-vis de la biomédecine, on remarque néanmoins qu'il va l'utiliser pour légitimer « scientifiquement » son discours :

« C'est ma fille, elle avait le *banaba*. Elle a fait deux à trois ans à suivre le traitement au *Banatu* [DEP], sans résultat. C'est pendant la guerre Burkina-Faso / Mali que j'ai rencontré un vieux *furatigi* [détenteur de plantes, remèdes] qui m'a donné le remède. À mon arrivée, il m'a fallu quinze jours pour qu'elle guérisse. Ils [DEP] n'y ont pas cru, ils lui ont fait des prises de sang et ont trouvé qu'elle était guérie ; ils m'ont alors demandé le remède, j'ai refusé. » (Guérisseur bambara, Bamako)

Alors qu'en brousse, les pérégrinations se feront sur un espace important (Afrique de l'Ouest), en ville elles se feront à travers toute la variété de pratiques de soins anciennes et modernisées. Cela est également vrai à Djikoroni, en face de l'institut ; les malades iront voir autant la vieille vendeuse de *furaw*, le *mori*, le *farafinfurakèla*, le tradipraticien de la « Pharmacopée » diffusant ses émissions à la radio ou l'infirmier qui consulte à domicile que les *dogotorow* institutionnels. Parmi ceux-là, les infirmiers ayant eu la maladie et guéris, fourniront un argument de confiance et de crédibilité non négligeable ; ils partagent la même identité

« malade » et n'ont pas ce regard méprisant à l'égard du lépreux qui persiste encore chez les *kènèbagatòw* (les « sains ») même soignants.

C'est en saison froide et sèche (hiver), exposant à des réactivations de la maladie, que les malades utiliseront tous les recours disponibles. Ils se déplaceront même en brousse pour allier l'efficacité du thérapeute réputé à celle des *dògòtò-ròw*. Ces poussées sont souvent interprétées par les thérapeutes traditionnels comme un échec de la biomédecine, mais finalement, quand on observe le vécu des malades et leur insertion dans le quartier de Djikoroni, on se rend compte que c'est surtout l'acquisition d'une place, d'un statut social qui leur importent.

b. Ses implications

Les enjeux sociaux du « Kunatò »

Les jeux de pouvoir locaux, les réseaux de mendicité et les commerces illicites de médicaments comme les consultations et les prescriptions non contrôlées de médicaments allopathiques par les infirmiers induisent de nouveaux savoir-faire.

Les pressions sociales locales ont des conséquences également sur l'organisation des soins : le statut des différentes catégories paramédicales a été réévalué, l'Association nationale des Anciens Malades de la Lèpre a été créée en octobre 1991. Formée de sous-comités présents au sein de tous les centres de santé communaux de Bamako qui rendent compte au siège central situé au *Buguba* de Djikoroni-Djenekabugu, cette structure permet aux « anciens malades » d'être présents sur les lieux de soins et dès la première consultation fournit au nouveau malade, isolé, une communauté de référence.

Le soignant « lépreux »

À côté des implications sociales dues à la dimension collective du « regroupement lépreux », il y a celles qui concernent plus particulièrement « l'individu lépreux ». Le fait qu'un thérapeute soit « lépreux » peut laisser penser qu'il est incompetent. C'est une argumentation beaucoup moins fréquente que celle qui va suivre et qui « rentabilise » socialement et culturellement la maladie.

En effet quand on reprend la notion de compétence prédéfinie, on se rend compte que la personne du « lépreux » réunit en elle tous les critères nécessaires pour soigner : une « identité » propre innée et acquise par la maladie et les soins,

un savoir, une pratique ; malgré le jugement négatif porté sur le « malade », la société va lui fournir une « valeur » qui lui préserve une place sociale.

- L'arrivée de la maladie est déjà le signe que la personne atteinte dispose intrinsèquement d'un « pouvoir » et d'un savoir.
- L'expérience s'obtient ensuite par la maladie (relations aux autres, exclusion, redéfinition de sa place) et par les soins. L'itinéraire thérapeutique relève d'un véritable vécu initiatique. La décision de partir « voyager » est une remise en cause complète de l'attitude de repli, de retrait qui suit la découverte de la maladie et va à l'encontre de la notion sociale de secret prônée.
- La recherche d'un traitement « efficace » va faire passer le malade de thérapeute en thérapeute et va l'initier à différents savoirs et pratiques.

Les structures biomédicales (institut Marchoux, DEP) mettent souvent un point final à ce voyage et par la mise à disposition d'un traitement efficace (sulfones) fournissent au « lépreux » la possibilité de soigner à son tour — la lèpre ou d'autres maladies.

« Ils [les lépreux] sont de bons guérisseurs, car si eux ont les produits au niveau du centre de santé et qu'ils sentent que cela leur fait du bien, ils vont mettre ça dans leur bouteille sous forme de filtre et le vendent. (Infirmier spécialisé, Bamako)

Cet itinéraire concerne l'individu « lépreux » devenant thérapeute. Dans le cas du thérapeute devenant « lépreux », si ce dernier est dans un premier temps incapable de se soigner, il n'hésitera pas lui aussi à venir dans le circuit biomédical pour profiter de nouvelles techniques. Dans les deux cas, il s'effectuera un transfert de techniques aux dépens des institutions, techniques réadaptées à une autre logique de soins.

Pour terminer, nous précisons que la DDS (Sulfones) est utilisée pour les soins antilépreux mais également comme « excitant » car elle a surtout la réputation de « mettre en forme » (développer la virilité, lutter contre l'impuissance masculine) et de « donner de la force ».

Conclusion

Le milieu de la lèpre est constitué du couple institut Marchoux-Djikoroni autour duquel gravitent en brousse comme en ville : *dògòtòròw*, thérapeutes locaux et malades qui tantôt s'attirent, tantôt se repoussent. Ce monde généré par la maladie se structure entre passé et présent, entre apparence et réalité, entre conformismes et changements.

En Afrique, la lèpre est une « vieille » maladie et quand on analyse ses représentations locales, on perçoit qu'elle a participé à l'élaboration des soubassements culturels mandingues. Grâce à une démarche diachronique, j'ai voulu montrer cet enracinement dans l'histoire, particulier à la lèpre, qui explique beaucoup de conformismes et la difficulté d'y remédier. Il ne permet pas à l'acteur étranger de percevoir sous l'aspect formel des institutions les nombreux remaniements impulsés par les changements sociaux, le mélange des cultures et les formes de pensée restées dans l'ombre des actions sanitaires planifiées. L'occulte a un impact car il utilise la démarche propre à chaque individu, ses facultés d'innovation, d'adoption et d'adaptation de nouveaux savoirs et savoir-faire. Que ce soient les malades dans leur itinéraire souvent désengagé ou que ce soient les *farafɪnfurakè-law* libres de toute corporation, leur souplesse et leur pragmatisme s'opposent aux convictions inébranlables des biomédecins. La « tradition » à laquelle réfèrent les thérapeutes traditionnels est beaucoup plus souple que le système de soins occidental ; sans perdre de vue sa logique de soins, elle reconnaît certaines valeurs nouvelles qu'elle ajuste ; attitude que les institutions hiérarchisées et leurs professionnels ne peuvent avoir.

À la croisée des deux mondes, les *dògòtòròw* maliens n'ont pas une démarche aisée pour se les concilier et trouver leur place, la ville leur fournit un contexte social plus adapté et des valeurs plus souples ; les « malades » se retrouvent dans la même situation. À l'intérieur du système de l'institution comme à l'intérieur de la société globale, ce sont ces médiateurs qui impulsent les changements.

Références bibliographiques

Amselle J.L.

- 1992 La corruption et le clientélisme au Mali et en Europe de l'Est : quelques points de comparaison, *Cahiers d'Etudes Africaines* XXXII-4 (128) : 629-642.

Archives Nationales du Mali (ANM)

- 1917-60 Fonds Récents AOF, série H : 1H 54-56, *Dossier Santé : léproseries et épidémies*.
- Rapport du Commandant de Cercle, Koulikoro, M 133 (1925).
 - Directive du Commissaire de la république, notes 551 et 760 (1925).
 - Visite du chef de la subdivision sanitaire de Bamako au village de ségrégation des lépreux de Djikoroni, Rapport n° 80 (1930).

Archives Nationales du Sénégal (ANS)

- 1917-60 Fonds Récents AOF, série H : 1H 26 (versement 26), *Dossier : Inspection de divers services sanitaires*, Inspecteur 1e classe des Colonies BAGOT (Mission 1934-35). Rapport fait par Mr Lassalle-Serre (Inspecteur 2e cl. des Colonies) sur le service de l'Institut central de la Lèpre (1935).
- 1917-60 Fonds Récents AOF, série H : 1H 73 (versement 163), *Dossier Lèpre : Textes et Instructions*-Gouverneur général de l'AOF (Brevié), Projet de construction de l'institut Marchoux (1931).

Bargès A.

- 1993 *Lèpre et représentations de la maladie au Mali : la gestion sociale du stigmaté, quelques implications en Santé Publique*, Rapport d'activités

de terrain (1990-1992), Université Aix Marseille 3-Laboratoire d'Ecologie Humaine, Aix-en-Provence, 88 p.

1993 Environnement urbain africain et maladie : ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali), *Ecologie Humaine* XI (2).

Diarra T.

1993 Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni, in : J. Brunet-Jailli (sous la dir. de), *Se soigner au Mali*, Karthala-ORSTOM, pp. 177-191.

Fassin D.

1992 *Pouvoir et Maladie en Afrique*, Paris, PUF, 362 p.

Gourvil E.

1935 La lèpre au Soudan, *Bull. Soc. de Path. Exot.* 28 : 7-10.

Imperato P.J.

1975 Traditional medical practitioners among Bambara of Mali and their role in the modern health care delivery system, *Trop. Geog. Med.* 27 (2) : 211-221.

Keita A., Doumbia O.

1990 La médecine traditionnelle, Conférence, Centre Djoliba, Bamako.

Kermorgant J.

1898 Le traitement de la lèpre préconisé à la 1ère Conférence internationale de la lèpre à Berlin en 1897, *Ann. d'Hyg. Med. Colon.* 1 : 263-277.

1905 Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales, *Ann. d'Hyg. Med. Colon.* 8 : 25-67.

Mauny R.

1955 Baobabs « cimetières à griots », *Notes Africaines* XVII (67) : 72-76.

Monod T. (sous la direction de)

1939 *Notes Africaines* (1), 15 p.

Ortigue M.C. et E.

1984 *Oedipe africain*, L'Harmattan, 315 p.

Richet P.

1980 À propos de la lèpre, *Afrique Médicale* 19 (183) : 547-552.

Sorel F.P.G.

1938 Prophylaxie de la lèpre dans les colonies françaises, *Bull. Off. Int. Hyg. Publ.* XXX (6) : 1-21.

Verdier Dr

1907 Notes sur la région du Macina, *Ann. Hyg. Colon.* X (5) : 5-24.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Troisième partie : Frontières de la biomédecine

Chapitre XII

Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme

Par Pascal Cathébras

[Retour à la table des matières](#)

La question des médecines parallèles est un sujet tabou pour la médecine hospitalo-universitaire. En apparence, les médecines parallèles font partie des questions « pas très sérieuses » que la faculté préfère ignorer. Mais est-il raisonnable et scientifique d'ignorer des recours thérapeutiques qui concernent près de la moitié des patients hospitalisés ? Le motif de la futilité n'est à l'évidence qu'un alibi. On constate, en fait, dans les conversations informelles de couloir et de salles de soins, un véritable évitement du sujet, semblable à celui qui touche les questions politiques ou raciales. C'est que l'harmonie est toujours remise en question dans cette microsociété qu'est l'équipe soignante hospitalière. Et un sujet comme celui des médecines parallèles, qui déchaîne presque obligatoirement les passions des « pour » et des « contre », est trop brûlant pour ne pas mettre en péril ce fragile équilibre. Dans toute étude du recours aux médecines parallèles, il y a en effet deux écueils, que les médecins évitent rarement : celui du dénigrement, et celui de l'idéalisation romantique. Le dénigrement consiste à analyser le recours aux médecines parallèles comme le fruit de la naïveté et de l'ignorance. C'est en ces termes, souvent repris de manière à peine tempérée par les biomédecins

d'aujourd'hui, qu'un célèbre ouvrage médical du XVIIIe siècle fustige les charlatans qui profitent de la crédulité du peuple : « Un homme ignorant, fourbe, menteur et impudent, séduira toujours le peuple grossier et crédule, incapable de juger de rien, de ne rien apprécier, qui sera éternellement la dupe de quiconque aura la bassesse de chercher à éblouir ses sens et qui par là même sera friponné par les charlatans tant qu'on les tolérera » (Tissot 1777 : 404). Deux cents ans plus tard, cependant, qui serait capable de distinguer la médecine « scientifique » de l'époque de celle des « charlatans » ? Il y a là matière à réflexion ¹¹³. Même si la science biomédicale s'estime capable de juger de toutes les pratiques de la santé, elle n'est ni infallible, ni définitive, et les vérités d'aujourd'hui sont parfois les erreurs de demain. Affirmation jalouse de l'autorité du système officiel, aveuglement à ses propres limites, cette attitude participe de la tentation scientiste toujours présente chez le médecin : « L'idéal d'être un ingénieur des corps entre dans la psychologie normale du médecin... Elle marche du même pas que nous, c'est notre ombre » (Gourevitch 1985). Quant à l'idéalisation romantique des médecines parallèles, elle se lit dans ces manifestes prosélytes qui voient en elles un remède à tous les maux, la relation médecin-malade la plus chaleureuse ou la moins paternaliste, et la transcendance miraculeuse du dualisme cartésien entre corps et esprit. Or, on le verra plus loin, le recours aux médecines parallèles est peut-être en fait moins souvent sous-tendu par une adhésion profonde à une philosophie de la santé, ou même par la recherche d'un autre type de relation médecin-malade,

¹¹³ Nous utiliserons ici le terme de médecines « parallèles » de façon interchangeable avec les termes de médecines « alternatives », « différentes », « hétérodoxes »..., sans ignorer que ces adjectifs recouvrent des aspects parfois contradictoires des médecines en question : leur opposition ou leur complémentarité avec la biomédecine, par exemple. Nous avons conscience, par ailleurs, que le terme de « médecines parallèles » regroupe des pratiques extrêmement diverses et hétérogènes du point de vue de leurs fondements empiriques, de leur légitimité scientifique, ou de leur rapport aux institutions. Mais nous avons choisi, en travaillant à partir de l'hôpital universitaire et d'un point de vue proche de celui des médecins, de grouper toutes les pratiques « différentes » qui sont généralement exclues du milieu hospitalier. C'est avant tout comme un ensemble de pratiques thérapeutiques dont la biomédecine a la volonté de se démarquer, sur les plans scientifique et institutionnel, que nous définissons ici les médecines parallèles. Cette ligne de démarcation est aussi celle des gouvernants (voir le numéro spécial de la *Revue Française des Affaires Sociales* de mai 1986 : Médecines différentes), et celle des médias destinés au grand public.

plus « humain » ou plus proche, que par la simple quête d'une chance de guérison (ou de mieux-être) supplémentaire.

Comment des personnes hospitalisées, donc souffrant de troubles médicaux la plupart du temps sérieux, et interrogées alors qu'elles subissent des investigations ou des soins exclusivement biomédicaux, se placent-elles entre ces deux positions extrêmes face aux médecines parallèles ? Nous avons pour tenter de répondre étudié le recours aux médecines alternatives dans deux services de médecine interne de la région stéphanoise, l'un situé dans un hôpital universitaire, et l'autre dans une ville de 50 000 habitants éloignée d'une cinquantaine de kilomètres. Des questionnaires étaient distribués aux patients qui les remplissaient de façon anonyme ou non, selon leur désir ¹¹⁴. Les répondants étaient libres d'ajouter les commentaires de leur choix et pouvaient s'il le souhaitaient avoir un entretien avec l'enquêteur. Cette étude avait pour but de quantifier l'importance du recours aux médecines parallèles dans une population de patients hospitalisés dans deux services de médecine interne, de préciser les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs par rapport aux non-utilisateurs, ainsi que leurs attitudes et opinions

¹¹⁴ Le questionnaire se composait de trois grandes parties :

(1) un questionnaire semi-ouvert (28 questions) comprenant des renseignements sociodémographiques, les motivations du recours ou du non-recours, l'usage habituel ou occasionnel des médecines parallèles, et les attitudes plus générales sur les thérapies alternatives.

(2) un questionnaire (22 items) explorant les attitudes et croyances des patients face à la maladie, et leurs « conduites de maladie » (« *illness behavior* ») (Cockburn et coll. 1987). Ce questionnaire comprend 22 opinions sur lesquelles les sujets expriment leur accord ou désaccord sur une échelle de 1 à 5 (format Likert). L'analyse factorielle (Cockburn et coll. 1987) a mis en évidence 5 dimensions principales qui ont été utilisées pour l'analyse : peur des médicaments (3 items), confiance dans les médecins (3 items), contrôle perçu sur la maladie (2 items), impression de vulnérabilité et de menace par la maladie (5 items), et sentiment de devoir la santé à la chance (1 item). Huit items n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

(3) un questionnaire (13 items) explorant les explications des sujets face à des symptômes somatiques communs, et identifiant trois grands types d'attribution causale : somatique, psychologique, et normalisante (Robbins & Kirmayer 1991). Notre hypothèse était que les usagers des médecines parallèles différaient, en termes d'attribution, des non-usagers, en particulier qu'ils offriraient davantage d'explications psychologiques pour leurs symptômes.

vis-à-vis des thérapies alternatives. Nous avons également cherché à corréler l'usage des médecines parallèles à des attitudes plus générales vis-à-vis de la santé et de la maladie, suivant le modèle des conduites de maladie (*illness behavior*), et nous avons testé l'hypothèse que le recours aux médecines parallèles corresponde à un biais d'attribution psychologique face aux symptômes somatiques. Ce travail a fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine (de Jauréguiberry 1993). Nous en résumerons brièvement les principaux résultats. Cent vingt questionnaires ont été exploités. Il faut d'emblée faire des réserves quant à la représentativité de cet échantillon. D'une part, s'agissant d'une population de personnes hospitalisées, cet échantillon ne peut être comparé à la population générale, mais en outre, du fait du caractère volontaire des réponses, il est probable que les adeptes des médecines parallèles soient surreprésentés parmi les répondants. Enfin, cette étude ne prend pas en compte l'extrême hétérogénéité des médecines différentes, et regroupe par exemple dans la même analyse le recours à l'acupuncture, à l'ostéopathie, ou aux thérapeutes manuels ruraux (« rebouteux »). Malgré ces limites, ses résultats nous paraissent dignes d'être rapportés. Plus d'un patient sur deux (67/120, soit 56%) avoue avoir eu recours au moins épisodiquement aux médecines parallèles, et 42% (50/120) y ont recours de manière habituelle. Les femmes, les personnes d'âge moyen (30-50), et les sujets exerçant une profession « intermédiaire » ont tendance à utiliser plus fréquemment les médecines parallèles. Le recours habituel à ces thérapies est plus fréquent dans les milieux ruraux qu'en ville. L'homéopathie (à laquelle font appel 80% des utilisateurs habituels), l'acupuncture (34/50, soit 68%), et l'ostéopathie (14/50, soit 28%) sont les thérapies les plus couramment utilisées, avec les « rebouteux » qui ont été consultés par 52% (26/50) des utilisateurs habituels de médecines parallèles. Les principales motivations pour le recours aux médecines parallèles sont l'expérience heureuse d'un membre de l'entourage (36/58, soit 62%), la multiplication des chances de guérison (24/58, soit 41,5%), et la crainte des effets secondaires des médicaments classiques (12/58, soit 21%). A l'inverse, le meilleur « contact » avec les soignants de médecine parallèle n'est évoqué que par 13% (6/46) de leurs clients habituels, et l'absence de confiance dans la médecine officielle par un seul patient. De même, parmi les patients n'ayant jamais recours aux médecines parallèles, rares sont ceux qui les considèrent comme inefficaces (3/53, soit 6%) ou qui assimilent les personnes qui les pratiquent à des charlatans (2/53, soit 4%). Les principales motivations pour le non-recours sont « l'absence d'occasion » (35/53,

soit 66%), et la confiance dans la médecine classique (26/53, soit 49%). Ces motivations sont clairement d'ordre pragmatique, plutôt qu'idéologique. Le recours aux médecines parallèles est rarement secret : plus de deux tiers des utilisateurs habituels ne cachent pas ce recours à leur médecin généraliste, et 42% (21/50) d'entre eux associent le traitement de médecine parallèle à la médecine classique. C'est le même médecin qui pratique les deux types de médecine dans 22% des cas. Les patients sont donc favorables à, et pratiquent largement, un pluralisme thérapeutique. D'ailleurs, la moitié des sujets n'ayant pas recours aux médecines parallèles serait cependant favorable à l'introduction de certaines d'entre elles à l'hôpital, et un tiers à leur remboursement systématique si elles sont pratiquées par des médecins. Les adeptes des médecines parallèles sont plus sensibles aux aspects psychologiques de la santé : ils sont plus nombreux à considérer que le « moral » joue un rôle dans tous les problèmes de santé, et ont plus souvent subi ou envisagé une psychothérapie. Ils ont aussi tendance à offrir plus souvent une attribution causale psychologique pour des symptômes somatiques banaux. En termes d'attitudes vis-à-vis de la maladie, cependant, nos résultats sont largement négatifs : les utilisateurs et non-utilisateurs ne diffèrent pas quant à leur contrôle perçu sur la maladie, ou dans leur niveau de confiance à l'égard des médecins. On note simplement une tendance à se sentir plus vulnérable face à la maladie, et à craindre davantage les effets secondaires des médicaments, chez les utilisateurs habituels des médecines alternatives.

Il faut faire d'emblée une place aux problèmes méthodologiques. Le lieu de l'étude n'est pas anodin, les patients ayant été interrogés dans l'hôpital, espace *a priori* fermé aux médecines alternatives, et lieu où l'autorité médicale dans la relation médecin-malade est souvent considérée comme la plus forte. Une étude sur les médecines parallèles menée à l'hôpital entraîne d'inévitables réticences de la part des chefs de service, qui craignent d'apparaître, aux yeux de leurs confrères, comme des adeptes des thérapies alternatives, et donc de se disqualifier en tant que membres de leur communauté scientifique. Dans ce contexte, une enquête par sondage est plus neutre, plus facile à mettre en oeuvre, et permet de donner des résultats quantifiés acceptables par la « faculté ». En revanche, les réponses à des questions fermées, contrairement à celles qu'apporte une approche ethnologique, restent incontestablement à la surface des comportements et des attitudes. Il nous semble cependant que des études de style sociologique ont leur place pour

mieux comprendre les enjeux du recours aux thérapies parallèles. D'abord parce que de telles études, menées dans le contexte de la biomédecine, sont finalement rares. Ensuite parce que les renseignements qu'elles livrent sont d'une autre nature que ceux que peuvent donner des études d'ethnologues, purement qualitatives, généralement basées sur des histoires de vie exemplaires ou des itinéraires d'adeptes, qui ont peut-être tendance à exagérer la cohérence du « sens » du recours aux médecines parallèles. On pourrait en effet se demander si la méthode ethnographique, basée sur le recueil et l'analyse de discours d'informateurs privilégiés, ne risque pas d'introduire une rationalité un peu trop artificielle, une cohérence un peu trop élaborée entre les recours thérapeutiques, les modèles explicatifs, et les conceptions du corps et du monde des patients (Young 1981). La complémentarité des méthodes d'analyse (sociologique/épidémiologique et ethnographique) nous paraît évidente, permettant par la confrontation des informations la correction de certains des biais propres à chacune des méthodes.

La nature des motivations des malades nous arrêtera quelques instants. C'est en effet la question la plus régulièrement posée, et celle qui taraude tant « l'establishment » biomédical (Campion 1993) que les chercheurs en psychologie (Furnham 1994) ¹¹⁵. L'influence capitale de l'entourage familial ou professionnel est rarement contestée (Bouchayer 1986, Héлары 1990, Quéniart 1990). Quéniart (1990) distingue les motifs du premier recours et ceux des recours subséquents : le premier recours correspondrait généralement à une recherche de soins curatifs, alors que les recours ultérieurs participeraient davantage d'un désir de prévention, d'écoute, de sécurité, de compréhension et de recherche de sens. C'est ainsi que pourrait s'opérer le glissement d'un recours pragmatique, peu chargé d'idéologie et de motifs culturels, vers un recours sous-tendu par une quête existentielle ou une sensibilité philosophique ou culturelle, qui survient chez certains usagers (Bouchayer 1986). Comme l'expérience heureuse d'un membre de l'entourage, la multiplication des chances de guérison, invoquée par nos enquêtés, est un motif très pragmatique, qui est d'autant plus fréquemment mis en avant que les patients souffrent de pathologies graves, et particulièrement de cancer

¹¹⁵ Furnham propose treize raisons reliées entre elles susceptibles de conduire les patients vers les thérapies non-conventionnelles, parmi lesquelles la peur des thérapeutes professionnels, la désillusion vis-à-vis de la médecine orthodoxe, l'attrait des médecines traditionnelles, le goût de l'expérimentation, etc.

(Schraub 1987). Parfois cette chance supplémentaire est perçue différemment des soins biomédicaux, comme une possibilité de renforcer le potentiel de défense (par l'opposition des modèles allopathique et homéopathique). La crainte des effets secondaires des traitements conventionnels n'est invoquée comme motif de recours que par un quart des usagers de notre échantillon. Cependant, c'est un refrain pour les analystes des médecines alternatives : la critique de la « brutalité allopathique » (Laplantine et Rabeyron 1987) serait centrale chez les usagers habituels des médecines parallèles. Elle renvoie à la iatrogénie inhérente à la biomédecine pointée par Illich (1975). « La médecine classique est certainement efficace, mais vraiment effrayante par ses effets secondaires », nous écrit l'une des patientes interrogées, femme de médecin de 85 ans. Dans notre étude, les patients qui utilisent habituellement les médecines alternatives ont une simple tendance ($p=0,07$) à craindre davantage les effets secondaires des médicaments que les autres patients, mais la moyenne des scores sur cette échelle est élevée dans les deux groupes. Ce problème concerne donc l'ensemble des patients et ne peut donc être considéré comme un facteur déterminant en soi du recours aux médecines parallèles. Nous avons été surpris du peu d'importance que les usagers des médecines parallèles semblent accorder à la qualité de la relation médecin-malade (seuls 13% d'entre eux invoquent cette raison pour expliquer leur recours aux médecines alternatives), mais le lieu du sondage n'est probablement pas étranger à cette particularité. Dans d'autres études, le facteur relationnel apparaît comme déterminant (Bouchayer 1986, Quéniart 1990). Laplantine et Rabeyron (1987) invoquent la « protestation humaniste » contre la tendance technicisante et dépersonnalisante de la médecine officielle. Quéniart (1990) note que les utilisateurs décrivent leurs praticiens de médecines parallèles dans un registre presque exclusivement affectif. Le respect de la personne et la confiance sont des leitmotivs dans le discours des patients qu'elle a interrogés. Certains enquêtés nous ont aussi exprimé leur refus d'être traités « comme un numéro » par la médecine conventionnelle : « Le contact malade-praticien s'établit plus facilement, en médecine parallèle. Je ne parle pas de l'anonymat des hôpitaux où l'on a l'impression, dans un désordre constant, d'un va-et-vient dans les couloirs du personnel hospitalier, et de l'attente des soins. On a l'impression d'être pris pour un numéro, c'est dommage. Le personnel est-il bien motivé pour la tâche qu'il doit accomplir ? » (femme, 43 ans, employée de banque). Parfois les médecines parallèles sont vécues comme une réponse à la morcellisation de soi qu'opère la médecine moderne : « Je fais appel

aux médecines parallèles pour ces petits riens qui à la longue empoisonnent réellement l'existence et qui ne sont pas pris en compte par beaucoup d'allopathes ; ou bien quand je suis lasse de n'être prise en charge que pour un petit morceau de moi (dermatologie, gynécologie...) alors j'ai le sentiment d'un mal-être dont découlent plusieurs symptômes qui sont forcément liés entre eux » (femme, 29 ans, plasticienne). À l'inverse de cette biomédecine éclatée, certaines médecines alternatives peuvent être qualifiées d'holistiques, lorsqu'elles prennent en compte tous les symptômes, qu'ils soient physiques, affectifs, sociaux, ou spirituels, et qu'elles « tendent à resituer le mal dans un système explicatif cohérent, faisant appel à la totalité de l'expérience de l'individu » (Quéniart 1990). Le recours aux médecines alternatives s'inscrit alors dans une quête de bien-être global, de sens et d'autonomie. Cette sensibilité, cependant, est apparue assez marginale parmi nos répondants, pour qui les motifs pragmatiques du recours (ou de l'absence de recours) aux médecines parallèles, paraît largement prédominer.

Comment les patients vivent-ils les relations entre la médecine classique et les médecines alternatives ? En d'autres termes, qu'en est-il du « pluralisme thérapeutique » ? Dans notre enquête, près de la moitié des usagers de médecines parallèles associent ce recours à la médecine conventionnelle pour un problème de santé donné. Plus des deux tiers ne cachent pas ce recours à leur généraliste habituel ¹¹⁶, qui est d'ailleurs lui-même le praticien de médecine alternative dans 22% des cas. L'idée de complémentarité des médecines est très courante : « Je pense que la médecine traditionnelle et certaines médecines parallèles peuvent se compléter au point de vue diagnostique et traitement pour certaines maladies ou symptômes » (homme, 63 ans, retraité) ; « Je suis pour la médecine parallèle en accord avec l'autre médecine : les deux se complètent » (femme, 51 ans, commerçante). Mais apparemment, les médecins sont loin de toujours partager leur sentiment : « Ce qui me fatigue, c'est cette haine méprisante que la médecine ordinaire accorde à l'homéopathie. On passe pour de pauvres idiots si on dit que l'on croit à l'homéopathie et que l'on s'est soigné trente ans par elle » (femme, 65 ans, retraitée). Le pluralisme thérapeutique observé dans notre enquête est probablement

¹¹⁶ Cette attitude est à contraster avec celle des américains interrogés récemment sur leur recours aux médecines alternatives (Eisenberg et coll. 1993) : 72% des sujets ayant utilisé des traitements non-conventionnels en 1990 n'en ont pas informé leur médecin.

rendu plus évident par le lieu de sondage : par définition, nos patients ont recours à la biomédecine puisqu'ils sont interrogés dans le cadre d'une hospitalisation en médecine. Ils ne sont donc pas, en principe, fondamentalement hostiles à la médecine officielle, même s'ils expriment des critiques à son sujet. Plus intéressante est donc l'attitude des patients n'ayant jamais recours aux médecines parallèles vis-à-vis des pratiques alternatives. Cette attitude est, assez curieusement, largement favorable. La plupart des non-utilisateurs de médecines parallèles n'y ont pas eu recours parce qu'ils « n'en ont pas eu l'occasion », ou parce qu'ils « ont toute confiance dans leur médecin habituel ». Seuls 6% considèrent les médecines parallèles comme inefficaces, et de très rares personnes expriment une franche hostilité : « Les médecines parallèles relèvent du snobisme » (homme, 66 ans, retraité) ; « Les médecines « populaires » relèvent d'un charlatanisme éhonté... Aucune preuve d'efficacité n'a été faite en ce qui concerne l'homéopathie, ce qui est normal avec les dilutions proposées ! De plus, laquelle de ces « médecines » aurait résolu mon problème de hernie hiatale ?... Si mon médecin généraliste pratiquait en plus une médecine parallèle, je changerais de médecin... Veuillez m'excuser de ne pas partager votre point de vue, mais je ne désire pas participer à la décadence de la médecine occidentale, même si à l'âge que j'ai, je n'en subis pas les conséquences » (homme, 63 ans, retraité). Cette position, unique parmi les répondants de notre enquête, qui caricature l'attitude biomédicale « officielle », est *a contrario* révélatrice du consensus qui semble s'établir chez les patients en faveur d'une plus grande tolérance des médecines parallèles par le système médical officiel. Rappelons que près de la moitié des sujets n'ayant jamais recours aux médecines parallèles seraient cependant favorables à l'introduction de certaines d'entre elles à l'hôpital. La plupart d'entre eux pour les motifs de complémentarité déjà évoqués : « Je pense que les médecines parallèles, comme l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, devraient être reconnues et exercées à l'hôpital, car elles sont un complément à la médication » (femme, 73 ans, sans profession). L'un des sujets interrogés pense qu'ainsi il sera possible de les mettre à l'épreuve et de juger de leur efficacité. Une attitude tout aussi complaisante est observée vis-à-vis de l'officialisation des médecines parallèles, et de leur prise en charge sociale au même titre que la médecine allopathique. Un tiers des non-usagers de médecines parallèles, dans notre étude, seraient favorables à leur remboursement systématique, si elles sont pratiquées par des médecins. Les usagers habituels y seraient massivement favorables : « Je pense sincèrement que les autorités de-

vraient permettre la mise en pratique (remboursement, prise en charge) des médecines dites parallèles dans les hôpitaux. Les usagers feraient ainsi plus connaissance avec ce type de médecine et cela démocratiserait cette forme de médecine. Nous aboutirions déjà à plus de liberté quant au choix de nos traitements et, ainsi, les relations « malades-blouses blanches » deviendraient des relations plus conviviales » (femme, 33 ans, auxiliaire puéricultrice). Un tel consensus, dans une période de crise de l'Etat-providence, est surprenant. Il contraste d'ailleurs avec l'opinion d'usagers québécois de médecines parallèles, qui seraient souvent hostiles à leur institutionnalisation, mettant en avant une idéologie du libre choix et de l'autodétermination (Quéniart 1990 : 60). En Grande-Bretagne, une étude récente menée au contraire de la nôtre à partir des consultants des thérapeutes alternatifs (Thomas et coll. 1991) montre aussi que les usagers des médecines parallèles ne tournent pas le dos à la médecine orthodoxe, puisque deux tiers d'entre eux ont reçu des soins conventionnels avant, ou en même temps, que les soins alternatifs, pour leur problème de santé. Cependant, en Grande-Bretagne comme en France, les relations entre le système de santé officiel et alternatif restent le plus souvent conflictuelles, malgré l'appellation couramment utilisée de « *complementary medicines* » (Pietroni 1992). Une attitude plus ouverte de la part du système de soins officiel paraît s'observer aux Pays-Bas, où presque tous les médecins généralistes admettent adresser des patients à des thérapeutes alternatifs (Knipschild et coll. 1990) ¹¹⁷. Mais généralement, dans les sociétés industrialisées les plus avancées, le pluralisme établi de fait par les patients continue à se heurter à « l'ignorance réciproque », aux « malentendus entretenus », et aux « querelles sans espoir » sur lesquelles se fondent les rapports entre médecines différentes et institutions officielles (Conan 1986).

En effet, les attitudes médicales officielles vis-à-vis des médecines parallèles restent très crispées. Les réticences qu'a suscitées cette étude sur le recours aux médecines alternatives menée dans l'hôpital, temple de la biomédecine, témoignent du poids considérable de l'institution. À l'évidence, c'est la question de la légitimité scientifique qui est centrale pour les biomédecins. C'est aussi le dis-

¹¹⁷ Malgré l'attitude favorable du public vis-à-vis des médecines non-conventionnelles dans la majorité des pays d'Europe, le statut institutionnel de ces médecines varie considérablement selon les nations (Fischer et Ward 1994).

cours sur l'efficacité qui revient le plus souvent : on reconnaît à la rigueur aux médecines hétérodoxes l'efficacité du placebo (c'est-à-dire, du point de vue de « l'essai contrôlé », pas d'efficacité du tout). La biomédecine, face aux médecines non validées scientifiquement, choisit donc généralement une attitude de déni. Plus rarement, c'est à une réintégration dans le champ de la médecine orthodoxe, par le biais de la psychologie, que les représentants de la biomédecine se livrent. Par exemple, en cancérologie, le recours aux médecines parallèles est souvent considéré comme une « perte de temps » ou une « perte de chances », mais le discours des cancérologues, de plus en plus sensibilisés aux problèmes de la relation thérapeutique, a tendance à devenir moins hostile, dans la mesure où les médecines parallèles sont utilisées comme adjuvants des traitements classiques, situation de loin la plus fréquente. Le recours aux thérapies hétérodoxes, plutôt que relevant de la superstition ou de la naïveté, est désormais analysé en termes psychologiques (Schraub 1987). Ce glissement du débat cancérologie officielle / cancérologie parallèle vers le débat sur psychisme et cancer est interprété par certains sociologues comme une tentative de défense de l'orthodoxie médicale, qui permet de diluer la question des médecines parallèles dans un champ plus large et plus « légitime », celui de la psycho-oncologie (Bouchayer 1988). Il est vrai que la psycho-immunologie est constamment invoquée comme le « chaînon manquant » entre les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques, probablement au-delà de ses conclusions réelles encore préliminaires. Les réactions du patient, ses espoirs, ses recours en apparence irrationnels sont ainsi réintégrés dans le champ médical, au prix d'un extrême réductionnisme biologique (Cathébras 1991) ¹¹⁸. Mais malgré ces tentatives de « récupération », ce qu'on observe en somme, c'est un frappant contraste entre les attitudes des patients et de leurs médecins face aux médecines parallèles : à la tolérance et à une certaine banalisation observées chez les patients, s'opposent encore l'hostilité à peine déguisée et la crispation dogmatique de la plupart des médecins.

Il faut, nous semble-t-il, mettre ces attitudes contrastées en perspective avec l'évolution historique des attitudes vis-à-vis des soins médicaux et de la santé en général. Si les motivations du recours aux thérapies alternatives étaient surtout

¹¹⁸ Un réductionnisme biologique de même nature est décelable dans les tentatives non abouties de valorisation scientifique de certaines médecines alternatives, comme l'acupuncture (Guiraud et Lile 1993).

d'ordre idéologique dans les années 1970 (opposition à une institution toute-puissante, rejet de la « brutalité allopathique », attirance pour une médecine plus proche de la nature, plus « humaine »...) (Laplantine et Rabeyron 1987), les motivations semblent désormais plus souvent d'ordre pragmatique. L'amélioration du niveau de santé objectif de la population, même s'il s'oppose à une santé perçue subjectivement comme insatisfaisante (Barsky 1988), pousse à rechercher des soins pour des symptômes autrefois considérés comme mineurs, et à utiliser la médecine comme un outil permettant d'atteindre le bien-être. Pour les problèmes les plus graves, la disparition du fatalisme face à la maladie incite à la recherche de chances de guérison supplémentaires et, si l'on recourt aux médecines parallèles, c'est surtout parce qu'un proche en a été satisfait. A la limite, c'est parfois une logique consumériste qui semble à l'oeuvre, comme si dans le supermarché des soins, on était tenté de se servir à tous les rayons. D'où le pluralisme thérapeutique établi de fait par les patients, qui apparemment ne se soucient guère de la « coupure épistémologique » qui préoccupe les médecins et les sociologues (Cornillot 1986). Les patients que nous avons interrogés, dans l'ensemble, comprennent mal les oppositions farouches entre les tenants de la médecine officielle et les thérapeutes alternatifs. La question de la légitimité scientifique, au coeur du débat pour les médecins, a beaucoup moins d'importance pour les malades. Les personnes ayant recours aux médecines parallèles acceptent volontiers d'octroyer leur confiance à leur médecin « orthodoxe », mais réclament plus d'explications et de participation qu'auparavant. En effet, les exigences des patients vis-à-vis de la médecine ont changé, comme le fait remarquer Rémond (1992) : « L'homme, aujourd'hui, entend être associé, informé, consulté. De même qu'on ne peut plus enseigner comme autrefois, ni juger, ni commander, ni diriger... il en va de même lorsqu'il s'agit de soigner... aucun secteur ne peut totalement fonctionner sur des règles par trop contraires aux principes généraux sur lesquels repose notre société ». Et, ajoute-t-il à l'attention des médecins, « que nous soyons enseignants, magistrats, hauts fonctionnaires ou médecins, nous devons nous défendre de la tendance à croire que notre savoir nous appartient en propre, que nous disposons d'un monopole et que l'exercice de notre métier ne regarde que nous ». Pour le patient, même s'il ne s'agit que d'ajouter les recours pour être soulagé, il importe désormais de faire un choix personnel dans l'éventail des soins offerts. Et ce que l'on demande surtout, c'est le droit d'associer les recours thérapeutiques sans encourir de rejet.

Références bibliographiques

Barsky A.J.

- 1988 The paradox of health, *New England Journal of Medicine* 318 : 414-418.

Bouchayer F.

- 1986 Les usagers des médecines alternatives. Itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels, *Revue Française des Affaires Sociales* 40 (hors série) : 105-116.
- 1988 Médecine officielle et cancérologie parallèle : points d'articulation ?, *Prévenir* 17 : 29-38.

Cathébras P.

- 1991 Les traitements « parallèles » du cancer. Quelques aspects psychologiques et anthropologiques, *Revue du Praticien-Médecine Générale* 5 : 663-666.

Campion E.W.

- 1993 Why unconventional medicine ?, *New England Journal of Medicine* 328 : 282-283.

Cockburn J., Fahey P., Sanson-Fisher R.W.

- 1987 Construction and validation of a questionnaire to measure the health beliefs of general practice patients, *Family Practice* 4 : 108-116.

Conan E.

1986 Valse hésitation pour l'officialisation, *Autrement* 85, « Autres médecines, autres moeurs » (F. Bouchayer, éd.) : 227-232.

Cornillot P.

1986 Une coupure épistémologique ?, *Autrement* 85, « Autres médecines, autres moeurs » (F. Bouchayer, éd.) : 41-49.

Eisenberg D.M., Kessler R.C., Foster C., Norlock F.E., Calkins D.R., Delbanco T.L.

1993 Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use, *New England Journal of Medicine* 328 : 246-252.

Fisher P., Ward A.

1994 Complementary medicine in Europe, *British Medical Journal* 309 : 107-111.

Furnham A.

1994 Why people choose complementary medicine, in : W. Andritzky (éd.), *Yearbook of cross-cultural medicine and psychotherapy*, Berlin, IKT, pp. 165-198.

Gourevitch M.

1985 La tentation scientifique, *Concours Médical* 107 : 3867.

Guiraud G.G., Lile P.C.

1993 Acupuncture : procédés abusifs de valorisation scientifique, *Presse médicale* 22 : 1249-1250.

Hélary J.P.

1990 Les itinéraires thérapeutiques des malades cancéreux, in : *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES, pp. 79-87.

Illich I.

1975 *Némésis médicale*, Paris, Le Seuil.

de Jauréguiberry H.

1993 *Recours aux médecines parallèles parmi les patients hospitalisés en médecine interne*, Thèse médecine, Saint-Etienne, n° 9302.

Knipschild P., Kleijnen J., Riet G.F.

1990 Belief in the efficacy of alternative medicine among general practitioners in the Netherlands, *Social Science and Medicine* 31 : 625-626.

Laplantine F., Rabeyron P.L.

1987 *Les médecines parallèles*, Paris, PUF.

Pietroni P.C.

1992 Beyond the boundaries : relationship between general practice and complementary medicine, *British Medical Journal* 305 : 564-566.

Quéniart A.

- 1990 Le sens du recours aux médecines alternatives, *Santé, Culture, Health* 7 : 41-70.

Rémond R.

- 1992 Malades et médecins, quel dialogue ?, *Bulletin de l'Ordre des Médecins* 11, novembre : 3-5.

Robbins J.M., Kirmayer L.J.

- 1991 Attributions of common somatic symptoms, *Psychological Medicine* 21 : 1029-1045.

Schraub S.

- 1987 *La magie et la raison. Médecines parallèles, psychisme et cancer*, Paris, Calmann-Lévy.

Thomas K.J., Carr J., Westlake L., Williams B.T.

- 1991 Use of non-orthodox and conventional health care in Britain, *British Medical Journal* 302 : 207-210.

Tissot M.

- 1777 *Avis au peuple sur sa santé*, 3e édition augmentée, Lyon, Benoit Duplain.

Young A.

- 1981 When rational men fall sick : an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists, *Culture, Medicine and Psychiatry* 5 : 317-335.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Troisième partie : Frontières de la biomédecine

Chapitre XIII

Face au sida, les recours parallèles...

Par Nicole Vernazza-Licht

Diversité et modalités des recours

Le recours aux médecines traditionnelles dans les pays en voie de développement

Les recours parallèles en France, en particulier dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Diversité et complémentarité des recours

Guy L. : l'adhésion totale

1. L'alimentation selon la méthode Kousmine et la nutrition macrobiotique
2. La relaxation - visualisation : la méthode Simonton
3. L'acupuncture
4. Le magnétiseur
5. Un « mich »
6. Le psychiatre-phytothérapeute
7. L'homéopathie

Le recours au parallèle comme une forme de réaction à la maladie-malheur et comme mode de revendication

Vulnérabilité et déficience immunitaire. Le Mal en soi

L'état de santé initial : la notion de terrain, des prédispositions innées

L'état de séropositif : l'état acquis

Les conduites préventives

Le patient, « réformateur social »

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Les stratégies de soins alternatifs des individus infectés par le VIH commencent à être connues grâce à différentes recherches, mais ces études sur la fréquence des recours alternatifs et sur les motivations des patients face à la biomédecine restent relativement rares. La VIII^e conférence internationale sur le sida (Amsterdam, juillet 1992) a consacré plusieurs sessions aux recours parallèles, innovant en cela par rapport aux conférences précédentes. La diversité des participants quant à leur profession et leurs origines géographiques a mis en évidence la place qu'occupent, dans la vie des personnes infectées par le VIH, des pratiques de soins autres que celles dispensées dans les institutions hospitalières. Il semble que dans le monde, 75 % des personnes atteintes par l'infection à VIH recourent à des thérapeutiques autres que biomédicales (taux annoncé par les organisateurs de la *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam, 1992).

Diversité et modalités des recours

Les études sociologiques se sont essentiellement intéressées à préciser le moment du recours par rapport à l'évolution de l'infection à VIH, et à la diversité des pratiques alternatives reconnues par les personnes vivant avec le sida. Ces études sont menées aux Etats-Unis (O'Connor 1992), d'autres en Europe en Angleterre (Valentine 1992, Simms 1992), en Hollande (Van Dam Frits 1992). Elles montrent que la fréquence des recours à des pratiques alternatives se situe autour de 45 %. Certaines études portent exclusivement sur des expériences de remise en forme physique, ainsi à Rio de Janeiro (Rehse 1992) ou à Munich (Schlenzig 1992). L'intérêt d'une des études réalisée auprès des patients de l'hôpital St Mary à Londres (Valentine 1992), tient au fait que les médecins eux-mêmes l'ont souhaitée et coordonnée, conscients que les patients suivaient d'autres soins que ceux qui étaient prescrits par l'hôpital.

En Suisse (Laifer 1992), une étude auprès d'une centaine de patients HIV, recrutés à partir de leur lieu de soin habituel, de mai à septembre 1991, montre que 41 % utilisent des thérapies alternatives dont l'homéopathie, des vitamines, des herbes, la méditation, les massages. Le début du recours se situe dans 43,8 % des cas lors du premier test révélant la séropositivité, 26,8 % lors des premiers symp-

tômes, dans 2,4 % des cas en même temps que le début du traitement médical et dans 9,8 % des cas après le début de ce traitement alors que 14,6 % ont attendu des signes de détérioration de leur état de santé pour se tourner vers des traitements alternatifs.

L'absence de recours purement « diagnostique » tels que l'iridologie, la radiesthésie peut tenir au fait que, comme pour le cancer, dans le sida c'est la médecine qui fait le diagnostic.

L'analyse des travaux sur les recours « alternatifs » montre que l'évaluation de l'efficacité par les individus positifs est toujours largement subjective. Le *bénéfice* procuré par les recours alternatifs est jugé *plus grand* que celui qu'apporte la médecine et entraîne *moins d'effets contraires* (Laifer 1992). Les études ne montrent pas toutefois une unanimité sur les effets et le rôle effectif de la biomédecine et des médecines parallèles. Ainsi les thérapies alternatives sont majoritairement perçues par ceux qui les suivent comme *efficaces*. Les effets bénéfiques évoqués ne sont pas attribués aux traitements conventionnels qui sont suivis conjointement (O'Connor 1992). La plupart trouvent qu'elles sont *utiles*, notamment parce que les praticiens parallèles leur ont témoigné une grande attention personnelle. On constate toutefois que les patients utilisent en général les remèdes et les thérapies alternatives comme traitement additionnel et restent réalistes quant à leur efficacité curative (Van Dam Frits 1992).

Une amélioration du système immunitaire et la prévention des infections ainsi que le besoin de se sentir mieux, font partie des motifs avancés pour expliquer les recours à ces soins. En majorité, les patients espèrent obtenir un délai dans la progression de leur infection et un soulagement des symptômes, mais sans attendre de résultats plus spécifiques des thérapies alternatives que des conventionnelles. Seuls quelques patients espéreraient la guérison grâce à ces thérapies alternatives (Laifer 1992, Van Dam Frits 1992).

Sans mettre en doute leur authenticité, les réponses faisant état d'une absence d'attente de guérison par une thérapie, alternative ou conventionnelle, semblent à relativiser au regard de certains itinéraires thérapeutiques. Car au-delà de l'amélioration de la qualité de vie et des symptômes, persiste toujours l'espoir d'un traitement miracle (Del Rio 1992).

Le recours aux médecines traditionnelles dans les pays en voie de développement

Dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique, l'alternative des personnes infectés par le VIH en matière de soins se situe entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne (Jurg 1992). En raison des difficultés économiques, cette dernière ne dispose pas de moyens comparables à ceux des pays industrialisés. La place et le rôle de la médecine traditionnelle dans la prévention et les soins est l'un des enjeux dans la lutte contre le sida en Afrique. Ainsi au Rwanda, une étude a été faite pour estimer les facteurs et les perceptions qui déterminent le choix entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale, chez les femmes africaines en milieu urbain, confrontées à la maladie en général et au sida en particulier (King 1992). L'enquête tend à démontrer que la majorité des femmes utilisent concurremment les deux méthodes. Trente pour cent croient en une meilleure efficacité des traitements traditionnels sur l'empoisonnement, les problèmes de peau (y compris l'herpès), les abcès et la pathologie de la grossesse et la stérilité. Elles justifient également ce choix par l'échec des traitements à l'hôpital et une meilleure accessibilité de la médecine traditionnelle. La médecine occidentale est perçue comme plus appropriée pour certaines maladies, notamment les maladies internes et pour la capacité d'investigation de la technologie médicale (analyse de sang, rayons X). Le sida est également associé à la sorcellerie lorsque la population ne comprend pas les modes de transmissions du virus, les signes et les symptômes de la maladie (Moman 1992).

Les guérisseurs interrogés connaissent le sida, ses modes de transmission et les symptômes majeurs. Certains déclarent même traiter des patients atteints du sida avec succès et 28 % des guérisseurs considèrent le traitement de l'herpès comme leur spécialité et se montrent très intéressés par une collaboration avec des médecins de formation occidentale, dont certains envisagent effectivement de promouvoir la prévention par leur relais ¹¹⁹.

¹¹⁹ Intervention à la *VIII International conference on AIDS/III STD World Congress*, Amsterdam, juillet 1992.

Ce tour d'horizon des différents recours montre, outre l'ampleur du phénomène, sa diversité. Mais les thérapeutiques utilisées dans le cadre de l'infection à VIH ne sont pas novatrices et puisent dans l'arsenal habituel des techniques employées pour soulager les maladies : phytothérapie, naturopathie, diététique, médecines populaires, techniques de relaxation, de méditation et pratiques psychocorporelles, etc. Elles participent toutes d'une volonté de rétablir l'équilibre du corps et de renforcer sa résistance contre toutes atteintes microbiennes ou psychiques.

L'absence de traitements curatifs, la toxicité connue des traitements actuels, l'espoir de vivre et de guérir rendent compte de cette quête thérapeutique mais n'expliquent pas l'ampleur du phénomène. Ces études témoignent d'une mobilisation certaine des malades ; mobilisation qui ne dépend pas toujours de l'impulsion des associations communautaires et apparaît comme une démarche plus personnelle.

Les recours parallèles en France, en particulier dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

En France, les expériences de « cohabitation » avec les médecines parallèles restent limitées ou peu divulguées. La littérature scientifique disponible ne permet pas d'évaluer l'importance quantitative et qualitative de ceux qui ont recours à des traitements parallèles pour soigner le sida ¹²⁰. Michael Pollak, à partir de ses enquêtes en France sur les homosexuels et le sida faisant le parallèle avec le comportement des Brésiliens, constatait que « tous les espoirs semblent ici se concentrer sur la science, érigée en recours ultime et exclusif. D'autres recherches de salut sont peu évoquées explicitement soit parce qu'elles sont relativement rares, soit parce que leur caractère *illégitime* les rend indicibles. [...] Plus fréquemment on retrouve dans nos entretiens des recherches spirituelles qui ont pour but explicite l'acquisition de techniques de méditation, aptes à gérer l'angoisse et la dépression. Il considérait cette moindre tendance à se tourner vers l'ésotérisme et les

¹²⁰ En septembre 1991 l'arrestation de Serge Jurasunas qui commercialisait un produit à base de plantes, « *le germanium* », destiné aux malades atteints du sida et du cancer permettait de savoir que 2 000 personnes environ en deux ans avaient acheté ce produit, pour un total de 9 millions de francs.

explications métaphysiques dont sont porteuses les médecines parallèles comme un signe de la « sobriété » dont font preuve les malades et le résultat d'une « démarche pragmatique » face à la menace de mort. (Pollak 1987).

Pourtant, dès 1989, la revue *Impact-Médecin* s'insurgeait contre les « gourous » et les « charlatans » du sida qui « prétendent faire mieux que la médecine officielle », et mettait en évidence les limites et les enjeux de la prise en charge médicalisée : « une médecine plus humaine et une meilleure information des malades permettraient de diminuer le recours aux charlatans » (Kurz 1989). Prenant le contre-pied de cette position, des revues de vulgarisation ont voulu par leurs enquêtes séparer le bon grain de l'ivraie et mettre à l'abri les individus contre « la prolifération des escrocs de tout acabit, auxquels se mêlent parfois des illuminés honnêtes qui croient à leur action salvatrice » (*L'impatient* 1989).

Discours contre lequel s'insurgent les thérapeutes parallèles (Piulats et Rode-nas 1989) pour qui les thérapies parallèles ne peuvent être que « des chemins d'exploration » et non des « remèdes miraculeux », puisque le traitement contre le sida n'est pas encore trouvé.

Ces thérapeutes expliquent que les traitements parallèles sont proposés en tant « qu'adjuvants au traitement officiel ». Toutefois leur discours sur la complémentarité des traitements parallèles avec les traitements biomédicaux « utilise » la distinction séropositivité/sida, pour affirmer qu'il n'est pas conseillé « aux malades » d'arrêter les traitements bio-médicaux ¹²¹, ce qui peut ainsi leur laisser toute latitude d'influencer les séropositifs et d'abuser de personnes désespérées ¹²².

¹²¹ Dans la revue *Médecine Douce*, le Dr Isabelle Walker explique : « Je n'impose rien à mes patients, c'est d'eux que cela doit venir. Certains estiment ne plus en avoir besoin, et l'arrêtent pour ne plus en subir les effets secondaires. D'autres, au contraire, se sentent beaucoup plus rassurés avec l'AZT. »

¹²² Cf. les chapitres que consacre B. Paillard dans son ouvrage *L'Epidémie aux « médecines douces et aux livres de gogos »* (pp. 87-136).

Diversité et complémentarité des recours

Peut-on affirmer que tous les patients qui se font suivre par le corps médical et au sein des structures de santé biomédicales seront d'une fidélité absolue à leur suivi médical ? Les études sur le recours à des pratiques alternatives montrent que les malades se tournent vers d'autres « solutions » à mesure que leur état de santé se dégrade. Ces études montrent également que le pourcentage des patients exclusivement suivi par le corps médical reste important. Certains patients semblent en effet à l'écart de toutes influences ou y résistent. Ils fondent sur leur médecin et la pratique médicale l'ensemble de leurs espérances thérapeutiques. Ces patients soulignent la spécificité de l'infection par rapport aux autres maladies pour expliquer leur absence de traitements complémentaires, et notamment le recours à un guérisseur.

Il leur apparaît évident que le sida est une maladie comparable à aucune autre, qui nécessite une thérapeutique différente et énergique. La puissance du traitement peut se constater dans ses effets secondaires, mais reste alors acceptée par le patient comme une conséquence logique de son intensité et un signe d'efficacité.

Les contacts dans les associations d'aide aux personnes atteintes par le VIH permettent l'échange de renseignements sur des praticiens parallèles. Au sein d'une association de « bénévoles » s'opèrent des scissions entre ceux qui appartiennent à la communauté des malades et les autres... L'échange d'adresses reste un des éléments déterminants d'inscription dans une filière de soins parallèles ; ce sentiment subjectif d'appartenance à « un ensemble-patient » conditionne et explique l'adhésion à des thérapies indiquées par des « collègues » ou par des personnes que les malades considèrent comme faisant partie de « la communauté des patients » (Julliard et Nardonne 1987 : 177). Dans leur quête thérapeutique, l'autonomie et la liberté de choix des individus, tant dans l'orientation de leur itinéraire de soins biomédicaux que parallèles sont en fait très réduites. Sous l'apparence d'un choix, la conduite des patients est orientée à travers un réseau et fait, comme le notent A. Julliard et J. Nardonne, qu'on « croît aller n'importe où, mais on va toujours sur des chemins déjà tracés. » (1987 : 174).

À l'opposé de ceux qui sont fidèles aux traitements biomédicaux, certains patients s'impliquent dans des recours complémentaires en suivant souvent les conseils de leur entourage. Leurs recours dépendent de leur représentation de la maladie et du processus d'immunodéficience acquise, mais également de leurs attentes et de leurs déceptions vis-à-vis de la société et, souvent, directement de la forme de leur prise en charge médicale.

On peut distinguer deux attitudes :

- dans un premier cas, l'intérêt est momentané, spontané et indépendant d'une prise en charge globale. Il s'agit d'une occasion « miraculeuse » de guérison même si cela n'est pas explicitement évoqué ;
- dans le second cas, le ou les recours contribuent à une prise en charge personnelle et globale de l'état de santé dans la perspective, sinon de guérir, tout au moins de freiner la progression du virus dans l'organisme. Pour prendre en charge leur corps, au plans physique et psychique, les individus suivent de multiples stratégies parallèles.

Guy L. : l'adhésion totale

Guy L. est un jeune patient d'un service spécialisé dans le traitement de l'immunodéficience humaine. Il combine de nombreuses stratégies de soins en complément du suivi biomédical. Son exemple présente l'intérêt de mêler plusieurs niveaux de compréhension et de mettre en évidence les systèmes de référence de la personne soignée, ses représentations de la maladie et de l'immunité tels que l'on peut les rencontrer chez beaucoup d'autres personnes vivant avec le sida.

Résumer l'expérience thérapeutique parallèle de Guy L. revient à lui ôter une partie de sa complexité, ce qui est certes nécessaire et souhaitable pour l'intelligibilité, mais aussi à supprimer la part d'espérance et de vie qu'il y place. Dire l'espoir, l'envie de vivre qui anime un individu qui a compris qu'il va mourir, ne peut résumer le souffle de vie, l'intensité de vivre qui transparait derrière chaque mot, dans chaque silence. Autant de pensées peut-être inexprimées chez un individu qui mourra vingt jours après, à 35 ans, dans un service « de grands

brûlés », d'un syndrome de Lyell, toxidermie bulleuse caractérisée par un décollement épidermique généralisé du revêtement cutané.

Homosexuel, Guy L. ¹²³ est contaminé par le virus de l'immunodéficience acquise en 1984. Il n'en aura confirmation qu'en 1985, après avoir été hospitalisé pour une syphilis et un herpès. Il garde de son médecin généraliste, installé dans un village aux alentours de Marseille, sa ville de résidence, un sentiment d'incompétence parce qu'il lui a, par deux fois, diagnostiqué une syphilis, alors qu'il connaissait son homosexualité et aurait pu, pense-t-il, envisager une maladie opportuniste du sida. À la suite de ce diagnostic, il change de médecin et un généraliste d'Aix-en-Provence prescrit, à lui et son ami, le test HIV. Le test se révèle positif pour Guy L. ; son ami est séronégatif. Ce généraliste l'oriente vers un dermatologue marseillais spécialisé dans l'affection HIV qui l'adressera au centre hospitalier quand ses lymphocytes T4 baissant, il faudra envisager un traitement par AZT. Au sein de ce service hospitalier, il est dirigé par son dermatologue vers l'un des généralistes vacataires. Il continue néanmoins à consulter son dermatologue quand il estime en avoir besoin.

C'est en août 1989 qu'il commence à s'investir dans des traitements différents, en faisant un régime, le régime Kousmine et en suivant des séances de relaxation selon la méthode Simonton.

En février 1990, il est hospitalisé pour une pneumocystose, maladie opportuniste fréquente. Fatigué, et faisant un travail manuel pénible, il arrête de travailler. Il attribue sa pneumocystose à la reprise d'une alimentation normale sous la pression de son entourage qui estime le régime Kousmine trop restrictif.

Cette première période d'hospitalisation le déstabilise. Il en sort déçu par son médecin généraliste-vacataire hospitalier: « J'ai été hospitalisé trois semaines pour la pneumocystose en février, et comme c'était mon médecin traitant, je m'attendais à ce que, peut-être pas qu'il vienne me voir, mais au moins qu'il me téléphone, rien du tout. » Son itinéraire biomédical l'a finalement amené à se concentrer sur le centre spécialisé dans les soins aux personnes atteintes par le VIH.

¹²³ Les noms et les lieux, en dehors de Marseille, lieu d'enquête, sont fictifs.

En septembre 1990, il est à nouveau hospitalisé, cette fois pour une toxoplas-mose cérébrale. Depuis qu'il ne travaille plus, il consacre essentiellement son temps à ses soins, médicaux et alternatifs. Son énergie quotidienne est axée, ainsi qu'il l'énonce, sur la maladie et la volonté de « s'en sortir ». Il s'est totalement investi dans les pratiques parallèles pour reconstituer son immunité naturelle. Pour cela il aura recours à plus de sept pratiques thérapeutiques différentes, en complément des soins et des traitements dispensés par l'équipe hospitalière.

1. L'alimentation selon la méthode Kousmine et la nutrition macrobiotique

C'est une alimentation non carnée qu'il met en place dans le courant du mois d'août. Il considère qu'elle rend les individus moins agressifs et leur permet « d'avoir un regard plus serein sur le monde ». Essentiellement basée sur des céréales, cette alimentation nécessite toutefois « de tirer un trait sur pas mal de choses » et elle implique notamment des repas trop spécifiques, qui l'isolent de la convivialité habituelle aux repas en commun. Il l'abandonne sur l'incitation de son compagnon, mais s'intéressera, un an plus tard, en septembre 1990, à une alimentation macrobiotique :

« La macrobiotique, c'est encore une nourriture, là c'est d'origine japonaise, et je commence à m'y mettre. »

Cette alimentation implique des réunions de groupe pour apprendre à préparer les plats, réunions qui se concluent dans une ambiance plus conviviale par une dégustation en commun, ce qu'il apprécie.

L'efficacité est surtout appréciée en fonction des attentes, qui peuvent se situer à différents niveaux :

« C'est un régime qui a l'avantage de ne pas carencer, c'est-à-dire que vous avez tout. Mais enfin, je n'en suis qu'au début là, mais disons que ça stimule, ce genre de chose, ça stimule parce que ça redonne de l'espoir. »

2. La relaxation - visualisation : la méthode Simonton

La méthode de relaxation Simonton qu'il pratique en complément, dès août 1989, et qu'il n'abandonnera pas, contribue à restaurer son moral et notamment l'aide à refuser « l'idée de la mort » :

« Alors, je vois pas mal de gens, je vois une dame qui m'a initié à la relaxation-visualisation, méthode Simonton¹²⁴. »

C'est, selon ses dires, son premier contact avec un recours parallèle, même s'il y « adhérerait par instinct avant ». Ses séances durent ainsi depuis plus d'un an :

« J'ai été mardi à une séance de relaxation, en une séance je peux pratiquement dire qu'elle m'a remonté. [...] On a beaucoup parlé, on a parlé 1 h 30 à peu près et je suis sorti gonflé. [...] Oui, Elle me fait parler de moi c'est vrai parce qu'elle a besoin d'éléments. »

3. L'acupuncture

Son médecin traitant est acupunctrice.

« Elle est d'origine Malgache. Je vous dis ça, parce que ces gens-là ont une approche particulière. Alors elle, ce n'est pas une acupunctrice qui va vous piquer, comme ça et qui va faire ses papiers. Elle, elle vous pique et elle vérifie ce qu'on appelle en médecine orientale, les énergies, c'est-à-dire que chaque organe émet des énergies, on part de ce principe, et quand il n'en émet plus, c'est qu'il faut lui en redonner, parce que ça ne marche pas bien. Elle pique et elle attend que ça remonte. Alors elle, elle vérifie par les pouls, ça c'est très efficace. Elle fait ça et en plus, elle fait avec l'acupuncture, elle remonte les immunités locales aussi, c'est-à-dire euh... par organe. »

Le traitement évolue au cours de l'année en fonction des périodes chaudes ou froides :

« Alors, elle fait ça dans la période d'été, elle, parce que c'est comme ça. En période d'hiver, ça ne donnerait rien. La période d'hiver, par contre, elle me fait autre chose qui sont des injections de thymus, ne me demandez pas de quel animal, je n'en sais rien, mais le thymus c'est de l'immunité à l'état pur et on va commencer la semaine prochaine.

« Alors ça peut être bien, même pour des personnes bien portantes¹²⁵, parce que, par exemple, on n'attrape pas de rhume pendant tout l'hiver, d'une manière

¹²⁴ La méthode de Carl Simonton, oncologue américain, est basée sur le soutien psychologique aux malades et la recherche de la sérénité. Lancée dans le milieu des années 70, elle doit permettre aux malades de mieux vivre et d'aider ainsi leur corps à mieux lutter contre la maladie.

¹²⁵ Cette catégorisation est reprise, quelques lignes plus bas, dans l'expression « par des gens comme moi ». Elle témoigne de la distinction que l'individu opère au quotidien entre les différentes personnes avec lesquelles il est en contact.

assez naturelle, plus naturelle que les vaccins. Ca donne des gens qui ont une énergie... »

Cette acupunctrice est médecin généraliste et les consultations sont remboursées par la sécurité sociale.

4. Le magnétiseur

Guy L. consulte régulièrement en complément un magnétiseur.

« Il est à Nîmes, c'est un peu loin, mais il a l'avantage de ne pas me faire payer tout simplement ¹²⁶. [...] Le magnétiseur m'apporte... c'est quelqu'un de compétent, parce que quand vous sortez de là, vous n'êtes plus le même. C'est quelqu'un qui d'abord en est venu à ça ¹²⁷ en ayant été..., il y a des gens que les circonstances de la vie..., lui ses circonstances, c'est qu'il était mort clinique deux fois..., deux fois, c'est beaucoup, dans une vie, mais il est revenu à la vie, mais avec des facultés autres. Bon il est magnétiseur, il a une part de médiumnité et puis alors, pas de la même manière, il travaille sur les énergies aussi. Il pourra vous dire : « Attention vous risquez d'avoir des problèmes de foie » et la plupart du temps c'est ce qui se produit. »

Il ressort de ses séances « regonflé », « serein », « c'est comme si je prenais plus de recul par rapport au monde, si vous voulez », précise-t-il.

L'aide psychologique apportée par la relaxation, est complétée par l'action du magnétiseur. Leur deux visions de la place de la mort, impliquent deux modes, différents mais complémentaires, de gestion de l'échéance mortelle attachée à la séroconversion :

« La relaxation c'est positif, c'est-à-dire il n'est pas question que je meure, toutes les idées morbides sont vraiment balayées, il faut s'axer absolument que sur le positif. Chez le magnétiseur, il ne rejette pas l'idée que je puisse y passer, mais comme les magnétiseurs, ça croit à la réincarnation, ce n'est pas très grave. »

Tout en s'attachant au corps, ces deux pratiques s'intéressent en fait au psychisme de l'individu à travers la recherche générale d'un équilibre spirituel.

¹²⁶ Coût et distance peuvent limiter des recours. Ici, il semblerait que l'un des inconvénients est compensé par l'autre.

¹²⁷ La maladie n'est pas perçue à travers ses critères biologiques spécifiques mais comme un signe du malheur, dont l'individu a pu sortir.

« Et même éventuellement, on ne voit pas la mort de la même manière, on démystifie un peu la mort. C'est-à-dire, on démystifie, c'est que ce n'est pas si grave que ça, voilà ce que je veux dire, parce que c'est en ayant peur de la mort, qu'on finit par y arriver. »

5. Un « mich »

Sa filière de soins « différents » l'a amené à consulter sur les conseils de sa belle-soeur, « parce que c'est le cousin de l'une de ses amies », un individu, qu'il appelle un « mich » et dont il précise : « Je ne sais même pas ce que c'est d'ailleurs, un bonhomme qui avait des diplômes d'études chinoises, lui. » Pour le rencontrer, il est allé à Bollène, dans le Vaucluse.

« Il m'a donné des tas de pilules qui venaient de Belgique.... et puis je me suis rendu compte que ça ne faisait rien du tout, absolument rien, par contre, ça se rajoutait à la somme de médicaments que j'avais déjà à prendre. Il m'a fait des séances d'acupuncture qui étaient un peu plus efficaces, mais en fait, mon acupuncteur est à Marseille, je n'en ai pas besoin de trente-six, il m'en faut un d'efficace ! »

6. Le psychiatre-phytothérapeute

Il consulte également un médecin psychiatre, pour un état dépressif qu'il attribue à ses hospitalisations : « Il m'a donné des produits, en particulier pour soigner cet état de déprime que j'avais, des produits phytothérapeutiques. » Les traitements n'étant pas remboursés par la sécurité sociale, le médecin « les fait passer sur une consultation de psychiatrie ». Bénéficiant du remboursement à 100 % de ses frais médicaux depuis novembre 1989, les consultations et les traitements médicaux sont totalement gratuits.

7. L'homéopathie

En complément de ses traitements, son acupunctrice lui a prescrit des traitements homéopathiques, « mais j'ai eu l'impression que sur moi, ça n'a eu aucun effet ».

Son itinéraire de soins parallèles reste très concentré autour de sa zone d'habitation à l'exception de deux « essais » à Nîmes et Bollène. Certains dépla-

cements le fatiguent mais ils participent d'un mode de vie nouveau que génère sa prise en charge « alternative » :

« Ma vie est axée là-dessus. J'ai réussi maintenant, plus ou moins, à me libérer de tous les problèmes, disons secondaires, pour m'axer là-dessus, donc mon énergie est complètement axée sur le fait qu'il faut que je m'en sorte. »

L'adéquation entre les attentes et la perception qu'a l'individu des résultats est très subjective. Ainsi est-il sensible aux marques d'attention apportées à son aspect physique, critère essentiel pour les personnes atteintes par le VIH. Il en crédite ses traitements parallèles. Par contre, la toxoplasmose et la pneumocystose ne sont pas considérées comme des résultats négatifs des pratiques parallèles, mais comme des échecs du suivi biomédical.

L'efficacité est également jugée dans une perspective de « long terme », au-delà de l'action spécifique reconnue à chaque pratique, dans une perspective plus spirituelle.

« Pour l'instant, je vois ça comme ça, mais rien ne me dit que ça ne m'apportera pas encore autre chose. Ça vous étonne ça ? [...] De toute façon, même dans l'alimentation, tous ces gourous de l'alimentation macrobiotique ou autre chose végétarienne, vous diront que dans le cas des gens malades, il n'y a pas de solution sans une dimension spirituelle. »

Les pratiques alternatives sont en complémentarité constante avec la prise en charge biomédicale. Il apprécie son médecin actuel qui, informé de ses soins parallèles et tout en témoignant d'une certaine inquiétude, ne l'a pas critiqué, comme l'avait fait son généraliste hospitalier :

Il montre ainsi beaucoup de compréhension vis-à-vis de son praticien qui ne peut, comme lui, adhérer à ces recours, du fait d'une ignorance légitime. Il considère que les traitements médicaux sont efficaces pour les maladies opportunistes et il a apprécié les soins qui lui ont été délivrés lors de ses hospitalisations, pour la pneumocystose d'abord, puis pour la toxoplasmose cérébrale en septembre 1990, tout en étant critique vis-à-vis des traitements pharmaceutiques qu'il considère « trop agressifs ». Il regrette également le manque de personnel et la faible disponibilité des infirmières.

Les recours parallèles ont toutefois un impact sur le suivi médical dont il refuse ainsi les contraintes. En effet, son énergie quotidienne étant entièrement axée

sur la prise en charge de sa santé à partir de pratiques alternatives, il considère que les soins hospitaliers ne doivent pas entraver ses soins parallèles quotidiens.

« Maintenant j'ai un rythme de vie. Par exemple le matin, je fais pas mal de choses, ça fait partie de la thérapie de relaxation, je vais avoir à partir de dimanche mes repas à préparer, en plus il me faut du temps le matin, plus qu'avant, je ne peux pas aller vite. Donc des fois, ils me donnent un rendez-vous à 8 h 45, non ! Ça me casse tout mon rythme et puis après je suis crevé !

« L'après-midi c'est un peu pareil, un jour sur deux je fais la sieste parce que j'ai pris cette habitude à l'hôpital et que j'en ai besoin, je me sens mieux après. Alors, selon le jour, s'ils me donnent un rendez-vous à 14 h...

« Il y a aussi le jour où je vais m'oxygéner, alors c'est surtout le matin et il a fallu trouver un parc qui ne soit pas trop loin de chez moi, mais tous les parcs sont de ce côté de la ville malheureusement. [...] Parce que ça fait partie de la thérapie de relaxation, m'oxygéner, avoir le contact avec l'herbe ou le gazon, faire mes séances de relaxation aussi sur le gazon. »

L'activité qu'il manifeste autour de ses pratiques parallèles est totalement étrangère à l'équipe hospitalière, qui comprend difficilement que des patients « en longue maladie » soient peu disponibles. Malgré ces désagréments, il continue à se faire suivre à l'hôpital et il espère bénéficier d'un traitement encore au stade du protocole d'essai thérapeutique. Conscient de bénéficier alors d'un traitement à la pointe de la recherche, il justifie de manière, très ambivalente, son suivi médical :

« J'y vais quand même parce que le problème, je vais vous dire la raison, parce qu'ici ce n'est pas la recherche, on n'est pas au niveau de la recherche. Et au niveau de la recherche, je crois dur comme fer qu'on n'est pas près de trouver quelque chose, là je suis pessimiste, parce qu'il y a des intérêts au milieu, des tas de choses, et si j'avais eu le cancer, ça aurait été pareil. »

Ce récit permet d'apprécier comment s'opèrent les choix entre diverses pratiques parallèles, de même qu'entre la biomédecine et les recours dits alternatifs et comment s'élaborent les conduites. Il s'agit ici de montrer les formes que prennent les pratiques alternatives et au-delà, de saisir le *sens* que chacun attache à l'infection par le VIH : sens de la maladie, attentes vis-à-vis de l'autre — individu ou société —, par des individus qui partagent tous une pratique commune, celle du soin hospitalier avec ses contingences.

Cela permet de distinguer deux logiques concomitantes dans l'organisation d'une prise en charge parallèle. L'une que l'on peut qualifier de « réaction » à la maladie, ou plus précisément au malheur que constitue la maladie ; l'autre, liée à la prise en charge médicale elle-même, qui la dépasse, constituant en fait un mode de revendication vis-à-vis de la société.

***Le recours au parallèle comme une forme de réaction
à la maladie-malheur et comme mode de revendication***

Personne ne résiste à l'analyse introspective et à l'interprétation du malheur que suscite l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Certains trouvent une explication de leur contamination en l'inscrivant dans un processus « d'agression sorcière » et donnent alors un sens à leur vulnérabilité face au malheur. D'autres, y voient la conséquence de leur vulnérabilité intrinsèque et voient la maladie comme le reflet du mal « en soi ». Leurs stratégies de soins recherchent un équilibre « moyens de défenses / vulnérabilité ». Cette interprétation induit dès lors une prise en charge particulière, véritable lieu de discours sur l'immunité de la part de ces malades. Le discours sur les recours alternatifs permet ainsi de saisir les représentations de soi, des autres, de la maladie en jeu au quotidien pour les patients qui vivent l'infection par le VIH comme une menace sur leur système immunitaire ¹²⁸.

L'interprétation du malheur qui accable l'individu n'est pas toujours facile à discerner car nombre d'explications viennent faire écran : certains interlocuteurs justifient leur contamination par l'ignorance de la société, et par conséquent la leur, avant 1985 ; d'autres, parfois les mêmes, expliquent cette atteinte du destin par leur appartenance à une communauté « à risque ».

¹²⁸ Cette notion de menace figure dans les textes sur le sida. Ainsi, les documents publiés par l'association Arcat Sida, en direction du grand public indiquent-ils : « Le corps humain possède un système de défense naturel contre les agressions des bactéries et des virus. Ce système de défense est appelé système immunitaire. Il est composé de cellules immunitaires. Le VIH s'attaque à certaines cellules du système immunitaire. Lorsque le virus devient actif, il affaiblit le système immunitaire. Des maladies plus ou moins graves vont pouvoir s'installer. »

Vulnérabilité et déficience immunitaire. Le Mal en soi

L'état de santé initial : la notion de terrain, des prédispositions innées

L'interprétation de l'infection comme conséquence d'une faiblesse initiale, n'est jamais évoquée de manière directe par les personnes atteintes par le VIH. Elle se révèle dans le discours relatif au processus de l'immunité et de la déficience. L'état, préalable à l'infection, est alors perçu en termes négatifs. Ce type d'appréciation sur « soi » surgit lors d'entretiens à propos de la non-contamination des partenaires, en l'absence de toutes mesures de protection. Fréquente est en effet la phrase :

« Il n'y a que moi qui suis contaminé, vous voyez c'est vraiment bizarre. »

L'explication avancée s'appuie sur la notion de terrain. Un patient explique :

« Donc c'est là que je me dis, c'est une question de terrain parce que j'aurai pu le contaminer je ne sais combien de fois. Vous vous rendez compte entre 84 et 85 ! [...] Mon ami n'est pas séropositif, je me suis toujours posé la question. Je connais la réponse ; la réponse c'est que devient séropositif quelqu'un qui a un mauvais terrain. »

En s'interrogeant sur la non-contamination du partenaire, l'individu porte en même temps un regard sur lui-même : puisqu'il a été infecté, il est donc différent de l'autre. Le « terrain » est une prédisposition, une capacité naturelle. Le qualificatif de « mauvais » met en évidence l'absence des qualités propre à se défendre des agressions. Cette appréciation d'un état « inné » de faiblesse qui repose sur le terme de terrain, se retrouve dans d'autres termes ou expressions employés pour définir l'état physique préalable à l'infection :

- faible
- « Je n'ai jamais été très costaud question poumons » ;
- « J'ai toujours été sujet à... » ;

- « Avant j'avais toujours un pet de travers, donc je n'étais pas quelqu'un de particulièrement costaud hein » ;
- ou l'évocation de toutes les petites maladies que l'individu a eu dans sa jeunesse, nombreuses et variées au point que certains se classent, eux-mêmes, dans la catégorie des hypocondriaques.

L'expression « pas costaud » traduit l'idée que le virus attaque en raison de la faiblesse préalable, bien plus qu'en raison de pratiques « risque ».

Cette représentation d'une diffusion « à l'aveugle » dans la population conduit à une certaine déculpabilisation de l'individu marqué dès son enfance, par une déficience presque innée, un « terrain défavorable ». Cela permet aussi de se disculper vis-à-vis de ceux que l'on a pu contaminer puisqu'ils avaient eux aussi un mauvais terrain de départ. D'où le rôle du hasard malencontreux, thème qui revient régulièrement.

Cette représentation de l'infection et de soi, revient à gérer mentalement une distribution aléatoire du VIH avec une prédisposition constitutionnelle. Le déplacement de la perception de risque par la référence au terrain, c'est-à-dire à un critère inné (constitutionnel) privilégie donc une conception interne de la maladie et permet l'exonération de la faute liée à une pratique « à risque ». La séropositivité qui est une rupture dans l'état de santé s'inscrit donc pour les patients dans la continuité. Elle n'est pas une conséquence, mais une cause. Cette représentation de soi, *a posteriori*, ne nie pas pour autant le caractère acquis de l'infection.

Ainsi, alors que la connaissance médicale montre que le sida est la *cause* d'une perturbation immunitaire, le discours de certains malades tend à y voir la *conséquence* d'une faiblesse antérieure. Les stratégies adoptées pour lutter contre l'infection vont donc tenir compte de cette représentation et viser une action sur « le terrain ».

L'état de séropositif : l'état acquis

L'état de séropositif est un deuxième niveau de l'infection. Le statut de séropositif/sidéen va s'exprimer à travers d'autres termes : le terme de « défenses » est régulièrement employé, surtout pour évoquer « la crainte de perdre ses défenses » :

« Cette maladie c'est une sorte d'anémie mentale et physique ».

Reviennent ainsi régulièrement des termes qui traduisent une dynamique propre à la maladie : carence, anémie, pertes de défense, déficiences immunitaires, baisse de tonus, affaiblissement du corps, l'immunité chute, l'immunité est fragile, l'immunité est déficiente, déclenchement. Les termes appropriés à une machine qui se dérègle sont employés dans des expressions qui reprennent la notion de terrain cette fois sous la forme des « énergies » : « les énergies ne marchent pas bien ». Les métaphores militaires sont utilisées dans des expressions telles que « déclenchement » ou « le virus progresse dans le corps ».

Les indicateurs biologiques de défense sont surveillés : T4, globules blancs, antigénémie, etc. Les patients observent « la baisse », « la chute », « la perte » ou la « remontée », « l'envolée de l'antigénémie ou sa disparition ». La détérioration de l'état de santé du séropositif est traduite également par leur discours sur l'action des traitements biomédicaux qui évitent les infections mais également accentuent la vulnérabilité : « l'AZT bouffe « mes » globules blancs », « fait chuter les globules blancs, les T4 », « affaiblit le corps », « on a moins de force ».

Le corps est perçu comme sensible à toutes formes d'agression extérieure physique ou psychique :

« De toute façon, mon médecin à Paris déjà, sa théorie première c'est d'éviter le stress et tout ce qui a trait... par le stress, la fatigue etc. »

Evoquant les difficultés du militantisme au sein d'une association communautaire, un interlocuteur dira :

« Je ne sais pas si l'environnement de ce monde difficile dans l'association est très positif pour des séropositifs. À mon avis, pour un séropositif, il vaut mieux éviter, [...] je crois que ça doit mener à une entrée plus tôt dans la maladie ».

Il est persuadé que son engagement, et la fréquentation de malades ont participé à l'aggravation de son état ¹²⁹.

¹²⁹ Combat que d'autres patients considérés comme des « survivants à long terme de l'infection » jugent bénéfique. Ces perceptions différentes traduisent une grande variabilité individuelle dans la gestion du quotidien et l'évaluation de situations psychiquement stressantes.

Les conduites préventives

Cette perception des effets du psychique sur le processus immunitaire et sur la capacité du corps et de l'individu à se défendre introduit chez les patients l'idée d'une action préventive pour freiner l'aggravation. Il faut lutter contre une mauvaise constitution physique initiale ou la perte de défenses par l'infection ; on distingue alors :

- le soin biomédical classique, qui couvre des aspects caractéristiques de la maladie : surveillance du taux de T4, prévention et traitement des maladies opportunistes etc. ;
- et les autres recours, notamment alternatifs, qui s'attachent « au fond », c'est-à-dire au corps et à l'âme.

Le recours à des pratiques parallèles dépend de l'influence de l'entourage, des ressources disponibles et de la volonté de s'orienter vers telle ou telle dimension diagnostique ou thérapeutique, comme de la place que l'individu veut octroyer à ce recours : complémentaire, alternatif ou exclusif.

L'itinéraire parallèle de Guy L. voit se succéder et se compléter ses pratiques de soins, dans une volonté de restaurer et de préserver son immunité. Le recours parallèle est crédité de valeurs immunitaires spécifiques qu'il suffit de s'approprier. L'alimentation lui permet de reconstituer « une sorte d'immunité naturelle » par l'alimentation naturelle. L'acupuncture rééquilibre le terrain à partir de la notion « d'énergie ». Les injections de thymus lui apportent « l'immunité à l'état pur ».

La multiplicité des recours correspond à différentes stratégies de préservation et d'entretien de la santé, dont les effets sont jugés au regard de différents critères :

- absence de rhume, d'angine, de toutes les petites *cochonneries* qu'on attrape dans la vie de tous les jours,
- la survenue d'infections opportunistes moins agressives.

Les patients qui recourent en complément à des pratiques « différentes » apprécient l'attitude, apparemment conciliante, de leurs praticiens dès lors qu'ils les

informer de ces recours. Une position critique est jugée comme un rejet de l'individu, et une incompréhension vis-à-vis des problèmes qu'il doit affronter quotidiennement.

Informé le praticien participe d'un mode de communication médecin-malade, spécifique du sida. Le patient a en effet une vision holistique de sa santé et de sa gestion et il considère que cette vision doit être partagée avec le praticien. L'hôpital apparaît comme un microcosme séparé du reste de la société et de ses peurs et rejets fantasmatiques. L'hôpital est vécu comme un lieu de tolérance, de compréhension, de mansuétude, de partage des difficultés, un lieu où l'on peut échanger et communiquer. Les médecins font régulièrement état du besoin de communiquer de ces patients.

Informé le praticien, c'est également le signe d'une position défensive vis-à-vis de traitements parallèles qui restent souvent mystérieux. Les patients enregistrent les informations données par les praticiens parallèles et se rassurent quant à l'innocuité des traitements à partir de critères que l'on peut qualifier d'écologistes : *nature, plantes, phytothérapie, produits alimentaires naturels, aliment absorbé cru, vitamine et oligo-éléments*. Le plus souvent, la qualité de ces soignants et leurs qualifications sont mal cernées. Les appellations les plus rassurantes fleurissent : *chercheur, scientifique, médecin sans plaque, archevêque*, etc. Les compétences sont jugées à partir de critères tout aussi approximatifs. Chacun s'appuie sur des données très subjectives : avis des copains, référence à une culture exotique, l'attention, l'écoute et le temps de consultation comme signes de compétence.

La compétence peut aussi reposer sur la similitude supposée des situations. Ainsi certains patients justifient-ils de la compétence de leurs soignants par le fait qu'ils ont « survécu » à une maladie. L'ayant vaincue ils possèdent ainsi, à leur tour, le pouvoir de guérir.

« On m'a indiqué un nutritionniste que j'ai été voir. Ce nutritionniste a la particularité d'avoir eu une maladie auto-immune, c'est-à-dire une maladie qui détruit l'immunité d'une manière ou d'une autre, lui c'était par un espèce de cancer de la thyroïde, et en juin 85, il était au

3^e et dernier stade et il a commencé la macrobiotique, il s'en est complètement sorti, le cancer, la tumeur a disparu ¹³⁰. »

Le coût de la consultation reste un facteur limitatif :

« J'ai vu un magnétiseur... qui m'a fait un certain bien, je le reconnais, mais étant donné que c'est pas remboursé par la sécurité sociale, j'ai pas les moyens de suivre. Ça devient cher à force », explique un patient.

Ces praticiens en ont conscience, puisque certains pratiquent des tarifs dégressifs, comme le montrent les propos de Guy L. notamment :

« Celle de la relaxation sur Marseille, elle m'a fait payer 130 francs et que là elle m'a dit qu'on allait se voir souvent et donc maintenant on fait 100 francs. Voilà, j'ai eu une réduction. »

La gratuité peut parfois apparaître comme une gêne. Ainsi un des informateurs n'ose plus retourner chez « un médecin-scientifique » suisse qui l'a traité gratuitement, de peur de passer pour un profiteur. Mais il juge négativement les tarifs exagérément élevés d'un autre médecin suisse, tout en considérant que le prix est un facteur qui compte peu :

Mais au-delà des compétences, du coût et des risques de charlatanisme, dont chacun est conscient, reste l'apport essentiel de toutes ces thérapeutiques : l'espoir qu'elles laissent entrevoir, face à une médecine qui fait état de ses faibles possibilités thérapeutiques et de son incapacité à guérir. L'espoir est le moteur de l'ensemble de ces conduites, mais également de la dynamique qu'il impulse. C'est cette forme d'espérance qu'a ôtée la médecine en faisant état de ses carences face au sida. Volonté de s'aveugler peut être, quand Guy L. explique au terme de sa longue description de pratiques parallèles, qu'il se refuse à consulter un voyant :

« Non, on peut tomber... les voyants il y en a des bons, mais je préfère ne pas savoir, parce que ça risque de m'influencer, vous voyez ce que je veux dire ? Il faut que vous le sachiez, dans la méthode Simonon de relaxation, ils ont écrit un livre très intéressant, ils disent que c'est la réalisation des prédictions, ça consiste... Par exemple un médecin qui vous dira : « Vous en avez pour un an », et si vous écoutez ce médecin et que vous vous mettez ça dans la tête, vous en aurez effectivement pour un an, peut-être même moins, vous comprenez ce que je veux dire ? »

¹³⁰ L'espoir va s'ancrer grâce à l'identification avec des malades atteints d'autres maladies.

Chercher ailleurs, c'est ne pas rester passif, ne pas attendre la mort sans réagir. L'adhésion totale des autres patients à la médecine est perçue comme le reflet d'un excès de confiance et une attitude de perdants. Guy L. se refuse à fréquenter les membres d'une association d'aide aux personnes VIH :

« Parce que j'ai peur de rencontrer des gens défaitistes, et les gens défaitistes, ils sont optimistes dans le sens où ils pensent qu'on va trouver quelque chose, mais moi je ne crois pas à ça. »

Le fait d'adopter une pratique parallèle est donc la conduite des plus actifs, celle qui permet ainsi de prédire aux autres un avenir que l'on tente, pour sa part, de modifier.

Le recours parallèle apparaît ici comme un moyen de « s'individualiser » par rapport aux autres patients dans une maladie où le discours médical et médiatique ont uniformisé, catégorisé, groupé. Face à l'incurabilité, et donc à la mort, le parcours thérapeutique est alors une évasion individuelle.

Mais il signifie plus, en se dressant contre une médecine qui est à l'image de la société.

Le patient, « réformateur social »

Si la médecine dispose de possibilités vis-à-vis des maladies opportunistes, elle est dans une problématique d'échec quant à la guérison du sida-maladie. On ne peut porter à son crédit que l'allongement de la durée de vie des séropositifs et des sidéens, dont témoigne l'appellation « survivants à long terme ». Ces capacités de soins sont perçues par les patients lorsqu'ils font nettement la distinction entre la fonction des médecins et celle des autres praticiens. Par contre, la médecine et les médecins qui gèrent la prise en charge des patients en ville ou à l'hôpital tendent à être perçus négativement, pour différentes raisons.

La première tient à l'agressivité des traitements. Aux yeux de ces patients la médecine, outre le fait qu'elle ne guérit pas, contribue paradoxalement à détériorer le capital corporel, au risque d'accélérer le processus d'immunodéficience. La deuxième critique vise l'incapacité à modifier le terrain, alors que différentes pratiques parallèles y excelleriaient.

Mais la mise en cause de la médecine ne porte pas exclusivement sur ses capacités curatives ; elle porte également sur la façon dont les institutions de santé et ceux qui les représentent gèrent l'épidémie et la lutte contre la maladie : rumeur sur des intérêts professionnels, financiers tant en ce qui concerne les médecins que les entreprises pharmaceutiques et en définitive les hommes politiques ayant en charge la santé publique. Le « désir de faire carrière sur le dos des malades » et les motivations purement financières, déçoivent de la part de personnes que l'on pensait totalement altruistes. L'attitude de certains praticiens déçoit ceux qui les pensaient plus humanistes, idéalisant l'homme derrière la fonction. Tel malade se mettra même à pleurer, en évoquant l'attitude de certains responsables médicaux lors du transfert vers l'unité spécialisée dans le VIH : il ressentira leur approbation de ce transfert comme un rejet. Rejet tout autant matériel que symbolique de l'attitude générale de la société vis-à-vis des « porteurs » d'un virus contaminant.

Plus forte que la rumeur d'intérêt personnel, est celle qui concerne les bénéfices potentiels des entreprises pharmaceutiques. Le soupçon perce dans les propos de certains patients, qui s'exaspèrent d'être dans un centre spécialisé et de ne pas recevoir de traitement. Est ainsi mise en cause l'utilisation qui semble être faite des malades, comme objet passif entre les mains des équipes hospitalières.

Les politiques publiques de santé et de prévention sont l'objet de la suspicion.

Guy L. est tout aussi soupçonneux quant à la recherche et à ses mobiles. Cela lui permet d'expliquer l'insuccès actuel des traitements et la stratégie de soins parallèles dans laquelle il s'est engagé « à corps perdu » :

« Si j'ai commencé toutes ces démarches, il y a quand même une raison. Et la raison c'est que j'ai bien l'impression qu'on n'est pas près de trouver quelque chose, pour diverses raisons. C'est ce qui se passe dans le monde entier pour pas mal de choses : l'argent. Il y a des laboratoires qui se gagnent des fortunes avec l'AZT par exemple et qui ont intérêt à l'écouler au maximum, bon si ce n'est pas l'AZT ça va être le DDI, maintenant. »

Cet ensemble de critiques, de soupçons, de rumeurs qui nourrit la réflexion de certains patients permet d'inscrire la pratique alternative dans un contexte plus large que celui du « sens » à accorder à la maladie ou de « l'espoir ». Il y a là un reflet de la méfiance latente à l'égard de la société de consommation et d'un système social inscrit dans une logique capitaliste, organisée autour de la notion de

profit. Les patients qui s'adonnent à des pratiques différentes traduisent le fait qu'ils ont une représentation agressive et artificielle de la médecine, thème qui n'est pas sans rappeler le courant écologique et contestataire des années 1970-1980 (Illich 1975). Les pratiques différentes, qualifiées par opposition de « douces » devenaient une forme de protestation et de revendication contre la société.

À travers les propos de Daniel Defert sur « le malade, réformateur social » et la réappropriation par le malade d'une identité de sujet responsable, on a vu re-fleurir l'idéologie de la « protestation humaniste » des années 1970, qui dans le rapport à la médecine s'ancrait « autour d'une idée-force commune : le malade doit récupérer un pouvoir dont il a été dépossédé, il doit accéder à un savoir dont il a été exclu » (Laplantine et Rabeyron, 1987). Même si les patients n'adoptent pas à titre individuel une attitude extrême, le comportement et le discours de certains d'entre eux sont clairement une forme de rejet du système médical. Certains refusent l'AZT et préfèrent les médecines douces et naturelles. D'autres racontent leurs « accrochages » avec des médecins vécus comme trop interventionnistes lors des hospitalisations et arrêtent leurs traitements au profit de médications plus naturelles, vitaminiques et alimentaires. Il en est ainsi de nombreux patients qui interrompent leur suivi médical sans raison apparente et dont on peut penser qu'ils constituent une frange de contestation passive de la médecine et de ses thérapeutiques.

Le sida, défini souvent, et à plusieurs titres, comme une maladie de civilisation et du mode de vie autorise ainsi un glissement des attentes légitimes des patients envers le système sanitaire et les institutions médicales, vers une remise en cause d'une société considérée comme intolérante, une société qui les exclue et ne laisse pas place à l'espoir ¹³¹.

¹³¹ Ce chapitre a pour base une étude subventionnée par l'ANRS et réalisée dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur de 1989 à 1991 auprès de personnes atteintes par le VIH et de soignants (cf. Vernazza-Licht 1994) L'enquête ayant été réalisée en milieu hospitalier, les points de vue d'individus qui ne se seraient jamais inscrits dans un suivi médical ne sont pas pris en compte ici.

Références bibliographiques

Defert D.

- 1990 L'hôpital dans son environnement : Comment une société, à travers le sida, repense-t-elle son rapport à la médecine ?, *Actes* : 95, Deuxième rencontre nationale des CISIH, novembre 89, Paris, Direction des hôpitaux.

del Rio C.

- 1992 The curative water of Tlacote, Mexico : a psychosocial phenomena, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Illich I.

- 1975 *Némésis médicale*, Paris, Seuil.

Julliard A., Nardonne J.

- 1987 Regards et paroles du malheur : pour un essai d'étude ethnographique de la perception de la maladie, *in* : A. Retel-Laurentin (sous la dir. de), *Etiologie et représentation de la maladie*, p. 177.

Jurg A.

- 1992 HIV, STD and traditional medicine, approaches in Mozambique, *VIII International conference on AIDS/III STD World Congress*, Amsterdam.

King R. *et al.*

- 1992 Traditional medicine vs. modern medicine for AIDS, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Kurz C.

1989 Thérapeutiques alternatives - Les « charlatans » du sida, *Impact Médecin* : 16-19.

Laifer G. *et al.*

1992 « Frequent use of alternative therapies and higher subjective benefit compared to traditional medicine in HIV-infected patients », *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Laplantine F., Rabeyron P.L.

1987 *Les médecines parallèles*, PUF, Coll. « Que sais je ».

Les Médecines différentes, un défi ?

Rapport au ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et au secrétariat d'Etat chargé de la Santé, Paris, la Documentation Française.

Licht N.

1994 *Le patient réformateur ? Attitudes et stratégies des malades face aux institutions de prise en charge du sida*, Thèse de Science Politique, Grenoble, 530 p.

O'Connor B. *et al.*

1992 Ethnographic study of HIV alternative thérapies, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Paillard B.

1994 *L'épidémie. Carnets d'un sociologue*, Paris, Stock, 418 p.

Piulats O., Rodenas P.

1989 Le Sida et les médecines douces, *Nouvelles clés* 1 : 28-37.

Pollak M.

1987 Géographie sociale et morale d'une peur, *in* : E. Hirsch, *Le sida, rumeurs et faits*, Paris, Cerf.

Pollak M., Schiltz M.A.

1987 Identité sociale et gestion d'un risque de santé - Les homosexuels face au Sida, *Actes de la recherche en sciences sociales* 68 : 77-102.

Rehse A.

1992 Body Movement workshop for people with HIV/AIDS, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Schlenzig C. *et al.*

1992 Physical exercise favourably influences the course of illness in patients with HIV and AIDS, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Simms M. *et al.*

1992 The use of and attitudes to alternative medicine on the part of gay men with AIDS or HIV infection, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Valentine C. *et al.*

1992 Anonymous questionnaire to assess consumption of prescribed and alternative medication and patterns of recreational drug use in a HIV positive population, *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

Van Dam Frits *et al.*

1992 The use of remedies and alternative therapies by patients with symptomatic HIV-Infection (CDC IV), *VIII International Conference on AIDS*, Amsterdam.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Quatrième partie

Choisir ou concilier

[Retour à la table des matières](#)

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

Quatrième partie : Choisir ou concilier

Chapitre XV

Possession par des *djinn*s en région parisienne

*Première chronique de la conversion des pertes de connaissance
d'Hamidou (Carnets de terrain commentés)*

Par Alain Epelboin

[Retour à la table des matières](#)

L'étude d'un itinéraire diagnostique et thérapeutique est un moyen privilégié d'identification d'un corps social, d'« auscultation » d'une société et de mise à plat des systèmes de représentation et de maîtrise du malheur. Mais lorsque le mal perdure, l'ethnologue, *a fortiori* s'il utilise en permanence un camescope léger, est invité régulièrement à légitimer sa présence, à intervenir dans le processus tant diagnostique que thérapeutique et à ne pas se cantonner dans le seul statut d'accompagnant-observateur.

Au travers de l'histoire de la possession par des *djinn*s musulmans et païens tant au Sénégal qu'à Paris d'un enfant soninké, nous nous efforcerons de montrer :

- l'ajustement de l'itinéraire diagnostique et thérapeutique entre les systèmes islamiques, paraislamiques, autochtones et biomédicaux ;
- la remise en ordre d'un corps individuel et d'un corps social dispersés par la migration ;

- les problèmes soulevés par l'intervention en médecine transculturelle ¹³².

À la suite du mouvement revendicatif des « mal logés » qui ont « squatté » une partie du futur chantier de la Grande bibliothèque, quai de la Gare, en 1991, la famille K2 est logée provisoirement dans un centre d'hébergement du Secours catholique sis Porte d'Asnières. Les chefs de famille bénéficiaires de ces logements provisoires en baraque de chantier sont tous employés par des sociétés de sous-traitance de l'entretien de la Ville de Paris.

L'attribution de un ou deux « baraques » algéco se fait au prorata du nombre de personnes qui constituent la famille.

Monsieur K2 (M. K.) s'est vu attribuer deux algéco pour lui même, sa première épouse et leurs quatre enfants nés en France. Les trois aînés nés en France également vivent au Sénégal à J. à proximité de Bakel : les deux garçons chez la grand-mère paternelle, la cadette auprès de la grand-mère maternelle. D'une deuxième épouse qui vit au Sénégal M. K., soninké, de caste « noble », a quatre enfants. Il attend l'arrivée d'une nouvelle jeune épouse.

L'annonce

*Dimanche 7 septembre 1991,
dans le deuxième algéco attribué à la famille K2
16 h 10*

Arrivé depuis dix minutes, j'ai rejoint le père de la famille K2 dans le deuxième « algéco » (baraque de chantier modulaire moderne, très bien isolée thermiquement) : en fait c'est l'autre algéco qui est le plus utilisé, aussi bien pour le sommeil que les activités journalières : c'est là qu'est installé le téléviseur allumé

¹³² Ce texte est issu d'une recherche menée dans le cadre du projet *Anthropoépidémiologie du saturnisme en région parisienne : représentations et comportements de familles soninké vis-à-vis du saturnisme*, N. Rezkallah et A. Epelboin. Subvention SRETIE / MERE/91 236 et FAS. Cf. « Sous le signe du saturnisme. Les *djinn*s de Hamidou », vidéo 28', 1995, CNRS Audio-visuel.

presque toute la journée. Le deuxième algéco sert à stocker les bagages. A une extrémité le lit de la futur épousee, à l'autre, le bureau de M. K. où est rangée sa bibliothèque coranique, sa « pièce de consultation ». Il enseigne le Coran à quelques élèves et a autrefois pratiqué le « guérissage » d'inspiration coranique.

C'est ma première visite depuis le Quai de la Gare. Nous nous livrons aux rituels habituels de salutation et de reprise de connaissance. La discussion porte sur les modes d'acquisition d'une voiture d'occasion ; je vante les mérites de la Centrale des particuliers et me propose de l'aider à mener la négociation.

À présent, je suis assis sur le lit à gauche de M. K.

« Il y a un de mes fils [Hamidou], on a eu peur qu'il ait vu des diables. Il y a mon frère [Adama K2] qui a téléphoné ¹³³, me disant de le rappeler : je l'ai appelé, il m'a donné toutes les explications. C'était sept heures du soir, de l'heure de l'Afrique : il [Hamidou] était tombé, il jouait avec les enfants. Alors, il a perdu sa connaissance. Alors, les gens croient que c'est un scorpion qui l'avait mordu. Et puis les autres pensaient que c'est un serpent qui l'a mordu. Après, dans deux heures de temps, il s'est réveillé. Un gars [Guidado Ba] est venu qui sait bien les problèmes de diables. Il dit qu'il a vu des diables !...

A.E. — *Jina bale* ou *dane*, *djinns* noirs ou blancs ? ¹³⁴

— ??

— On ne sait pas ?

— C'est *jinata*. Ce matin, mon frère a dit qu'il a passé la nuit avec mon fils. Sinon, il voulait partir. Voilà ! C'est ça que j'ai eu de nouvelles de ça ce matin. »

16 h 15

La conversation est interrompue par l'arrivée de trois hommes : Y.B., vêtu d'un blouson de cuir, jeune frère de même père et de même mère que la femme de M. K. ; un homme à l'allure de marabout, calotte, foulard et grand boubou de basin fatigué ; un jeune à la barbiche, au visage et au regard en pointe. Les quatre

¹³³ La circulation des nouvelles entre le Sénégal et l'Europe a été bouleversée par la mise en place de cabines publiques jusque dans des sous-préfectures très reculées. Dans le sens France-Afrique, les téléphones sont soit cadenasés, soit limités aux appels proximaux.

¹³⁴ La cosmogonie locale oppose les *djinns* d'inspiration coranique et les esprits autochtones non islamisés.

hommes entament une discussion basée sur une lecture du Coran, faite par M. K. relative à un événement que je ne comprends pas.

Sur un panneau de carton, un calendrier de 1987 qui a chuté sur le bureau, figurent dix photos. M. K. pointe une photo ancienne en noir et blanc sur laquelle pose très figée une vieille femme, la grand-mère de sa femme, Awa Camara.

Posé sur le bureau, un chapelet comprenant trois séries de trente-trois perles séparées par une « perle » allongée, différente.

Constatant mon intérêt, M. K. m'en présente un autre aux perles très brillantes acheté à La Mecque, puis une petite boîte contenant une amulette en forme de boule.

17 h 55

A.E. « Pour ton fils ?

— Le gosse est à J.

— Il a vu un Docteur ?

— Non. On a donné pour [l'a montré à] quelqu'un qui sait soigner les problèmes de diables, il s'appelle Gidado Ba. Je voulais l'amener en Arabie saoudite, à Médine : il y a un guérisseur qui s'appelle Alimo Sherif, c'est un guérisseur de *jina*. Il fait sa conférence, il lit le Coran. Lui, c'est incroyable !!! ¹³⁵ »

M. K. mime Alimo Sherif récitant le Coran. Il approche un petit poste radio près de sa bouche, fait semblant de projeter trois fois sa salive, enchantée par les incantations prononcées.

« C'est fini ! Il est payé par l'état, c'est un ancien professeur de l'université de Médine.

A.E. — Et celui du village ?

— Je ne sais pas s'il est fort. Il est fort !... Il paraît, j'ai entendu qu'il a eu..., c'est le singe noir qui lui a donné... C'est le cousin de ma grand mère. »

¹³⁵ M. K. est chaque année accompagnateur de groupes de pèlerins en Arabie saoudite. Il faut entendre cette proposition surprenante, à savoir aller chercher son fils aîné « malade » au Sénégal pour le conduire à Médine dans la perspective non seulement de le faire soigner mais également de lui faire acquérir une formation coranique.

Du 7 septembre au 14 février, peu de notes. Et pourtant, les crises du gamin avec des phases de rémission sont fréquentes, plusieurs par semaine. M. K. est tenu régulièrement au courant par téléphone. Il a même parlé au téléphone avec son fils.

Il a interrogé tous ses amis, parents, connaissances au pays et en France : des individus ordinaires, des musulmans, des marabouts, des devins-guérisseurs. Tous sont unanimes à dire qu'il faut que ce soit le père lui-même qui prenne l'affaire en main, qu'il aille le chercher afin de le conduire auprès d'un guérisseur. M. K. hésite entre des guérisseurs en France, au Mali ou en Arabie saoudite. Un des devins-guérisseurs parisiens consulté, un oncle de M. K., a obtenu une rémission par ses thérapeutiques à distance. Le téléphone a permis une liaison permanente entre Paris et le Sénégal.

J'ai accompagné régulièrement M. K. durant cette période, notamment dans la salle d'attente du médecin qui lui a prescrit un arrêt de travail « en raison » de son diabète. J'ai même téléphoné de la part de M. K. à son chef de garage pour lui expliquer la situation.

Le voyage de M. K. au Sénégal dure deux mois et il en revient avec ses deux fils aînés du premier lit. Le voyage du deuxième est justifié par une consultation médicale à Paris : quelques jours après les premières pertes de connaissance de Hamidou, il est tombé d'un arbre et s'est « fracturé » le bras. Aïssatou, la cadette des deux garçons, reste chez sa grand-mère maternelle : les quatre enfants du deuxième lit restent avec leur mère à Dakar, il y a des menaces de divorce dans l'air.

La première crise filmée

14 février 1992

19 h 05

M. K. raconte le voyage au Sénégal :

« On est arrivé à 21 h 30, l'heure du local. C'est M. Habibou Cissé qui est venu me rejoindre à l'aéroport avec la voiture, une 205 ¹³⁶ cinq portes de sa sœur Fatou Cissé [parenté éloignée]. Après, j'ai passé la nuit chez son papa, rue 11, angle 10 Médina Dakar. Et puis

¹³⁶ M. K. est chauffeur de véhicules de tourisme et de poids lourds.

le matin de bonne heure, 5 h, j'ai appelé un taxi pour qu'il m'amène à la gare routière Pompier, là j'ai pris un minicar Toyota... Non ! Peugeot, Mercedes, pardon ! Pour, destination de Bakel. Et puis on a quitté à Dakar, 9 h et quart. Le minicar, le pneu a crevé au moins trois fois en route, la première fois avant Saint-Louis, la deuxième avant Worosogi et la troisième entre Worosogi et Bakel. On est arrivé à Bakel à 6 h du matin, ça tombait le 11 janvier un samedi. Après, j'ai commandé un minicar Mercedes aussi pour J., 25 kilomètres. J'ai trouvé des passagers qui vont [allaient] à J., je ne connais pas leurs noms. À peu près quinze personnes. Je leur ai donné [le passage] gratuit, qu'ils me donnent leurs bénédictions surtout pour mon fils malade ¹³⁷. J'ai arrivé à 7 h du matin à notre village J. J'ai passé trois jours, non, six nuits à notre maison, après j'ai amené mon fils en Gambie. Avant d'y aller, j'ai été voir un voyant faynda. »

Le devin a pris 100 FCFA pour la consultation qui sert à indiquer le nom du devin-regardeur qui pourra soigner l'enfant. Temps essentiel de l'itinéraire diagnostique et thérapeutique, la consultation du devin-guérisseur qui ne soigne pas, mais confirme à grands traits le diagnostic de causalité, la vision de *djinns* et oriente sur un guérisseur spécialisé :

« Il m'a dit d'amener l'enfant à l'ancien Sabi — le village s'appelle Sabi l'ancien, pas le nouveau — pour aller voir un grand marabout qui s'appelle Kamo Suwaré. On a fait quatre nuits chez le grand marabout. On a trouvé qu'il a des groupes [électrogènes] là bas comme électricité. Il a une Mercedes grand modèle. Il a des salons. Il a des fauteuils. Il y a une mosquée dans la maison. C'est un professeur de coranique. Il soigne même aussi la maladie de diabétique, le diabète ¹³⁸. J'ai payé 50 000 CFA. Il a regardé la nuit [divination]. Il m'a donné un médicament ; j'ai bu ; j'ai eu la diarrhée, j'ai vomi en même temps [logique d'expulsion du mal qui est dans le corps : nettoyage purificateur de l'intérieur]. Toute la journée, je peux rien faire. C'est un médicament de la brousse, un arbre, mélangé... C'est très important [sérieux] d'aller chez ces marabouts, tu bois trois fois chez lui, le diabète [*sukar nyate* /sucre/maladie/] il va disparaître ¹³⁹. Il

¹³⁷ La mobilisation sociale autour de l'enfant malade, après avoir concerné la parentèle citée se poursuit par le don du transport gratuit une *sadaka* à des inconnus.

¹³⁸ M. K. a obtenu un congé de maladie en raison de son diabète. Ce diabète réel n'a pas été correctement exploré et le traitement n'a pas été ajusté en fonction de la personne.

¹³⁹ Toujours cette notion : une prise unique ou resserrée sur quelques jours, prolongée éventuellement par le port d'une amulette, empêche le retour de la

dit que tu ne dois pas boire de sucre. Il a soigné des parents déjà ! J'ai pris les médicaments pour amener ici, mais j'ai oublié mon sac à Bakel.

« Après, il nous a indiqué El Hadj Najiru Camara au village de Numeyel, en Gambie, à l'intérieur de la Gambie ¹⁴⁰. Nous avons pris une 404 bâchée pour aller à Base, une ville de Gambie. Alors, j'ai commandé une 404 bâchée pour Numuyel, le village du grand marabout de *djinns*, 10 000 CFA et le retour. Je suis arrivé là-bas, j'ai rencontré le marabout, la voiture s'est arrêtée devant sa maison. Il y a une personne qui m'a accueilli dans son salon : on a trouvé beaucoup de monde chez lui ! C'est comme le cabinet d'un docteur.

Q. — Avec des fauteuils ?

— Non, des tapis. Lui, il s'assied en bas du tapis. Quand notre tour est venu, il nous a fait rentrer. Il a dit d'expliquer comment la maladie est venue. On a bien expliqué. Il y a... ¹⁴¹ Vers 7 h du soir, Hamidou avec son frère Biranté, avec son cousin Fulabé [sa mère, cousine de M. K. s'appelle Koudjedji K2, elle est la fille de Fulabe K2, famille de K2 éloignée], ils jouaient devant la porte de la maison. Il y a un serpent ¹⁴² qui a mordu Hamidou. Après on a été chez quelqu'un qui peut soigner s'il y a quelqu'un mordu par le serpent. Il s'appelle Mamadou Mbay [habite à J., c'est un griot]. On a porté Hamidou avec la voiture de son oncle Mustapha Ba [grand frère même père et même mère que la femme de M. K. ¹⁴³, il a fait douze ans d'études en Arabie saoudite. Au Sénégal, il est professeur d'arabe et directeur d'école arabe] : il est à 10 kilomètres de J. Bien !

maladie, s'oppose à la médecine d'inspiration biomédicale des thérapeutiques au long cours.

¹⁴⁰ Ce deuxième devin-guérisseur, en fait le troisième dans la liste, oriente M. K. vers un confrère, encore plus loin. Le premier devin a identifié la morsure de serpent et reconnu la marque des *djinns* dans la perte de connaissance, le deuxième a indiqué le troisième en Gambie : le troisième indique le quatrième, toujours plus loin. Comme toute quête digne de son nom, il faut aller loin de chez soi en *terra incognita* trouver le sauveur.

¹⁴¹ M. K. répète les paroles qu'il a alors prononcées : cette histoire, il la raconte depuis l'annonce par téléphone à tous les parents, connaissances, compatriotes qu'il rencontre et notamment à Paris dans les foyers où habitent des pans entiers de villages.

¹⁴² Serpent non vu, morsure authentifiée par le premier guérisseur consulté.

¹⁴³ Première intervention du côté du matrilignage : rappelons que les deux époux descendent par leurs mères d'un même aïeul à trois générations.

Il l'a soigné. Après, depuis ce jour, à partir de 7 h du soir, il dit qu'il voit des diables. Entre 4 h et 6 h du matin, il dit qu'il voit des diables. Il dit qu'il a deux cornes [*bennu fili* /cornes/deux/], il a les pieds comme des pieds de bœuf : il dit qu'il a la queue. S'il rentre ici (dans l'algéco), il dit qu'il doit se prosterner (pencher) un peu, tellement il est long. Moi, j'ai expliqué : la personne, le *djinn*, il dit qu'il s'appelle Mamal Lamine Dramé, un grand marabout. Le deuxième, il dit qu'il s'appelle Souleymane Doukouré. Il dit que le troisième, il n'a pas bien vu ou pas bien dit son nom ¹⁴⁴. Attends ! Quand on a été voir le marabout, j'ai bien expliqué, comme je viens de t'expliquer là. Le marabout a dit qu'il va appeler les diables. Il dit que les diables est venu. Il fait comme ça avec les mains [regard fixe latéralement, gestes de flexion vers l'intérieur des doigts et des poignets ¹⁴⁵]. Il dit : « Ils vous écoutent, vous pouvez parler ». Il dit que le diable qui dit s'appeler Mamadou Lamine Dramé...

« ...Il [le *djinn* désigné jusque là du nom de ce personnage historique, grand musulman et ancêtre de Hamidou] s'appelle Mey Balu. La personne qui dit qu'il s'appelle Souleymane Doukouré, son nom n'est pas Souleymane Doukouré : il s'appelle Souley Ba. La personne que Hamidou dit qu'il n'a pas bien précisé le nom, il s'appelle Ri Hu. Il [le guérisseur de *djinn*s] dit que c'est des diables qui ne sont pas musulmans. Il dit qu'il a parlé avec eux. Il dit que mon fils n'a rien fait et puis il a vu son avenir. Ils lui ont mis cette maladie-là pour qu'il ne puisse pas avancer [progresser] à l'endroit où il devrait aller. Il dit qu'ils vont le laisser. Mais, jusqu'à présent, il n'y a rien qui change. Après, moi, je l'ai amené ici, parce que je connais un guérisseur de *djinn*s en Arabie saoudite, à Médine, pour l'amener là bas, pour voir. C'est pour ça que je suis venu avec. D'autres voyants ¹⁴⁶ ont dit que d'« autres » ont enterré quelque chose [pré-

¹⁴⁴ La description des *djinn*s va être par la suite fixée sur des dessins où on retrouve le trait pertinent du premier bonhomme dessiné, à savoir le regard latéralisé.

¹⁴⁵ Ce devin-guérisseur voit le monde non visible, peuplé de « diables », *djinn*s, esprits autochtones désignés sous le terme générique de *djinn*s non musulmans. Son pouvoir est tel qu'il est capable de convoquer les esprits. Son travail va consister à renommer ces esprits qui, malins, se sont présentés à l'enfant sous un faux nom. Ainsi, il trie les « bons », les musulmans, des « mauvais », les païens, plus difficilement contrôlables. Quand Hamidou après des centaines de crises guérira, il deviendra voyant et convoquera « ses » *djinn*s par la même technique.

¹⁴⁶ En fait, il devient quasi-impossible de compter les intervenants, « mineurs », néophytes, devins-guérisseurs, tant le père mobilise de monde autour des pertes de connaissance de son fils aîné.

paration maléfique] dans la maison pour Hamidou. J'ai téléphoné [du Sénégal] ici [à Paris à proximité du métro Voltaire]. Pour dire la parole exacte, [le rendez vous] c'est lundi prochain. Il va faire la voyance avec un enfant [technique divinatoire basée sur la triangulation avec un enfant « vierge » servant de médium]. Il s'appelle Diabe Kebe : il a dit qu'il fait le chapelet jusqu'à lundi [préparation à la technique de divination basée sur des récitations de prières comptées sur le chapelet], donc il n'est pas disponible. Il dira s'il peut être soigné en France, à Bamako ou en Arabie saoudite, si c'est quelque chose d'enterré ou s'il voit les *djinns*. » ¹⁴⁷

Je demande à M. K. de décrire la crise proprement dite.

« Ses yeux sont en train [regardent fixement latéralement] de regarder ici à droite, ici à gauche. Les pieds vont être glacés. Des fois, ça va durer dix minutes, trente minutes, une heure de temps. Après si les diables partent, il va se lever, il va dire qu'ils sont partis. Depuis [qu']on est arrivé en France, le 12 à 20 h, mercredi... »

19 h 55

Le gosse assis sur le lit qui nous fait face écoute attentivement, tandis que son père raconte son affaire : il se couche ostensiblement se couvrant d'une couverture, comme pour dormir.

A.E. « Qu'est-ce qu'il [le *djinn*] t'a dit ?

— Il a dit qu'ils l'ont suivi à Dakar : on a pris l'avion, là aussi il est venu ¹⁴⁸. Ça m'a étonné beaucoup. On ne sait pas si c'est une maladie de cornes ¹⁴⁹, quelqu'un pour [contre Hamidou] ou les *djinns*. »

20 h

M. K. appelle son fils qui présente son bras gauche asymétrique par rapport à l'autre, avec une limitation de la flexion. Il observe le premier dessin du *djinn* que Hamidou a entre-temps réalisé sur une page arrachée à un cahier d'écolier. Il commente de façon surprenante comme s'il forçait son fils à adhérer à une représentation socialement reconnue de *djinns* :

¹⁴⁷ Il s'agit encore de confirmer que l'enfant « voit » les diables et qu'il n'est pas la victime d'un « travail ».

¹⁴⁸ Les esprits forts, les devins-guérisseurs ne sont limités dans leur action ni par la distance ni par la mer. Par contre les sorciers-dévoreurs qui par définition appartiennent aux mêmes lignages que leur victime sont gênés par l'éloignement spatial.

¹⁴⁹ La corne est le support et/ou le contenant des projections maléfiques, en tant qu'objet agresseur ou qu'objet-bouclier actif.

« Il manque la queue. Le premier jour, il y avait trois diables et c'est un seul qui revient à chaque fois, il s'appelle Mey Balu. [Le deuxième], les musulmans disent Souleyman, les Français disent Salomon, les *djinn*s, ils disent Suley Ba. Ici, c'est un *djinn kufar* [païen]. Une fois depuis qu'il a commencé à voir Mey Balu, il a eu une maladie de palu. Ma mère a fait [faire] une piqûre. Lui, il a dit que son *djinn* ne veut pas une deuxième piqûre : « sinon ils vont me tuer ! » Une fois il [le *djinn*] a tapé sur sa tête. Pendant la crise il a pleuré, après, il a dit que Mey Balu l'a tapé avec le bâton.

Attends tout à l'heure ! [la prochaine crise] ¹⁵⁰ ».

Peu de temps après 21 h

Hamidou, sous le regard de mes troisièmes œil et oreille électroniques exécute une espèce de raptus désespéré vers un coin du lit parental où un *djinn* a pénétré et, terrassé, le haut du corps contenu par son père, le bas par sa mère tandis que le dernier-né hurle d'être séparé de sa mère, se débat en fixant toujours latéralement le *djinn* menaçant. Il s'agite encore lorsque son père récite et projette dans ses oreilles les vertus de la sourate coranique « les *djinn*s ». Il ne se calme pas non plus lorsque le père réalise une ablution de son visage avec la salive enchantée.

Par contre il reprend connaissance instantanément, lorsque brutalement, la lumière électrique, retombe en panne. Très tranquillement, il raconte ce qu'il a vu et annonce le retour du *djinn* pour le lendemain à la même heure.

M. K. raconte comment une crise précédente est survenue alors qu'avec son épouse il venait de partir inaugurer leur voiture, une R18 turbo achetée à un compatriote. Aussi M. K. répète à la cantonade qu'il n'est plus question que l'enfant reste seul avec ses frères et sœurs et qu'un des deux parents doit toujours être présent. Au cas où une crise surviendrait en son absence il ne faut pas que sa femme affaiblie par sa grossesse hésite à appeler un voisin à la rescousse.

¹⁵⁰ À mesure de l'évolution de la maladie, on verra chacun des *djinn*s jouer des rôles différenciés, tantôt discrets, tantôt agressifs. L'un d'eux viendra même avec une de ses filles « plus méchante » que lui.

Vendredi 3 juillet 1992

Deux ou trois guérisseurs ont été consultés jusqu'à ce que M. K. conduise son fils chez son parent Fodé D. : la rémission relative des crises de perte de connaissance durant l'été lui est attribuée.

L'acmé des crises

Lundi 14 septembre 1992

Dans le trois fois deux-pièces qui a été attribué à la famille K2 à Saint-Denis.

Les crises de Hamidou ont repris avec la rentrée scolaire. Du 27 juin au 8 septembre, elles avaient cessé. Ceci correspondait avec la prédiction et l'intervention de Fodé D. qui avait annoncé trois-quatre crises avant la disparition complète : il n'a pas été consulté à l'occasion de l'épisode actuel car il est actuellement à Dakar pour des affaires matrimoniales.

Les crises sont caractérisées à présent par des raptus de fuite, à tel point que le verrou de la porte d'entrée est fermé à clef. Elles ont lieu tous les jours à n'importe quelle heure, avec une prédilection pour la tombée de la nuit.

L'inquiétude des parents est telle qu'ils dorment dans le deux-pièces du premier étage délaissant leur chambre du deuxième ainsi que l'autre deux-pièces. Toute la famille, malgré l'espace disponible s'est resserrée dans le petit deux-pièces autour de l'enfant.

M. K. a demandé un congé sans solde d'un mois à son travail afin de conduire son fils au Mali chez un guérisseur de *djinn*. Cela n'a semble-t-il pas posé de problèmes du fait de sureffectifs, néanmoins, cela me paraît potentiellement dangereux, tant du point de vue des prestations sociales que du risque professionnel. Par ailleurs, l'enfant ne peut pas retourner en Afrique non guéri si on considère qu'un des facteurs déclenchant du processus est justement la dispersion du corps social et de la famille polygame, donc plurinucléaire dans l'espace.

Un guérisseur, Tidjani Kaba [: Diakité] a préparé une amulette coranique enveloppée dans du plastique à suspendre au cou : le *djinn* ne l'a pas supportée et l'a arrachée lors d'une crise de possession. L'élément nouveau est que le *djinn* n'annonce plus les horaires de ses prochains retours.

« Le diable est méchant, c'est tout ! »

Le coût du billet pour le Mali est loin d'être négligeable, 3 045 FF l'aller à Bamako, 2 930 le retour par Dakar. M. K. prévoit un séjour de trois ou quatre jours à J. Il suggère que nous voyagions ensemble. Il voudrait également passer chez le guérisseur-marabout de Gambie, décrit comme très riche (maisons construites, Mercedes blanche...) afin qu'il poursuive son traitement et le lave de son diabète : il cite le collègue qui le lui avait indiqué qui lui avait un diabète grave puisqu'il était obligé de se faire des piqûres : M. K. en parle au moment où il commence son petit déjeuner composé d'un comprimé antidiabétique, d'un café-quinquéliba sucré et d'un croissant que sa femme a été acheter en sus du pain des enfants.

14 h 50

La femme que nous avons été chercher en fin de matinée place des Fêtes, épouse d'un marabout descendant de Mamadou Lamine Dramé, marié à trois épouses et avec qui nous avons déjeuné d'un riz gras à la viande de mouton et au chou, transportait ostensiblement un sac plastique contenant du Synthol et une association de paracétamol, d'aspirine et de codéine. Elle s'est fait arracher une dent la semaine dernière. En fait, elle faisait partie du groupe de pèlerins que M. K. a accompagné à la Mecque : c'était son premier pèlerinage : elle porte par dessus son mouchoir de tête le long châle blanc léger insigne de son statut de El Hadj. Elle ne manque pas une seule prière au cours de la journée.

M. K. va passer une partie de son après-midi à lui raconter diverses choses dont ses aventures anciennes avec son ex-troisième épouse ¹⁵¹.

¹⁵¹ La famille logeait encore dans les deux algéco de la Porte d'Asnières. La nouvelle épouse à sa descente d'avion n'a pas voulu s'unir à M. K. Son attitude a été attribuée à un « travail maraboutique » commandé par un amoureux de cette jeune femme. Au bout de quelques temps M. K. et les parents de la jeune femme ont décidé de la renvoyer au pays. Ils l'ont conduite à

Ici encore, je constate l'importance des usages sociaux de la maladie : je ne perçois pas vraiment en quoi les *djinns* de Hamidou interfèrent avec des conflits internes au corps social : par contre, ils servent directement à justifier des aller et retour entre l'Afrique et la France. En effet la semaine précédente M. K. envisageait de se rendre en octobre au Mali afin de répondre à la « convocation » de son beau-père (le père de sa « troisième » épouse) qui l'en avait prié, vraisemblablement afin de lui proposer une épouse de remplacement. Je trouve que les visites du « diable » servent également les desseins du gamin, ce qui est fortement nié par M. K. lorsque j'évoque discrètement de troublantes coïncidences.

Au terme de cette journée, j'ai éprouvé un trouble devant la façon dont la maladie servait à gérer la vie individuelle et familiale : resserrement de la famille, tant durant le sommeil que durant la journée dans une seule (double) pièce, accomplissement des volontés du père et du fils : négation-ignorance des discours de causalité autres que ceux de la pensée traditionnelle, notamment à propos du diabète et des crises de possession.

Jeudi 1er octobre 1992 à Saint-Denis

M. K. m'a présenté une lettre écrite à l'attention de la consultation de T. Nathan à Bobigny, écrite par un médecin des services de l'action sanitaire et sociale de Saint-Denis. En effet les *djinns* refusant que Hamidou soit scolarisé, le directeur de l'école a convoqué le père et le fils. Les diables se sont saisis de Hamidou dans le bureau même du directeur qui a reçu un coup de pied.

L'assistante sociale de l'ARIL qui a rencontré N. Rezkallah a critiqué violemment ces ethnologues qui assistent et filment les crises et entretiennent ainsi la famille dans sa « folie » ! Il faut dire que M. K. avait rapporté mes documents vidéo en tant que preuve de la présence de *djinns* à Paris et de la réalité de la maladie.

Roissy où elle était censée s'embarquer dans un avion à destination de Bamako. Mais elle n'y est jamais parvenue. Depuis, sa présence a été signalée à diverses reprises dans des réseaux parisiens soninkés.

Ce jour, enregistrement vidéo à Saint-Denis dans le deux-pièces du premier étage de deux crises avec agression initiale de Seydou pour la première, de Habibou saisi et précipité sur un lit pour la deuxième¹⁵².

À la fin le corps de l'enfant est soigneusement oint par son père à l'aide du contenu de deux bouteilles versées par sa mère. Elles ont été préparées par un guérisseur d'Aulnay qui a entrepris de soigner le gosse.

Le corps de l'enfant est ceint au niveau de la taille par des cordelettes nouées données par la mère de M. K. Au cou pendent deux séries d'amulettes confectionnées par deux guérisseurs parisiens.

Une fois l'ablution terminée, la mère enflamme sur la plaque électrique un fragment de charbon de bois et le dépose rougeoyant sur un petit brûle parfum doré rapporté d'Arabie saoudite. Elle dispose un fragment d'encens donné par le guérisseur d'Aulnay et Hamidou vient inhaler et baigner son visage dans la fumée en se penchant quasiment au contact de l'encens.

La conversion des pertes de connaissance et le guérisseur d'Aulnay sous Bois

Dimanche 4 octobre 1992

M. K. me téléphone le soir tard me demandant de venir d'urgence, refusant dans un premier temps de me dire pourquoi. Puis il m'annonce que brusquement après une série de crises où Hamidou continuait à être terrifié par ses *djinns*, tantôt l'un, tantôt l'autre accompagné de sa fille encore plus méchante que lui, Hamidou est devenu voyant.

Arrivé chez lui, M. K. explique que, par une technique identique à celle du guérisseur de *djinns* de Gambie, Hamidou communique librement avec les *djinns*. Il est donc à présent devenu devin-guérisseur capable de lire le sens des événements passés, présents et à venir des personnes qui l'interrogent.

¹⁵² Fort inquiet de l'état de Hamidou, je bénéficierai durant cette période du soutien et des analyses de M.C. Ortigues, qui en particulier m'aide à définir mon rôle dans cette affaire.

Il attribue ce succès au dernier guérisseur consulté à Aulnay sous Bois. Ce résultat a également été acquis grâce à un des trois *djinnns* : celui qui est musulman a convaincu les deux autres de cesser d'importuner le gamin et de faire ce pourquoi ils étaient venus initialement. A savoir, lui offrir les secrets et les objets enchantés qu'ils avaient décidé de lui apporter initialement et qui lui permettront de réaliser le brillant avenir qui lui est promis.

Ils affirment que l'enfant ne doit plus suivre les cours de l'école française, mais seulement l'école coranique.

M. K. demande à Hamidou de me montrer comment il communique à présent à volonté avec ses esprits tutélaires. Il s'exécute, agitant horizontalement les doigts de ses mains tenues immobiles devant son abdomen, le regard fixe, latéral. Par contre lorsque je demande à le filmer dans cet état, il consulte ses esprits qui refusent.

Jeudi 8 octobre 1992

J'ai accompagné M. K., Nyamé et Hamidou chez le guérisseur d'Aulnay afin qu'il achève le traitement qui a été suivi de la conversion des pertes de connaissance de Hamidou.

Dans un HLM bas, au dernier étage, consultation divinatoire et remise de traitement dans le minuscule cagibi où est accroché en hauteur le cumulus électrique.

Divination par les cauris, face à un dispositif-autel complexe comprenant un poster de Sylvester Stallone à la région précordiale gauche recouverte de salissure évoquant des restes de médicaments voire de sang d'animaux sacrifiés. Au sein de ce dispositif, le guérisseur décroche un flacon constitué de deux flacons rectangulaires de parfum enserrés dans un bobinage de cordelette de coton filé artisanalement. Sur une feuille de papier blanc pliée en quatre qu'il a disposé à main droite au-dessus du van sur lequel il disperse rythmiquement les cauris, il dépose un peu du contenu d'un des flacons.

Quelque temps plus tard, après quelques passes de cauris commentées, il dépose au même endroit sur le papier plié un peu d'une substance noirâtre. Confirmant son propos, le mélange s'enflamme avec une grande lueur, bleutée (?), brû-

lant trois épaisseurs de papier. Je crois que le gamin est très impressionné : je n'arrive pas à savoir si M. K. l'est ou fait semblant.

Ce guérisseur est coûteux : il a déjà sacrifié deux moutons, a ordonné une *sadaka* (charité, aumône) d'un plat de riz et de poulets cuits à donner à des musulmans. À guérison il faut lui remettre 3 500 F. Une avance où j'ai vu figurer plusieurs billets de 100 et 200 F a été remise pour payer les moutons.

Le samedi 10 vers 22 heures, par téléphone

« Hier soir [vendredi], j'ai voulu te téléphoner. Seydou aussi, est devenu voyant. Hamidou lui a dit de monter [de s'isoler avec lui au deuxième étage]. [Les *djinns* ont dit], on va taper Seydou avant de lui montrer notre visage. Ils ont donné tous les secrets à Seydou. Seydou peut leur parler à n'importe quel moment. C'était à 16 heures du soir. Ils lui ont dit de laisser l'école française ¹⁵³. »

Le même soir à 23 h 45 à Saint-Denis

Dramé, le patron de M. K., est venu jeudi soir vers 21 h. Il est resté jusque vers 1 h du matin : c'est lui qui organise les pèlerinages à La Mecque. Il est le descendant de l'ancêtre sous l'identité duquel un des *djinns* s'était initialement présenté. Sa venue est une caution de la conversion des pertes de connaissance de Hamidou, puisqu'il est lui-même devin-guérisseur.

Hier soir, samedi, M. K. et Hamidou sont allés chez Fodé, le guérisseur parent qui habite également à Saint-Denis, pour lui faire également constater la conversion. Les *djinns* à présent vont laisser Seydou tranquille à cause de son maintien à l'école française durant encore un an : néanmoins, il pourra continuer à pouvoir

¹⁵³ Ce processus de « contamination » m'inquiète, même si l'élection du cadet Seydou par les *djinns* de l'aîné Hamidou est bénéfique au point de vue de la remise en harmonie des rapports cadet-aîné. Le petit Seydou à l'allure de poulbot parisien est correctement intégré dans le système scolaire autochtone. Un tel don de voyance chez un jeune enfant n'est guère crédible en dehors du système de référence et risque de faire l'objet d'une psychiatrisation abusive s'il vient à être connu.

Cela me conforte dans l'attitude que j'avais adopté dès le départ, à savoir ne montrer les images de *djinns* aux enfants : ce n'est pas à moi qu'il revient de leur enseigner la transe soninké.

communiquer avec eux s'il le désire. Par ailleurs, M. K. a eu beaucoup de problèmes avec sa voiture : le garagiste l'a « fait pleurer ».

Dimanche 11 octobre 1992
Chez le guérisseur d'Aulnay

Nous attendons longuement dans le salon que le guérisseur rentre de son travail : nous, c'est-à-dire M. K. et son fils, un homme aux traits émaciés avec une calotte blanche, trois clients hommes originaires d'Afrique du Nord, dont le chauffeur accompagnateur, plus un homme familier de la maison. Nous sommes rejoints dans la salle d'attente - salle de séjour - chambre, plus tardivement par un homme robuste, soninké, âgé d'une cinquantaine d'années, le chef couvert d'une calotte blanche en dentelle. Le lit recouvert d'un drap en entrant à droite est réservé aux femmes et aux enfants de la maison qui s'agitent sous les yeux des consultants. La première épouse est une très forte grande femme. Les enfants, surtout la grande fille, parlent français entre eux. Je compte deux nourrissons.

Avant d'arriver, M. K. m'a demandé s'il devait dire au guérisseur que les *djinn*s avaient dit à Hamidou de couper des amulettes fabriquées par ses soins, qu'il avait ordonné de suspendre à son cou. Arrachées lors d'une crise, ce qui est un gage de leur efficacité, elles sont à présent conservées dans le buffet de la pièce de séjour.

Lorsqu'enfin vient notre tour, vers 20 h le guérisseur, commence un discours, remarquablement traduit en quasi-simultané par M. K. : la dernière fois, il avait été très fâché de ma visite surprise non annoncée par M. K. Mais lui, il ne doit pas rester fâché parce qu'il possède une corne-fétiche (consacrée par du sang) qui lui permet de tuer les gens sans les toucher : il peut même en faire la démonstration sur un mouton. Il tempère la menace implicite contenue dans ses propos en disant qu'il a « vu » que j'étais quelqu'un de très bien, etc. Il se lance dans une longue explication autovalorisante de ses pouvoirs à propos d'une femme suivie depuis douze ans par un « docteur » parce qu'elle ne pouvait pas marcher : il l'a soignée essentiellement par une eau lustrale sur laquelle il avait soufflé une incantation et dont elle s'était oint les jambes. Aussitôt elle a marché et a même pu descendre l'escalier seule.

Lorsque la séance commence, il enduit la tête de Hamidou avec la graisse de karité que nous avons achetée avant de venir et dont les *djinn*s aiment l'odeur ¹⁵⁴ : il se saisit d'une petite corne (de mouton ?) qu'il agite rituellement sur la tête de Hamidou. Elle contient un corps dur mobile qu'il fait résonner comme un grelot. Il extrait de son « fouillis » des poudres végétales serrées dans des morceaux de tissu qu'il mélange au karité. Puis une autre poudre qu'il dépose dans une feuille de papier blanc.

À sa gauche le poster géant de l'acteur Rocky : hasard ou non de sa présence, symbole de force, d'invulnérabilité, de virilité (?). Ce d'autant que la région précordiale de la photo est également maculée.

Dans le dispositif rituel posé devant lui, le « fouillis », on discerne un billet de 200 F neuf, des bougies vierges, une ceinture plate neuve, un pagne-tissu blanc avec des écritures, un (des) pots notamment de pommade, un plateau de cuivre circulaire. Le flacon double de la dernière fois est accroché au mur, enduit me semble-t-il d'une substance ressemblant à du sang séché.

Que dire d'autre, sinon qu'il y a des écritures-graffitis d'enfants à gauche de la porte du cabinet de consultation ; qu'une marmite en aluminium est disposée devant le siège du consultant ce qui ne laisse pas beaucoup de place ; que le guérisseur est assis en tailleur ; que les ongles, longs, de ses mains sont soignés, que les différents espaces internes de la maisonnée sont protégés par des amulettes...

M. K. promet au guérisseur que si les médicaments qu'il remet en fin de consultation finissent de guérir son fils, ce n'est pas 3 500 F, mais 7 000, voire un voyage gratuit à La Mecque qu'il payera.

Il est convenu qu'en l'absence de M. K. qui ne renonce pas à son voyage en Afrique, les billets ayant été achetés, c'est moi qui conduirai Hamidou et le jeune frère de M. K., D., pour que ce dernier le rémunère. Pour l'instant, il n'est pas question de retour de Hamidou au Sénégal.

¹⁵⁴ La graisse obtenue en faisant bouillir des noyaux de fruits de karité est d'un usage traditionnel fréquent en cosmétique quotidienne après la toilette. Même purifiée, elle dégage une odeur caractéristique qui l'a fait rejeter au nom d'une modernité au profit de graisses manufacturées, par exemple la pommade Nivéa.

*Mardi 20 octobre 1992,
appartement familial de Saint-Denis*

« Il » (le *djinn*, le gosse, le père, la famille au pays) ne veut pas que Hamidou aille à l'école « française ».

Il a été envisagé que Hamidou suive les cours d'un maître coranique en province puis auprès de D. qui enseigne dans un foyer proche du cimetière du Père-Lachaise. Je sais que M. K. est conscient des problèmes légaux posés par la non-scolarisation de son fils s'il reste en France.

16 h 10

M. K. est absent. Je l'entends téléphoner à son fils Hamidou qui m'annonce qu'il ne va pas tarder.

Le départ au Mali est fixé pour vendredi à 23 h 59.

Hamidou finalement va voyager car la mère de M. K. a téléphoné. Elle même et la famille désirent voir l'enfant guéri pour être tranquilles. Par ailleurs D., le maître coranique d'Hamidou, doit partir à Abidjan pour deux mois pour visiter sa deuxième épouse. Aussi, il n'y aura pas d'enseignements et il sera toujours temps qu'Hamidou revienne en France à son retour, éventuellement si ses papiers sont prêts, avec le jeune frère de M. K. que ce dernier veut faire venir.

Lorsque M. K. arrive il m'informe qu'il a prévu dans l'après-midi de visiter avec Hamidou, son oncle Fodé, le devin-guérisseur de retour du Sénégal, qui a une « grippe ».

À la fin de la visite survient une scène prodigieuse d'un point de vue ethnocentrique, banale du point de vue autochtone. Fodé se tourne vers le gamin et lui demande s'il accepte de consulter ses *djinn*s pour lui. En effet, il désire savoir si ses projets de troisième mariage au Sénégal vont se réaliser. Hamidou tourne sa tête vers le mur, agite ses doigts horizontalement, la face interne des mains à hauteur de l'épigastre : il déclare qu'il n'y a pas de mal, que ses projets se réaliseront sans même avoir besoin de faire une *sadaka* (charité, aumône, offrande). J'assiste là, véritablement à la concrétisation de la reconnaissance sociale de la conversion des pertes de connaissance du gamin en « prise » de connaissance.

L'achèvement de la cure

Vendredi 23 octobre 1992, minuit

Tout à l'heure, avec le jeune frère même père, même mère de M. K., j'ai accompagné ce dernier et Hamidou à l'aéroport pour Bamako. M. K. a refusé que Seydou nous accompagne.

Hamidou une fois dans la voiture a été secoué de longs sanglots, rappelé à son statut de grand par les deux hommes.

Vendredi 6 novembre 1992

M. K. est en Afrique avec son fils et téléphone régulièrement pour donner des nouvelles.

En début de semaine, Nyamé Ba m'a appelé pour me demander quand je pourrai l'accompagner à Aulnay. Arrivé chez elle vers 8 h 30, nous attendons jusque vers 9 h 30. En attendant nous bavardons de choses et d'autres tandis que Habibou le dernier-né dort.

J'apprends que les allocations familiales, de l'ordre de 5 300 F mensuels depuis l'inscription de Biranté lui sont versées indépendamment de son mari sur un livret de caisse d'épargne. Ce compte, sur lequel M. K. a une procuration, vient d'être vidé à la fois pour les dépenses ordinaires et pour compléter la rémunération du guérisseur d'Aulnay.

Je recopie les notes inscrites sur le calendrier mural. Depuis le début de l'affaire je le suis régulièrement car des événements important concernant la famille y sont régulièrement inscrits : y compris les crises de Hamidou.

« 17 juillet, Halima ; 4 août, Sylvie, Madame Nicole,
ARIL 48 07 07 34 ; 12 août, médicament Daouda Diaw ; 17 août,
Modi, tel Diawara, femme de Djibi a accouché ; mardi 8 et mercredi
9 septembre : Hamidou est tombé le 8 et le 9 ; jeudi 10 septembre :
5 mn ; vendredi 11 : Hamidou tombe de 14 h 55 à 17 h 15 = 2 h 10 ;
samedi 12 septembre ; de 20 h 30 à 20 h 40 ; dimanche
13 septembre : tombe ; mercredi 16 septembre : Hamidou tombe

22 h 10 22 h 15. Crises également les jeudi 17 septembre, vendredi 18 septembre, samedi 19 septembre... »

Tandis que je recopie les informations relatives aux crises de Hamidou (et Seydou), Nyamé va réveiller Habibou qui dormait au-dessus.

Périphérique, autoroute du nord, direction Aulnay, sortie Aulnay Z.I., direction quartier des Roses ou du Vent, je ne sais plus. Bref, guidés par Nyamé, pourtant illettrée, nous retrouvons sans peine le chemin.

Ascenseur, quatrième étage et demi, cinquième étage, sonnette, pièce de séjour avec la télévision allumée sur la Une. Les trois épouses du guérisseur sont installées au salon, chacune s'occupant de son dernier-né. Habibou et une petite fille de trois ans s'observent sans jouer ensemble.

Tandis que nous attendons, moi dans le canapé défoncé à la même place que les fois précédentes, les deux femmes assises sur le lit en entrant à droite, très réservées, bavardent avec les épouses du guérisseur, surtout avec celle que je suppose être la première parce que la plus âgée, très grande, très grosse, le visage parcouru de balafres ethniques. La conversation porte d'abord longuement sur leurs villages d'origine puis Mme Traore de s'enquérir des moyens de transport pour venir ici à pied : train jusqu'à la gare d'Aulnay, puis bus.

Au bout d'une petite heure, le guérisseur arrive, accompagné d'un autre homme. Tout en nous saluant, en m'appelant chaleureusement « Docteur Alain », il gagne, une canne et un attaché-case à la main, la pièce qui s'ouvre dans l'angle de la salle de séjour à côté de la télévision puis en ressort quelques instants plus tard les mains vides. Il se dirige alors vers le fond de l'appartement, là où est installé son cabinet-cagibi.

Quelques instants plus tard, Nyamé se lève et me dit de la suivre. Nous gagnons le cagibi du fond du couloir avec Habibou. Nyamé s'installe dans le fauteuil : au moment où je vais fermer la porte, après avoir laissé mon sac derrière la porte, une des épouses du guérisseur me tend une chaise que j'essaye de refuser mais en vain.

Installé en hauteur, j'ai un point de vue plongeant sur mon hôte et la place du rituel qui me dérange. Avec ou sans caméra je m'efforce toujours d'être légèrement en dessous du regard de mes interlocuteurs. J'observe le lieu, m'efforçant de mémoriser des détails nouveaux ou passés inaperçus. Nyamé me heurte la main

avec son rouleau de billet qu'elle me demande ainsi silencieusement de prendre. Je suis content, honoré et en même temps gêné de ce témoignage de confiance et d'intégration dans le processus. Je suis à la fois le témoin et en quelque sorte une caution d'un processus sur lequel je n'ai pas grande prise.

Habibou me prend le rouleau des mains et joue avec pour finir par le donner au guérisseur qui le jette négligemment sur le tas d'objets disparates situé devant lui, c'est-à-dire à ma droite. Symboliquement, je suis content d'avoir été témoin de la remise de l'argent, mais pas confondu avec celui qui remet l'argent. En termes de communication non verbale, face à des locuteurs attentifs, j'ai laissé le « hasard », la main d'un enfant remettre au guérisseur le fruit de son travail. En n'oubliant pas que si nous n'avions pas remis la somme, le guérisseur aurait été en droit d'utiliser son alliance avec ses génies tutélaires pour faire revenir la maladie sur Hamidou.

Je note que le poster de Rocky est toujours en place sur la cloison située à la gauche du guérisseur, avec la région précordiale souillée, de la même façon d'ailleurs que les cloisons de la pièce. Une mallette d'homme d'affaires est appuyée contre le mur au bas de la photo. Le fameux flacon double aux produits détonants est toujours suspendu à la même place. Éléments nouveaux, une bande étroite de cotonnade blanche tissée artisanalement accrochée au même mur que la photo et des œufs dans le tas d'objet placé devant lui, là où la dernière fois figurait un paquet de bougies neuves : on y aperçoit également un tissu blanc de manufacture industriel avec des écritures arabes.

Tandis qu'il parle, le guérisseur manipule un recueil de formules islamiques. Il a préparé à l'attention de Nyamé divers paquets de substances végétales ainsi qu'une cordelette de cotonnade blanche nouée sur laquelle est enfilée par la pointe transpercée une petite corne noire. Comme les fois précédentes, il se saisit d'un morceau de papier blanc sur lequel il dépose une pincée de poudre végétale extraite d'un sachet plastique lui-même contenu dans un sac en plastique. Puis il le plie soigneusement et l'attache soigneusement d'un fil de laine (?) rouge. Au fur et à mesure que des paquets sont préparés destinés à neutraliser les agressions des « diables », il les remet à Nyamé qui les garde en main.

Un enregistrement vidéographique me manque terriblement pour reconstituer précisément ce qui s'est passé et les discours au cours desquelles j'ai été pris à

témoin à plusieurs reprises en français. À un moment le guérisseur évoque son savoir qui lui a été transmis par héritage patrilinéaire et non pas par des études. Très didactique à mon égard, il explique en français en désignant un paquet enveloppé de papier blanc, qu'il contient une préparation qui permet à un mari d'éliminer l'amant de sa femme. Pour ce faire il doit prendre un morceau du balai traditionnel de son épouse et l'enterrer sous le seuil de sa chambre après l'avoir enduit de graisse de karité et mélangé aux plantes contenues dans le paquet. Puis, il doit appeler son épouse infidèle et la faire passer au-dessus du talisman. L'amant sera aussitôt saisi et, geste de la main indiquant soit une impuissance totale soit une régression du pénis, n'échappera à la mort qu'en venant confesser sa faute au mari.

Finalement, il redonne à Nyamé le paquet de billets qu'elle recompte devant lui et lui remet : je n'ai pas joué mon rôle, puisque c'est à moi qu'il revenait, je crois, de payer en accompagnant mes propos de paroles lénifiantes à l'égard du devin-guérisseur.

La consultation étant finie, je glisse la main hors du cagibi, et me saisis de mon sac que j'avais laissé derrière la porte. J'étale la collection de cornes magiques que j'avais préparé à mon bureau la veille. Après les avoir détaillées, je lui demande la différence entre des cornes gainées de peau de reptile et les autres : il les examine et commence à les distinguer selon qu'il s'agit de cornes de mouton ou de chèvre.

Une corne d'antilope attire visiblement son attention.

Celles qui ont été l'objet d'une fabrication, si j'ose dire « typée ethniquement », sont définies comme « bambara » : il affirme que les Bambaras sont les plus puissants en matière de connaissances, et que toutes les cornes sont à l'origine d'inspiration bambara. Le savoir bambara en tant qu'archétype d'un savoir magique africain.

« Ce sont les Bambaras les plus forts en Afrique... Ils ne se « lavaient » pas... Ils mangeaient du singe [chien ?]. »

En d'autres termes des gens définis en opposition aux valeurs fondamentales de l'islam qui impose des toilettes rituelles répétées et fixe des interdits alimentaires, relatifs notamment aux singes : sans parler du chien.

Il exprime le vœu, ainsi que je l'avais suggéré la fois précédente, de me visiter à mon bureau. Nous convenons qu'à mon retour de Centrafrique, je passerai le chercher en voiture avec M. K.

Je sors de la pièce après en avoir extirpé la chaise, Habibou dans les bras, et regagne ma place dans le salon indiquant à Mme Traore de me succéder. Pendant qu'elle consulte assistée de Nyamé, je joue avec Habibou et la petite fille de trois ans encore réservée. Celle que je suppose être la première épouse sort de la pièce en me demandant de surveiller son bébé de trois mois endormi sur un des lits. Au bout d'une vingtaine de minutes, les deux femmes réapparaissent et se réinstallent à la même place que précédemment. Le guérisseur, illettré, se saisit d'une enveloppe vide posée sur la télévision et me demande de la lire à haute voix afin de vérifier que son adresse y figure bien puis la remet à Mme Traore. Nous prenons congé.

En cours de route, Mme Traore, impressionnée par mon étalage de cornes magiques et informée par Nyamé de mes connaissances en « savoirs » africains, me demande mes tarifs de consultation. Je me défile en indiquant que hormis les *sadaka*, c'est gratuit, mais que moi, j'ai besoin de séjourner dans la maison de mes clients !

J'essaye discrètement de savoir ce qui c'est passé durant la consultation, discrètement puisque je suis censé « deviner » les motifs de consultation. J'apprends que tout va bien, mais qu'une *sadaka* d'un mouton à 800 ou 600 F (?) a été prescrite, à gérer par le guérisseur lui-même. La divination à base de manipulation de cauris a coûté 200 F.

Mardi 30 décembre 1992, Saint-Denis

M. K. est rentré depuis quelques jours d'Afrique. Hamidou est retourné au village, à J., chez sa grand-mère paternelle.

Passage à l'improviste vers 18 h 30. Je suis accueilli très chaleureusement par les enfants, surtout Habibou. Awa dort. Nyamé est en train de partager une bouteille de Cola et me tend aussitôt un verre que je partage avec Habibou juché sur mes genoux. M. K. est au travail et ne rentrera pas avant 23 h. Nyamé a toujours l'idée de faire venir sa mère qui souffre de maux de ventre, mais le projet n'a pas

avancé. En ce qui concerne Hamidou, il est resté au pays où il suivra l'école arabe. Avant d'arriver au village, à Kita au Mali, les diables lui sont apparus et lui ont dit que durant les deux années à venir où il suivrait l'école coranique ils le laisseraient tranquilles : après ils reviendraient pour lui donner quelque chose.

Lundi 4 janvier 1993, 9 h 30
(notes rédigées a posteriori le 6 janvier)

La porte donnant sur la rue est ouverte. Je frappe en vain au premier étage. Au moment où je m'apprête à partir, M. K. sort nu, un pagne attaché à la va-vite autour des reins. Il me dit de m'installer dans l'appartement du deuxième qui sert de chambre aux enfants et de l'attendre. Je repère une amulette carrée « gainée » dans du papier collant, collée au-dessus du seuil d'entrée.

Les gamins ont laissé la chambre en désordre. Désordre relatif du fait du nombre limité d'objets : deux lits de camp avec des matelas, des couvertures, mais pas de draps, quelques vêtements ; la télévision et le magnétoscope au pied des lits : un paquet de biscuits entamés ; une bouteille de jus d'oranges de deux litres contenant de l'eau dans laquelle macèrent des racines d'*Andropogon gayanus* ; sur un renforcement du mur, au-dessus de la cage d'escalier, près de la fenêtre, un flacon plein d'encens et le brûle parfum rapporté d'Arabie saoudite, le même que celui qui avait servi à fumer Hamidou lors de ses crises.

M. K. finit par arriver vêtu. Nous nous saluons avec effusions, avec un plaisir que je crois réciproque. M. K. est rentré le 19 décembre. Il commence immédiatement un récit de son voyage.

Au Mali, il a consulté deux guérisseurs car il n'était pas « certain » de la guérison de son fils¹⁵⁵. Pour se rendre chez le premier du côté de Ségou, il a affrété un véhicule pour 40 000 CFA (800 F). Pour se rendre chez le deuxième du côté de Kita (?), la location du véhicule a coûté 10 000 CFA : en cours de route, il avait retrouvé son frère même père, même mère, S., venu à sa rencontre. Chez le guérisseur de Kita, plus de quarante personnes attendaient « comme dans la salle

¹⁵⁵ De mon point de vue, afin de consolider la reconnaissance de l'état de voyance de son fils aîné et de ne pas banaliser son retour au village.

d'attente d'un docteur ». Il a fait ôter ses lunettes noires ¹⁵⁶ à Hamidou pour examiner ses yeux et a affirmé qu'il était effectivement guéri, qu'il serait quelqu'un d'important plus tard et qu'il (ils ?) pouvait être rassuré.

Bilan provisoire (novembre 1993)

Hamidou, l'aîné du couple fondateur de l'unité domestique polygame est né en France et y a été élevé jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans. Ensuite, il a été « adopté » ainsi que son cadet par la mère de son père et a vécu au village au contact de la parentèle et notamment des enfants de la coépouse de sa mère.

En novembre 1991, il ressent une violente douleur entre le premier et le deuxième orteil de son pied droit (?) en jouant avec ses « camarades » à proximité de la maison à la tombée de la nuit. Conduit chez un guérisseur, celui-ci diagnostique une morsure de serpent qu'il guérit par extraction symbolique du mal. Il n'est plus fait référence à cette morsure de serpent par la suite, bien qu'elle puisse à mon sens être considérée comme le facteur déclenchant des crises de Hamidou :

- d'un point de vue autochtone où le serpent est un être potentiellement intermédiaire entre le monde des humains et celui des esprits ;
- d'un point de vue psychologique en tant qu'événement particulièrement angoissant.

Le lendemain soir à la nuit tombée, l'enfant a sa première « prise de connaissance » avec les *djinnns*. Les crises vont se succéder avec à chaque fois communication de messages par les *djinnns* et annonce du moment de survenue de la prochaine crise. Le facteur déclenchant des crises est soit très (trop) évident (école, absence des parents, conflits avec les frères ou d'autres enfants...), soit le plus souvent difficile à préciser.

Le père informé par téléphone finit par venir chercher son fils, le conduit chez un premier voyant de *djinnns* qui précise l'identité des trois *djinnns* et renvoie pour la cure vers un thérapeute spécialisé. Le père ramène son enfant en France avec

¹⁵⁶ C'est moi qui intentionnellement les lui ai offertes, à la fois afin qu'il puisse « frimer » à sa convenance et en même temps pour « protéger » son regard...

l'ambition de le conduire chez un guérisseur de *djinn*s à Médine en Arabie saoudite : ceci permet d'emblée d'envisager l'usage social de la maladie en tant qu'outil de promotion sociale ou d'apprentissage professionnel dans des professions relatives au champs de la pourvoyance médicale. Les crises surviennent alors par salves entrecoupées d'espaces vides faisant croire à la rémission ou à la guérison due à l'intervention du dernier guérisseur sollicité. Le travail du père, soutenu par son épouse, consolide la reconnaissance sociale de cette intrusion de *djinn*s dans le corps social élargi, tant au pays qu'en région parisienne. Des causalités autres que les *djinn*s, mettant en cause des interventions de membres de ce corps social, sont vigoureusement éliminées.

Le statut de l'enfant concerné, aîné et héritier du patrilignage, confié et élevé par la mère du père, donne immédiatement à entendre des convulsions du corps social désarticulé dans l'espace et dans les transformations du monde, différentes au village, à Dakar, dans les foyers collectifs, dans les logements de célibataires de familles en France.

Le comportement de l'enfant qui s'est installé d'emblée dans un système d'expression culturellement cohérent d'une souffrance donne à voir un mode de communication, basé sur une triangulation entre la famille, le monde des *djinn*s et lui même : triangulation dont il est le carrefour obligé à la fois en tant qu'enfant et en tant que garçon aîné du premier lit et donc porteur de l'héritage patrilinéaire.

Hamidou, sitôt de retour au village, est parti récolter du coton avec sa belle bicyclette. Il a été en brousse avec son père découvrir le secret que les *djinn*s avaient dissimulé à son attention. Il a abandonné l'école « publique » et suit les enseignements d'un maître coranique. Il écrit, téléphone parfois pour donner des nouvelles. A chaque fois, il dit qu'il écrit pour demander des nouvelles et saluer : suit alors l'énumération du corps social auquel il s'adresse, chaque membre d'une unité résidentielle étant cité un par un, et dans un ordre hiérarchico-affectif. À la fin il ne reste de la place que pour dire que quant à lui sa santé est bonne. Même au plus fort de ses pertes (de ses prises) de connaissance à Paris, il écrivait ainsi au pays, disant qu'il allait bien.

Cette affaire nous donne à voir au travers des convulsions d'un gamin, les convulsions d'un corps social éclaté non seulement par la migration, mais par les réussites et les échecs individuels de ses membres. Au travers d'un enfant déchiré entre son statut valorisé d'aîné de lignée patrilinéaire demeuré au pays et son statut d'enfant « confié » au patrilignage, nourri par sa grand-mère paternelle. L'enfant est la victime de la régulation de tensions entre les grands constituants du corps social : patrilignage, matrilignage, esprits tutélaires, voisins, amis, ennemis... disséminés entre la France et l'Afrique, à peine entrevue dans cette étude.

La clinique des pertes de connaissance a, du début jusqu'à la fin, renvoyé au même diagnostic de causalité : l'intrusion-inclusion de l'univers des *djinn*s dans celui d'un préadolescent aîné de sa fratrie. Il faut souligner combien cette intrusion a été « contaminante » puisqu'elle a atteint également un cadet de la fratrie et comment l'identification des événements constituant la trame de la séquence du malheur ne contient aucun événement atteignant d'autres membres du corps social. Le diabète du père est une maladie autonome. La morsure de serpent de l'aîné, la chute de l'arbre du cadet sont considérées comme de simples accidents ne nécessitant pas de recherche du sens. La maladie de la grand-mère maternelle suit son propre cours, complexe, mais qui n'est pas rattaché aux événements intéressant les enfants de son beau-fils. Les heurs et malheurs du logement de la famille sont attribués à la conjoncture économique et politique française : de même pour les incarcérations fréquentes du frère de la mère de Hamidou en situation irrégulière en France. Le troisième mariage manqué du père est interprété en termes de « travail » réalisé sur le corps de la jeune femme, mais pas sur celui du futur mari. Les pannes successives de la voiture ne sont pas interprétées dans une pensée magique...

En d'autres termes, la « maîtrise de la séquence du mal-heur » relative aux crises de Hamidou n'emploie aucun modèle explicatif mettant en cause d'autres acteurs que les *djinn*s, l'enfant et deux de ses frères nés le jour des *djinn*s. Par contre la cure mobilise un nombre considérable d'intervenants, dont de très nombreux parents.

Pourtant les quelques événements cités ci-dessus, auraient également pu être l'objet d'une recherche de sens aboutissant à une théorie persécutive interhumaine mettant en cause par exemple les agissements malfaisants de voisins ou parents jaloux au Sénégal ou la sorcellerie de lignages matrilinéaires : faut-il préciser que

M. K. et la mère de Hamidou s'entendent bien et que, somme toute, tout va bien pour la famille parisienne. Le ménage a un revenu correct doublé à présent par les allocations familiales et les diverses prestations sociales et ils ont obtenu un vaste logement ; il n'y a eu ces dernières années, ni deuils, ni maladies graves d'êtres proches...

Je reste ébahi d'avoir vu fonctionner ce principe bien connu en anthropologie sociale et culturelle qui amène un individu « malade » à acquérir par la guérison le don de soigner ceux qui seront atteints par la même maladie : ce qui était de fait prévisible depuis le début, à partir du moment où le père annonçait qu'il voulait conduire son fils à Médine, s'est réalisé.

Il est tentant d'attribuer le succès de cette cure au père, qui, en gérant formidablement divers intervenants, (dont l'« ethnologue-médecin-guérisseur ¹⁵⁷ »), a réussi à faire passer son fils aîné d'un statut de possédé passif en possédé actif. Ce faisant il a transmis précocement à son héritier séparé par la migration une fraction des pouvoirs hérités de ses ancêtres que lui-même ne possède pas.

L'enfant est guéri et le corps social a été soigné et le sera par cet enfant « voyant ».

Références bibliographiques

Epelboin A.

1990 *L'Ayd el Khébir sous le signe du saturnisme. Errances anthropologiques autour d'un « squatt familial », 67 rue des Vignoles, Paris XXème (13 juillet 1989, 29 juin et 2 juillet 1990), Doc multigraph. 56 p.*

¹⁵⁷ Quelque temps après avoir reconduit son fils guéri au Sénégal, M. K. reprend à une petite échelle ses activités de guérisseur d'inspiration islamique. Il insiste alors pour que je lui enseigne une des techniques de divination que j'ai apprise lors de mes voyages en Afrique.

Epelboin A., Hames C.

1993 A propos d'objets enchantés trouvés dans l'ordure de Dakar-Pikine (République du Sénégal), in : M.P. Ferry (éd.), *L'Afrique d'une société savante*, Société des Africanistes, pp. 69-71.

Hames C., Epelboin A.

1993 Trois vêtements talismaniques en arabe provenant du Sénégal (décharge à ordures de Dakar-Pikine), *Sciences occultes en Islam, Bulletin d'études orientales de l'Institut français d'études arabes de Damas*, n° spécial, mai 1993.

SOIGNER AU PLURIEL.

Essais sur le pluralisme médical.

Quatrième partie : Choisir ou concilier

Chapitre XVI

Rencontres thérapeutiques dans l'Inde méridionale ou l'art d'élaborer une médecine *masala* dans les stratégies de soins

Par Frédéric Bourdier

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Il semblerait que dans la pensée indienne, une logique similaire se retrouve dans les variations du code alimentaire d'une part, et d'autre part dans la quête d'une meilleure santé. Les épices transforment le goût de la nourriture et enrichissent ses vertus, tout comme une pratique médicale interfère avec une autre et lui passe le relais pour constituer une médecine à tendance exhaustive. À ce titre, on ne peut manquer de penser au terme *masala* qui désigne un mélange d'épices, de condiments et de plantes, utilisé quotidiennement dans l'alimentation du sud de l'Inde. Toutes les femmes connaissent l'art d'allier, de doser suivant un ordre hiérarchique précis les divers ingrédients qui composent et parfument les préparations culinaires. Mais la saveur ne représente pas l'unique finalité de cette association de produits. Car si l'on regarde de plus près, on s'aperçoit très vite de la grande variabilité du choix en fonction de la saison, du climat, de l'âge, de l'activité physique et psychique de la personne, de son état de santé général, mais

aussi du calendrier hindou et de l'importance religieuse accordée à la notion de pureté. Ainsi, la nourriture devient sujette à un constant réajustement, et chaque famille possède le secret de recettes particulières dont il est souvent difficile de discerner l'usage strictement alimentaire d'un usage médical. La médecine populaire se définirait comme une « cuisine améliorée », serait-on tenté de dire.

Mais au-delà de cette confection du *masala* à partir d'éléments comestibles, il existe une pratique courante plus élaborée et tout aussi prégnante qui traite de la combinaison des soins médicaux.

Force est alors de constater que les logiques des stratégies de recours obéissent en grande partie à cette capacité de l'esprit à construire, élaborer des ensembles structurés à partir d'événements issus de l'expérience de vie quotidienne (Lévi-Strauss 1962 : 3-47). En d'autres termes, ce que nous nommons « logiques plurielles » serait, dans le contexte que nous évoquons ici, une forme de logique résultant de l'effet synergique de plusieurs autres, opérant chacune à des niveaux divers qui se confrontent et se recoupent en un ensemble cohérent. L'analyse de ce processus aide alors à mieux comprendre la démarche thérapeutique des villageois. L'apparente incohérence, aux yeux de l'observateur extérieur, illustre alors surtout la difficulté pour lui d'accepter une pensée qui « fabrique autrement ».

Une région, des villages, plusieurs médecines

Situé au sud-est de la péninsule indienne, le Pays Tamoul représente l'épicentre de la culture dravidienne. À son extrémité nord-ouest, la province de Coimbatore, appelée traditionnellement le *Kongunad*, se caractérise par son originalité géographique, historique, culturelle et plus récemment économique grâce au développement industriel et au dynamisme de la ville de Coimbatore. Au-delà de ces traits qui en font une région tout à fait à part, sa localisation au carrefour de trois régions lui confère une vocation de passage, d'accueil, d'échange et de brassage inter-ethnique. Les paysans installés dans l'hinterland proviennent d'horizons disparates : une partie d'entre eux sont natifs des états voisins du Kérala, du Karnataka et des régions limitrophes du Tamil Nadu, d'autres sont originaires des contrées côtières de l'Andhra Pradesh tandis qu'une minorité tribale retransmise aux abords des collines serait les descendants des premiers habitants des

plaines et des montagnes *Nilghiris*. Même si les raisons qui ont drainé ces peuples relèvent de circonstances historiques parfois lointaines, la quasi-totalité d'entre eux conservent leur écriture, leurs règles de parenté, leurs modes de pensée et leurs traditions relatives à la santé, ainsi que leurs propres manières de se soigner. Aussi, dans un village multicasé de 2 000 habitants, n'est-il pas rare d'entendre parler trois ou quatre langues même si tout le monde connaît plus ou moins le tamoul et quelques uns l'anglais. À la diversité ethnique et géographique, s'ajoute la différenciation d'une caste à une autre. Certaines règles, certaines manières de faire varient suivant la position hiérarchique, le statut, la fonction inhérente à la communauté (barbier *navithar*, agriculteur *vellala*, prêtre *brahmane*...) et les conditions de vie qui en découlent.

Notre cercle d'observation s'inscrit dans ce cadre composite : une zone aride où ne parviennent que les ersatz de la mousson mais dont les contraintes édaphiques n'empêchent pas l'existence d'un milieu rural densément peuplé, et relativement prospère à l'échelle indienne, gravitant autour d'une des grandes métropoles modernes de l'Inde du sud. L'essor socio-économique que connaissent les campagnes adjacentes tient pour une large part au développement d'une industrie diversifiée dont les ateliers de sous-traitance pénètrent jusque dans les moindres hameaux. Il tient également à la banalisation d'une multitude de projets ruraux, le plus souvent intégrés, censés améliorer les divers pôles de la société, y compris la santé et l'éducation.

En dépit de ces interventions, la santé reste un des problèmes cruciaux des populations défavorisées. Pourtant, à la précarité de la situation sanitaire, correspond une couverture de soins relativement uniforme dans laquelle les villageois disposent d'une diversité remarquable de recours thérapeutiques. En ce qui concerne les systèmes médicaux, citons la biomédecine, l'homéopathie, certains reliquats d'une ethnomédecine chez les *Irular* et les autres populations aborigènes, ainsi que deux des trois grandes médecines classiques indiennes ¹⁵⁸, l'ayurvéda et le siddha.

L'ayurvéda, représentée dans l'ensemble du sous-continent indien, s'affirme à la fois en tant que médecine reposant sur la théorie des humeurs et comme systè-

¹⁵⁸ Dans l'hinterland de Coimbatore, on relève l'absence quasi-totale de la troisième, la *tibb-unani*, pratiquée par les musulmans.

me philosophique possédant une conception originale de la vie, de la mort, de l'homme et de son corps et dont les valeurs sont empruntées à la tradition brahmanique orthodoxe.

Le siddha (ou le savoir détenu par les sages nommés *cittar*) dépeint un système médical spécifiquement dravidien reposant sur de vieux écrits rédigés en tamoul ancien ¹⁵⁹. Le praticien du siddha se présente à la fois comme un alchimiste, un érudit, voire un ascète qui se montre capable d'acquérir des pouvoirs extraordinaires par sa maîtrise de la matière et sa connaissance ésotérique. Schématiquement, l'idée dominante est que la nature et l'homme ne faisant qu'un (évocation du microcosme et du macrocosme), celui qui connaît les secrets de la première connaîtra les secrets du second. L'expert versé dans la science des *cittar* attribue une importance particulière à un certain nombre de « centres » (*chakras*) localisés dans le corps « subtil ». Cette distinction entre corps matériel et corps immatériel implique une représentation originale de l'anatomie et de la physiologie prenant en compte l'existence de « vaisseaux » (*nadi*) parcourant le corps entier. La maladie relève alors d'une mauvaise circulation de l'énergie vitale au travers de ces *nadi* qui relient les *chakras*, d'où l'importance du contrôle du souffle, de l'inspiration et de l'expiration, par les techniques de *pranayama* et de *hata-yoga*. La prise du pouls est l'aspect primordial du diagnostic car elle permet de sonder et d'évaluer les flux d'énergie. Il s'agit d'une technique très élaborée, qui s'acquiert au prix d'une longue expérience pratique, et qui permet de connaître les types et le mode de respiration, de déceler les points obstrués et les circonstances d'apparition d'une mauvaise circulation de l'énergie dans le corps. Si la thérapeutique varie suivant la gravité de l'affection, la spécificité du siddha réside, outre l'usage des plantes, dans l'usage extrêmement complexe et délicat des minéraux, des métaux et des poisons (*navarasam*), notamment le mercure considéré comme une panacée.

Cependant de moins en moins de médecins, se réclamant de l'ayurvéda ou du siddha, continuent d'exercer dans la partie rurale de la province de Coimbatore. Certes, les pratiques de certains guérisseurs ne sont pas exemptes de références similaires à celles des doctrines classiques, mais les acquis de ces praticiens de

¹⁵⁹ Mais dont les origines demeurent obscures et sujettes à controverse en raison de la disparition d'un bon nombre de traités. Le compendium de Thirumullar (un des dix-huit « *cittar* » fondateurs) serait à ce jour le plus ancien texte.

village ressortent principalement d'un savoir empirique, parfois héréditaire, où se mêlent les croyances magiques et religieuses, l'apprentissage des plantes locales et les techniques de sustentation. Il apparaît d'ailleurs révélateur qu'une partie de la population, y compris les guérisseurs, ignore jusqu'aux termes vernaculaires de *siddha-vaydia* et d'*ayurveda*. L'officialisation de ces médecines classiques a généré la distinction entre deux types de praticiens du siddha, d'ailleurs en conflit déclaré : ceux, rares, qui possèdent une connaissance héréditaire et se conforment à la « pure » tradition, tout en incorporant éventuellement l'homéopathie, et ceux qui ont appris la science des *cittar* dans un des deux collèges médicaux du Pays Tamoul où elle est légalement enseignée. Insidieusement, l'image du jeune diplômé, véritable professionnel en col blanc issu d'un milieu urbain et aisé, recevant à heures fixes dans un cabinet identique à celui de son confrère MBBS (diplômé de biomédecine) et travaillant dans des conditions similaires (médicaments manufacturés, nature du paiement, ordonnance) tend à se substituer à celle de plus en plus surannée du praticien villageois partant secrètement dans la forêt cueillir ses ingrédients, les préparant dans son officine avant de recevoir ses patients durant de longs moments.

Face à l'implantation et à l'institutionnalisation de la biomédecine en milieu rural en tant que système médical dominant, tant par le réseau public dont les infrastructures sont omniprésentes (un dispensaire pour 5 000 habitants et un PHC pour 25 000) que par le réseau privé qui ne cesse de s'accroître, le siddha et l'ayurveda se présentent désormais comme des thérapies alternatives, douces, naturelles et sans danger, et le plus généralement spécialisées envers certaines pathologies que la médecine de type occidental traite peu ou encore mal (maladies de la peau, paralysies, affections chroniques...). Simultanément, alors que la compacité du réseau de soins de santé primaires et la banalisation de l'assistance médicale gratuite facilitent considérablement l'accès à la biomédecine en milieu rural, on constate un glissement des médecines classiques indiennes vers la ville, leurs spécialistes ayant tendance à s'installer le plus près possible de Coimbatore, et à rechercher une clientèle urbaine aisée, éduquée et « attentive » aux spéculations de cette tradition savante.

Cependant le cloisonnement médical ne s'avère pas aussi rigoureux dans la pratique, et les interférences sont monnaie courante si l'on constate que nombre de praticiens, bien que se présentant sous l'égide d'une médecine particulière,

reconnaissent utiliser plusieurs modes de thérapies. Ce peut être l'homéopathe prescrivant des piqûres ou le médecin MBBS qui recommande en catimini un remède ayurvédique contre l'hépatite et qui, d'une manière générale, conseille des régimes alimentaires reposant sur les principes de la théorie humorale. Déjà on voit poindre l'idée banale, mais intéressante pour la suite de notre démonstration, que bon nombre de praticiens trouvent judicieux de prendre ce qu'il y a de mieux dans chaque médecine afin d'élaborer une thérapie particulière adaptée à une pathologie spécifique et surtout à la nature de la demande qui s'avère moins une requête envers une médecine particulière qu'une sollicitation envers une efficacité perçue comme telle.

Par-delà ce foisonnement médical abondant, fort diversifié et proposant des solutions apparemment contradictoires mais en fait complémentaires, les villageois disposent d'un large éventail d'autres recours, si on y ajoute les cultes religieux, les pratiques d'automédication reposant sur les pharmacopées locales et les règles d'ajustement de la nourriture dictées par le code alimentaire hindou, sans compter l'engouement récent pour un vaste ensemble de médicaments populaires incluant des produits manufacturés, des baumes et des embrocations, des fortifiants et des toniques (très appréciés) et des conseils en tout genre promus par la publicité, les médias et les programmes d'action socio-sanitaires. Toutefois dans les villages, les formes de recours les plus directement accessibles et les plus courantes restent, outre l'automédication par la nourriture ou par le médicament moderne, celles auprès des prêtres religieux (*pusari*), des danseurs possédés (*kodagu*), des astrologues (*mandreekar*) et des divers types de guérisseurs qui sont pour la plupart des spécialistes d'un petit nombre de maladies. Ces intervenants sont considérés, pour reprendre la terminologie populaire, comme les *protecteurs* de la maison et du village, de la lignée et de la caste contre les émanations du mal (puissances surnaturelles, sorciers, adeptes du tantrisme...).

Ces guérisseurs (*vaidyar*) s'érigent en détenteurs privilégiés d'un pouvoir révélé, donc sacré. Rares sont ceux qui affirment détenir comme bagage unique un savoir purement technique ou bien une connaissance approfondie des minéraux et des plantes. En réalité, les processus de guérison adoptés par ces tradipraticiens passent rarement par l'absorption d'un remède traditionnel ou d'une plante médicinale (*muligai*) mais plutôt par l'accomplissement de rituels parfois complexes destinés à réinstaurer les liens entre le malade, sa famille, ses ancêtres et les divi-

nités envers lesquelles le corps social est censé prêter allégeance ¹⁶⁰. Il est d'usage d'entendre dire que ce n'est pas le guérisseur qui soigne mais la divinité qui agit par son truchement. Cet intercesseur bénéficie d'un pouvoir (*cakti*) et d'une connaissance initiatique qui lui permettent d'entrer en contact avec des puissances qui dépassent le commun des mortels au moyen de rituels secrets, songes, interprétations de symboles, récitations de paroles sacrées (*mantra*)... Son activité s'avère donc à la fois vaste en ce qui concerne le champ d'investigation qu'il entend englober mais paradoxalement restreint quant à la pharmacopée et aux méthodes utilisées. Parmi ces tradipraticiens, les rebouteux, les guérisseurs de serpents, les spécialistes des insuffisances respiratoires, les guérisseurs *saravangu* (arthrites...), les experts en maladie *kamalai* (affections modifiant le teint de la peau : jaunisse, avitaminose A...), les désenvouteurs et ceux qui traitent les maladies infantiles sont les principaux représentants de cette médecine populaire villageoise.

Tous les temples hindous ont une vocation thérapeutique et sont des lieux de passage indispensables pour le recouvrement définitif d'une meilleure santé. On serait tenté d'affirmer d'emblée que chaque temple (*kovil*) est un point potentiel de visite et de pèlerinage où l'on sollicite la divinité soit pour l'obtention individuelle d'une guérison, soit pour prévenir ou éradiquer une série de maux lors de cérémonies collectives où se déroulent de véritables rituels à visée prophylactique. C'est le cas de la marche sur le feu qui consiste d'une part à remercier la déesse protectrice du village pour un vœu de santé exaucé (*nertikkalam*) et d'autre part à accepter une souffrance de quelques instants en vue de prévenir un malheur possible. Citons également les processions annuelles dédiées à la déesse *Mariamman* ¹⁶¹, celle qui envoie le choléra, la variole, les affections contagieuses, dont les festivités monopolisent l'ensemble de la population et au cours desquelles l'impureté et tout ce qui engendre le désordre sont symboliquement chassés et refoulés en dehors des limites de l'espace villageois. Car l'existence de la maladie

¹⁶⁰ Mais peut-être l'usage banalisé du médicament commercialisé (y compris par les tradipraticiens) et la difficulté croissante à se procurer la matière première dans la nature constituent-ils autant de facteurs de changement, impliquant, en dehors d'un contrôle plus ou moins strict de l'alimentation quotidienne, un délaissement de nombreuses médications empiriques.

¹⁶¹ Déesse redoutée et vénérée, que l'on invoque lors des catastrophes et des malheurs.

tire son origine d'un compromis entre les hommes et les divinités qu'ils vénèrent. À cet égard, plusieurs mythes racontés dans les villages mettent en rapport l'apparition des maux du corps et de l'esprit avec la fin du chaos originel : alors que le désordre régnait sur terre, les hommes, par des rituels appropriés, parvinrent à convaincre les dieux d'intervenir ; en échange la société humaine s'engageait à leur vouer des cultes réguliers ; et chaque fois qu'elle manquerait à son devoir, le malheur et les calamités s'abattaient sur elle. La maladie donnée aux hommes représente donc l'aspect complémentaire du rétablissement du monde par les dieux.

Toutefois, si religion et santé se mêlent en tout lieu et en tout temps de la vie quotidienne, il existe certains emplacements et certains moments où l'efficacité thérapeutique s'affirme davantage. Deux catégories de lieux méritent d'être distinguées. Les premiers sont les petits temples visibles dans chaque village et associés à des divinités mineures. Les dieux supérieurs sont trop éloignés du commun des mortels et de leurs préoccupations : certes ils fragilisent, réduisent les « défenses immunitaires » ou au contraire les renforcent mais n'interviennent pas directement dans l'attribution des maladies. Par contre, les dieux inférieurs octroient certaines affections et infligent tout un ensemble de punitions par la maladie. Ils sont identifiés à un territoire, en général celui d'un groupe social déterminé, et ont pour fonction de gérer tout au long du cycle annuel, les séquences de l'heur et du malheur de la société humaine qui leur dédie un culte. Ces divinités participent à l'ordre du monde tout en ayant une position ambivalente : de défenseurs contre les maladies, les épidémies, la stérilité, les conflits familiaux et les pertes de récolte, elles peuvent en devenir les instigateurs si les villageois négligent les offrandes et les sacrifices. Viennent en second lieu les temples et les sites sacrés dont la notoriété dépasse les limites d'un ensemble de villages, si ce n'est de la région. Leur célébrité ne renvoie pas à un type de divinité particulier ; ils peuvent émaner soit du panthéon de l'orthodoxie hindoue (mais aussi d'une église chrétienne, d'une mosquée musulmane), soit d'une mythologie locale évoquant les exploits d'une divinité mineure et dont on vient solliciter le pouvoir d'intercéder pour recouvrer le bien-être physique, la chance et le bonheur, trois notions intimement liées dans la conception locale de la santé.

Autour de Coimbatore, ce sont *Ayianar*, à la fois le maître des démons et le dieu bienveillant et providentiel, représenté par un cheval, et surtout les sept dées-

ses de village (*gramadevatas*) qui veillent sur l'espace habité. Celui qui sait conquérir leur faveur, se garantit d'une protection contre les esprits inférieurs, les âmes errantes (*pey-pisasu*) et autres esprits vengeurs (*muni* et *jadamuni*) qui hantent les abords du périmètre villageois et infligent de nombreux déboires et souffrances aux être humains.

Prenons l'exemple de la *kumbabishegam* de Kovilpalayam à laquelle nous avons assisté, qui se déroule tous les douze ans et où il s'agit de régénérer la déesse, et à travers elle, la société villageoise. Bien d'autres fêtes religieuses intègrent la santé dans leur dessein en effectuant en grande pompe des sacrifices visant à la préservation ou à l'obtention d'une guérison. Ainsi, lors du festival annuel organisé par la communauté des *vanniyar*, les villageois viennent assister en masse au *darshan* ¹⁶² de la divinité et participer à la remise des offrandes qui vont lui être présentées. Principaux moteurs de cette grande fête populaire, les danseurs possédés disséminés çà et là dans la foule s'agitent et dansent. Possédés, ils deviennent *arul* : la grâce divine pénètre en eux, puis s'exprime par leur parole qui acquiert le pouvoir d'efficace d'un *mantra*. Les spectateurs intéressés se dirigent alors librement vers un possédé *kodagu*, vers celui qu'ils considèrent comme un bon oracle, et lui demandent chacun à leur tour le *kuri* ¹⁶³. Lors de ces consultations semi-privées où chacun entend les doléances de l'autre, on demande la guérison d'un malade, l'exorcisme d'un esprit téméraire où la résolution d'un problème concret (naissance espérée d'un garçon, doute sur l'avenir, négoce en faillite...). Le *kodagu* explique la cause du mal, raconte brièvement les circonstances de sa venue, puis récite des paroles secrètes et propose les remèdes envisageables.

La dimension religieuse ne se polarise pas uniquement sur les pratiques qui se déroulent dans les temples ou autour d'un culte : les praticiens du siddha écoutent attentivement le discours des patients relatant l'histoire de leur possession par les esprits des morts (*pey*) ; quelques institutions de la biomédecine intègrent des éléments du sacré, à l'image de cet hôpital chrétien qui aménage en son sein un sanctuaire afin que les familles des malades puissent accomplir leurs actes de dévotion, quelle que soit leur religion. De même, ce médecin pédiatre d'une clinique rurale qui, selon la tradition hindoue, fait déchausser ses patients et placarde au-

¹⁶² « Bienfait » que l'on peut tirer de la vue ou de la présence d'un être supérieur.

¹⁶³ Pratique divinatoire exercée lors d'une cérémonie collective.

dessus de son bureau l'iconographie de *Dhanvanthari*, le dieu de la médecine ayurvédique et une effigie de *Bogar*, un des propagateurs de la théorie du siddha. Une illustration particulièrement frappante de cette *fusion* médicale se retrouve chez ce guérisseur *vellala* autodidacte qui, loin de représenter un cas unique, atteste utiliser toutes sortes de thérapies et médicaments proposés par les différents systèmes médicaux. En cas de morsure d'un serpent dangereux, il utilisera des injections d'atropine, en les entrecoupant de récitation de mantras et de techniques d'extraction du poison relevant du *siddha*. Il agence son cabinet à la manière d'un temple, avec un sanctuaire dédié à *Shiva*. Lorsque le patient y pénètre, il se doit d'adopter une attitude de dévot. Hindouisme et prise de médicaments sont ici indissociables : le praticien, porteur des marques religieuses et vêtu en prêtre officiant (*samiar*), accomplira une brève offrande (*puja*) avant d'administrer une piqûre à base d'antibiotique au moyen d'une seringue hypodermique ornée de l'insigne shivaïste. Dans ce cas, le prix de la consultation ne constitue pas un paiement en soi, mais un *dakshana* : une compensation, un remerciement en espèces ou en nature que le patient offre à la divinité ou à celui qui agit en son nom.

La multiplicité des disponibilités médicales ne peut faire présumer ni leur égale distribution ni une richesse thérapeutique à la portée de tous. Pourtant le réseau de la biomédecine est *a priori* omniprésent, et bien achalandé en stock de médicaments, en matériel et en personnel, autant dans le secteur public, avec la gratuité des services, que dans le secteur privé, en pleine expansion dans les bourgades rayonnant autour du noyau urbain. Or si l'accès généralisé à la médecine cosmopolite ¹⁶⁴ reste encore à démontrer, que ce soit pour des raisons économiques, sociales, culturelles, géographiques ou autres, il n'en reste pas moins que ces mêmes contraintes n'épargnent pas les autres modes de recours. Car dans le milieu rural coimbatorien, les médecines traditionnelles ne sont pas nécessairement faciles d'accès, meilleur marché et plus intégrées dans le tissu social que la médecine moderne. Plus encore, la conception de la majorité des villageois, tend à indiquer qu'aucune médecine ne s'avère suffisante en elle-même pour rétablir dans son ensemble l'ordre troublé par la pathologie. Le patient recherche moins une forme de recours particulier qu'une solution efficace, abordable (socialement, économiquement...) et en conformité avec la totalité insécable de la maladie. Le

¹⁶⁴ Désigne la biomédecine, selon la terminologie employée par Leslie (1976).

décorticage minutieux des itinéraires thérapeutiques peut donner accès aux logiques dominantes qui orientent le choix des soins de santé.

De quelques fondements des logiques de recours

La prise en compte des catégories et des valeurs propres à la pensée hindoue permet de mieux comprendre l'enchaînement des comportements en matière de santé.

Lorsqu'on interroge des villageois sur l'efficacité présumée d'un médicament, d'une plante médicinale ou d'une pratique, la réponse la plus fréquente est que l'action du traitement dépend de la constitution de la personne, que tout le monde ne réagit pas de la même manière, et qu'une pratique efficace sur quelqu'un ne l'est pas forcément sur un autre. Les villageois évoquent également l'accoutumance progressive du corps de la personne à l'absorption d'une substance, le bienfait de la régularité dans le mode de vie, et les vertus d'un apprentissage lent et méthodique envers toutes formes de recours thérapeutique. Nombreux sont les parents qui affirment ne pas prescrire d'emblée de médicaments « fortes » aux enfants en bas âge, qu'il s'agisse de remèdes injectables ou de produits réputés puissants de la pharmacopée du *siddha*, car ils n'y sont pas physiquement préparés alors qu'un adulte, avec les expériences de vaccinations répétées et l'adaptation progressive à la biomédecine, les supportera beaucoup mieux et y sera davantage sensible. De même, les tradipraticiens estiment que ceux qui utilisent de façon systématique les pilules achetées dans les *drugstores*, perdent à la longue leur réceptivité envers les plantes traditionnellement utilisées. Toujours dans cet ordre d'idées, un changement brusque dans l'alimentation, dans l'activité physique et par extension dans les relations sociales équivaut à une altération possible de l'équilibre de la personne et constitue une porte d'entrée pour la maladie. C'est pourquoi un paysan habitué à boire l'eau de son puits et à manger la nourriture préparée par son épouse, invoquera le risque encouru pour sa santé quand il se retrouvera exceptionnellement à prendre son repas dans une gargote quelconque ou à boire de l'eau ailleurs que chez lui ; tout comme un incident imprévu (dispute, contrariété...) se répercutera également sur la psyché de l'individu et l'affaiblira en lui ôtant une part de ses immunités acquises.

On retrouve à travers ces exemples les conceptions fondamentales de la *prakriti*, identifiée au principe femelle (elle-même animée par le *purusha* correspondant au principe mâle) et de son complément, l'*abhiyasa*. L'un signifie l'immuable et l'autre le transformable. Le premier équivaut à la substance primordiale, la matière originelle, ce d'où émanent toutes choses matérielles en ce monde ¹⁶⁵. Cette *prakriti* est le capital que l'individu possède à sa naissance, sa constitution, et ce qui va lui conférer ses prédispositions, tandis que l'*abhiyasa*, qui se traduirait par l'habitude, correspondrait à ce que l'individu acquiert graduellement par son mode de vie, son apprentissage ¹⁶⁶. C'est ainsi qu'il faut comprendre les réflexions des villageois stipulant qu'une médecine n'a guère d'effets *durables* sur quelqu'un qui la teste pour la première fois. De manière équivalente, un MBBS de Coimbatore voulut en 1990 expérimenter ponctuellement des pratiques d'acupuncture dans une clinique rurale destinée aux populations tribales, ce qui provoqua le tollé des habitants des alentours : outre la nouvelle conception du corps que cela impliquait, une technique importée si brutalement et si momentanément semblait pour le moins incongrue car les patients n'auraient pas le temps de s'y adapter...

La portée du concept d'*abhiyasa* est patente quand on observe l'apprentissage thérapeutique que subissent les nourrissons. Une mère, dans son rôle d'initiatrice, habitue progressivement son enfant aux médicaments de la biomédecine, tout comme elle l'initie jour après jour aux nouveaux aliments solides et à la cuisine relevée. Tout changement radical peut entraîner un danger : de la même manière qu'un sevrage brutal peut s'avérer lourd de conséquences, les familles considèrent qu'il ne faut pas brusquer un nouveau-né et qu'une initiation lente à tout ce qu'il absorbe relève de l'indispensable ¹⁶⁷. À l'inverse, les jeunes enfants reçoivent jusqu'à l'âge de deux ans en priorité des soins, curatifs et surtout préventifs, à base de produits naturels car ces derniers renforcent l'organisme tout en ne susci-

¹⁶⁵ Pour plus de détails sur ces conceptions philosophiques, voir Walker 1983 : 233-236 et 263, Ghosh 1989, Biardeau 1972.

¹⁶⁶ À notre connaissance, un seul auteur aurait entrevu l'importance de ces concepts sur la perception du corps, de la santé et de la maladie. Voir Nichter 1980.

¹⁶⁷ Autour de Coimbatore, les ayurvédistes et les praticiens du siddha ne manquent pas de rappeler cette règle fondamentale lorsqu'ils conseillent des pratiques de sustentation. Voir aussi Gupta 1982.

tant aucune action violente sur le corps d'un être considéré comme fragile. À l'autre extrême, les personnes âgées qui conservent un attachement avec les médecines traditionnelles mentionnent l'accroissement de leur efficacité dans la mesure où, tout au long de leur vie, leur corps s'est habitué à réagir envers leurs médications.

La spécificité de la personne, l'adaptation et la familiarité envers une médecine particulière forment donc un ensemble de critères essentiels dans la décision de recours. Un tel phénomène, loin de s'élaborer au hasard, est l'expression cohérente et concrète d'un principe fondamental inhérent à la pensée hindoue ¹⁶⁸. Ces référents, qui filtrent les informations relatives à la gestion de la santé, doivent être complétées par la prise en considération des humeurs (*guna*), et en particulier par les notions de *kuliccita/juram* qui en découlent. Ces catégories vernaculaires sont traduisibles par refroidissant/échauffant ou plus communément par froid/chaud. Ce mode de classification, qui puise sa source dans la théorie humorale des médecines classiques indiennes, sert à cataloguer les denrées solides et liquides en fonction de leur propriété d'action sur l'organisme humain et sur son métabolisme. Notons qu'il ne s'agit nullement de la température, de la couleur ou de l'aspect des aliments. Ces propriétés concernent aussi bien les médications traditionnelles (liniments, plantes, minéraux, poisons) que les modernes (remèdes manufacturés), et elles s'utilisent autant pour définir un état (surmenage, colère, douleur...) qu'un rapport à la pureté religieuse (chasteté, pollution rituelle, souillure grave...). À cet égard, les premières questions que se posent les villageois malades consistent à s'interroger sur le régime adapté au regard du traitement médical imposé et sur le type de nourriture qu'il convient d'éviter. De plus, le patient, conseillé par son entourage, prend en considération une somme de facteurs comprenant entre autres les exigences liées à l'âge, à l'activité quotidienne, au climat, à la constitution corporelle et aux habitudes de vie (*prakriti* et *abhiyasa*). L'attribution des critères échauffant/refroidissant devient alors complexe car il n'existe pas de catégories prédéterminées qui intégreraient l'ensemble des variables. Cette forme de logique, où le particulier l'emporte sur le général, s'oppose à la conception d'un régime ou d'un remède identiques pour toutes les personnes

¹⁶⁸ Il s'agit là d'un exemple remarquable illustrant la continuité entre l'orthodoxie classique et la tradition populaire. Voir Zimmerman 1978 : 97-103, Zimmerman 1982 : 3-11.

atteintes d'une même pathologie car cette homogénéité ne tiendrait pas compte des spécificités du malade. D'une manière significative, il s'agirait d'une des raisons justifiant l'existence d'une méfiance non dissimulée vis-à-vis des médicaments distribués dans les centres publics de soins de santé primaires : les pilules, toutes blanches, pour des motifs de fabrication standardisée, semblent toutes les mêmes, et donc non appropriées à une thérapie holistique, alors que celles que prescrit la médecine libérale fournissent une mosaïque de couleurs, perçue comme une preuve manifeste de leurs propriétés diversifiées.

La nourriture joue également un rôle d'adjuvant. Elle fait partie de la catégorie des *anupanam*, c'est-à-dire de ces substances qui facilitent la prise d'une médication, qu'il s'agisse d'une plante ou d'un remède moderne. Cette fonction de renforcement se retrouve aussi bien dans la médecine du *siddha* (Thas 1984) que dans les pratiques populaires couramment utilisées autour de Coimbatore et dans d'autres provinces de l'Inde (Nichter 1980 : 227-229). Un cas révélateur montre que la composition du *rasam*, bouillon poivré qui se mélange avec le riz (spécificité de la cuisine tamoule), se fait en fonction de la prescription médicale et de la nature de l'affection. Par exemple, lors d'un violent coup de froid ou d'un mal de gorge, une décoction de *Solanum tuberosum* (*thudu valai*) est préparée ; elle est mélangée à un *rasam* particulier, très relevé et composé de quatre ou cinq ingrédients censés activer les propriétés de la plante. Parfois, plus qu'un simple complément, les aliments et les épices augmentent et valident l'effet de l'élément de base de la médication. Cette complémentarité occupe une place si fondamentale que de nombreux villageois affirment que la drogue principale n'est rien sans ce qui l'accompagne. Il est intéressant de remarquer que les produits de la biomédecine ne s'écartent pas de cette règle. Lorsqu'on se rend dans un hôpital à l'heure du repas pour observer la façon dont procèdent les familles au chevet de leurs malades, il est frappant de noter le soin que chacune met pour confectionner à tout prix certains plats « adaptés », pour ajouter dans l'estomac du convalescent qui du turmeric, qui du gingembre, qui de l'éléusine après l'administration quotidienne de médicaments.

La différenciation chaud/froid demeure la plus prégnante, même si les dichotomies supérieur/inférieur, végétarien/non végétarien et sec/humide entrent occasionnellement en compte dans le choix des aliments lors de la gestion de la mala-

die ¹⁶⁹. Dans la médecine populaire indienne, le corps doit se maintenir dans un état d'équilibre et pour cela, il doit entretenir la stabilité des trois humeurs principales qui sont la bile ou *vatta*, le flegme ou *pitta*, le vent ou *kapha*. Toute thérapie préventive et curative s'efforcera de compenser les défauts ou les excès susceptibles de déséquilibrer l'organisme. Cela signifie qu'une injection, perçue comme chaude en raison de sa puissance et de son effet immédiat, équivaut à un supplément qu'il convient, chez un vieillard, de tempérer par des aliments froids tels que le pain de mie, le lait et le cumin. Cette logique fonctionne aussi dans l'autre sens, et certains états d'impureté religieuse sont assimilés métaphoriquement à ce qui est chaud ; ainsi la plupart des femmes au moment de leurs règles avouaient leur réticence à accepter une piqûre, étant donné l'accumulation extraordinaire de « chaud » que cela impliquerait. Il faut y ajouter la croyance répandue que certains médicaments sont plus forts que d'autres, notamment ceux de la biomédecine par opposition aux plantes traditionnelles. À cet égard, il est commun d'entendre dire que la prise répétée d'antibiotiques risque, à terme, de rendre inefficace les produits issus de la pharmacopée populaire.

Bien entendu, le régime alimentaire préconisé par la tradition risque d'être en décalage avec celui recommandé par les docteurs MBBS et les agents de santé qui tentent de faire passer les messages de l'éducation nutritionnelle. Il en va de même pour certains soins du corps. Par exemple les paysans originaires du sud du Tamil Nadu attestent que le sorgho annihile l'effet des médications, que l'huile de ricin fait office de puissant purgatif ne nécessitant aucune posologie et que le bain d'huile prolongé et fréquent (à base de sésame) ravive les tissus de la peau et la protège des chaleurs du climat tropical, autant de vertus couramment démenties par les représentants de la médecine moderne. Comme chacun des protagonistes suit sa propre logique, scientifique d'un côté et en conformité avec une conception du corps et des relations avec le milieu environnant de l'autre côté, il en ressort une interprétation tronquée, voire une incompréhension, de l'explication que fournit l'un à l'autre, lorsque dans le meilleur des cas un dialogue s'instaure. Dans cette rencontre, les villageois, pour qui ces contradictions ne sont pas insurmontables, s'en sortent mieux en raison de leur capacité d'assimiler des éléments nouveaux et extérieurs, et de leur habileté à manipuler le *masala* aussi bien en cuisine qu'en médecine. Les pratiques thérapeutiques introduites par la biomédecine sont

¹⁶⁹ Ce point est développé dans un article précédent (Bourdier 1992).

absorbées et ré-interprétées en fonction de leurs catégories propres : depuis le paracétamol utilisé contre la fièvre et dont l'action est assimilée à un effet « chaud », en passant par les vitamines distribuées aux femmes enceintes, jusqu'aux fioles de *vicks* contre les rhumes et angines, considérées comme étant froids. Il s'ensuit un certain compromis dans l'harmonie des trois humeurs et la prise de médicaments locaux ou allopathiques, eux-mêmes porteurs de représentations. La confection d'une médecine aux ingrédients multiples prend progressivement forme...

L'enquêteur qui cherche à dénouer l'écheveau des itinéraires thérapeutiques, reste frappé par la redondance du discours des villageois, des multiples réflexions gravitant autour des principes de devoir, de destinée et de conformité envers un ordre établi. Ces thèmes peuvent se regrouper sous le concept de *dharma* signifiant, entre autres, le respect envers un mode de vie dont le contenu varie en fonction de la caste, de la naissance et du statut de l'individu (Dumont 1966, Mees 1935). Toutefois, ces perceptions relatives à la vie et à la mort ne doivent pas venir alimenter les opinions, trop fréquemment répandues, qui affligent les Indiens d'un fatalisme indéracinable, d'une croyance en un destin irrémédiable et d'un attachement aveugle à la religion servant de support pour justifier la misère et la maladie. Mais à partir du moment où la mort ne constitue pas en soi une fin, la crainte de son échéance et les tentatives effrénées pour la repousser ne sont pas l'objectif ultime de l'individu. Moins qu'une acceptation passive connotée d'une certaine résignation, ces conceptions impliquent plutôt une manière d'aborder la maladie et son aboutissement avec sérénité et un certain détachement, ou tout au moins d'adopter une attitude pondérée empêchant de chavirer dans l'excès inverse qui aboutirait à l'acharnement thérapeutique. Plus encore, la mort est vécue comme le passage d'un état contraignant engendrant le malheur (il faut remplir certains devoirs à tout prix, accepter une relation d'allégeance envers des puissances supérieures) à un relatif état de paix et de reconnaissance une fois que le défunt rejoint le monde des ancêtres.

Tout observateur attentif sait combien les notions si souvent galvaudées de destin, de vie et de mort, recouvrent des valeurs induisant elles-mêmes des comportements particuliers face à la santé. En effet, chaque villageois a une idée assez précise de l'ontogénie de l'être humain, même si cette conception revêt une forme simplifiée dans son énonciation. Le développement de la personne n'a ni com-

mencement ni fin. Elle tire ses origines d'une substance transmise par les ancêtres, qu'elle conserve tout au long de sa vie et qu'elle transmettra elle-même au-delà de sa propre mort. Le passage sur terre s'inscrit alors dans une certaine continuité : assurer sa progéniture pour perpétuer la filiation ¹⁷⁰, remplir son devoir familial et parvenir à assumer la survie matérielle de ses proches sont les trois principaux devoirs qui incombent à chaque adulte. Parmi les épreuves qui parsèment le cours de la vie, et qui sont donc des obstacles potentiels à la bonne réalisation du *dharma*, l'irruption de la maladie est l'une des plus menaçantes. Celle qui rend infirme, en infligeant à l'homme une incapacité physique (ou morale) et l'empêche de vaquer à ses tâches quotidiennes, pouvant réduire à néant son travail, est synonyme de désordre. Or une telle perturbation a une profonde signification sociale, et l'objectif premier des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques sera de réorganiser ce désordre induit dans et autour du malade.

Lorsqu'un enfant tombe soudainement dans un état léthargique et ne montre guère d'amélioration au bout de plusieurs jours, ou si un adulte est terrassé par une fièvre pernicieuse, une attitude courante est de consulter un astrologue ou un devin qui se chargera d'identifier l'épisode morbide, cherchera la cause de sa venue, et évaluera son acuité. Cet itinéraire diagnostique peut se poursuivre par une visite chez un médecin mais dans la plupart des cas il s'agit en priorité de déceler le mal introduit dans la personne ou dans son entourage. Quelqu'un a-t-il négligé le culte familial ? Est-ce le mauvais œil (*drishti dosha*) ? Un acte de sorcellerie (*seivinaï*) n'aurait-il pas été perpétré ? Un membre de la famille, de la lignée ou du voisinage n'aurait-il pas dérogé aux règles de pureté religieuse (*titthu*) ? On évoque en catimini la moralité de la victime, éventuellement celle de ses proches. On demande l'avis des personnes âgées et on s'enquiert si possible auprès d'un praticien religieux disponible dans l'entourage immédiat. La maladie, imprégnée d'une signification sociale et symbolique, devient l'affaire du groupe. Il va de soi que le sens attribué aux maux du corps et de l'esprit varie en fonction de leur gravité et de leur persistance, et les affections perçues comme bénignes sont fréquemment dénuées d'une forte connotation sociale. Dans ce processus, chacun commente et propose des solutions et, par la même occasion, ravive certains liti-

¹⁷⁰ On le constate par la multitude des mécanismes traditionnels religieux et empiriques visant à contrecarrer la stérilité, vécue comme la pire des malédictions.

ges, conflits familiaux ou tensions latentes entre certains individus. L'objectif est moins de trouver un coupable que de donner du sens à l'événement. Certains se moquent, tout au moins en apparence, des incontournables interprétations surnaturelles, ce qui ne fait qu'animer le débat et inciter chacun à exposer des arguments en relatant ses propres expériences. Ainsi, lorsque la maladie investit le champ des relations sociales, simultanément l'entourage tente de lui faire face en lui trouvant une raison d'être. En fait, elle « produit » de l'événement et génère une dynamique sociale au cours de laquelle les traditions sont mises à l'épreuve et en sortent plus ou moins indemnes. À partir de la recherche diagnostique, les villageois outrepassent la dimension médicale *stricto sensu* en ce sens que l'on assiste à une ritualisation du discours concernant le mode de vie, l'éthique et le rattachement à la norme. Propos qui, partant d'un désordre constaté par le truchement de la maladie, cherche à en trouver le sens et orientent en partie l'agencement des thérapies.

Cette analyse succincte ne doit toutefois pas laisser présupposer la cohésion absolue et le caractère éminemment structuré de la relation que les villageois entretiennent avec leurs problèmes de santé. Dans un contexte de pluralisme médical, les rapports entre représentations de la maladie et comportements thérapeutiques entraînent parfois des contradictions car le consensus, au niveau de la population rurale, ne se produit systématiquement, ni entre les classes d'âge ni au sein même de la famille et de la caste. D'ailleurs, dans certains cas bien définis, un épisode morbide n'est pas synonyme de malheur. Sa venue peut même receler des aspects positifs. Parfois ineffable, il peut devenir un signe d'élection, à l'image de cette femme qui affirmait avoir été choisie par la divinité depuis qu'elle avait une affection dite *ammai* (éruption cutanée se manifestant par de petits boutons rouges sur la partie supérieure du corps), ou de cet enfant « simple d'esprit » qui savait interpréter les signes envoyés par les esprits des morts. Chez de nombreuses familles de basses castes, la bonne santé est un aboutissement, quelque chose qui se gagne et qui ne relève donc pas de l'inné. Cette légitime contrepartie d'une vie correctement menée selon l'éthique propre aux membres d'une communauté précise (*svadharna*) rappelle en outre qu'il n'existe guère de place pour la déviance sociale dans la société indienne dans la mesure où, pour le commun des mortels, la déviance est entachée d'une connotation négative et d'un rapport à la maladie, au malheur et à la malchance. Évoquons pour finir le souvenir d'un groupe de

villageoises qui, rentrant du travail des champs et nous montrant du doigt un jeune oisif dont la santé était manifestement précaire, nous faisait remarquer que tant qu'elles persévéraient dans leur labeur et qu'elles vénéraient les divinités tutélaires de leur lignée (*deivakulam*), leurs familles ne risqueraient pas « d'attraper » de maladies graves. Plus qu'une simple protection à la manière d'un talisman, il s'agissait là du témoignage d'une ligne de vie et d'une adhésion à sa conduite implicite.

Dans la nosologie populaire, certaines manifestations morbides, physiquement et symptomatiquement identifiables, émanent directement d'une puissance surnaturelle. Elles peuvent se regrouper en quatre catégories majeures. On distingue les maladies *ammai* envoyées par les déesses de village qui regroupent la varicelle, la variole mineure ¹⁷¹, et toutes les maladies se traduisant par une éruption cutanée sur le visage ou sur le corps ; les pathologies et accidents résultant d'un acte de sorcellerie qui provoquent la perte, l'immobilisation ou la dégradation d'une partie du corps : morsure de serpent, nécrose, paralysie partielle, parésie des jambes, plaie qui s'infecte indéfiniment, certaines formes de folie... ; les affections *kattu* émanant des esprits malfaisants, parmi lesquelles on retrouve de nombreuses maladies induisant une grande faiblesse, une perte de « l'énergie vitale » de la personne et notamment certains *culture bound syndroms* que la médecine moderne ignore ¹⁷² ; enfin tout un corpus de maladies estimées traditionnellement incurables et rattachées à un châtement ultime, une malédiction (lèpre, dernier stade de la tuberculose, et plus récemment sida...). Si les itinéraires thérapeutiques de ces

¹⁷¹ Le virus de l'alastrim (causant la variole mineure dont la symptomatologie est celle d'une variole atténuée) se distingue du virus variolique (causant la variole majeure), jadis hyperendémique en Inde. Il s'agirait cependant de deux souches du même virus (Gentillini 1986 : 366 sq.).

¹⁷² Les plus courantes sont *edu gunam*, expression difficilement traduisible qui indique toute modification de comportement jugé anormale chez un enfant en bas âge (0-5 ans). Elle peut associer le refus de prendre la nourriture, la tendance à trop dormir et à pleurer sans cesse, le fait d'avoir les yeux gonflés, avec éventuellement une légère fièvre rémittente... Une autre affection, *muchupadipu* rassemble plusieurs symptômes qui, dans la conception populaire, seraient rattachés à une altération de la respiration, ou plus précisément du souffle vital (et se traduiraient par une insuffisance respiratoire chronique, un risque d'étouffement, etc.). Voir Bourdier 1993 : 568-572. Nichter a décrit d'autres *culture bound syndroms* dans son article de 1985. Voir également Mathews 1979.

quatre grandes catégories d'affections passent obligatoirement par des procédés magico-religieux, ils n'écartent pas pour autant d'autres interventions dont les champs d'action se complètent. Force est de constater que devant la gravité d'une maladie, la volonté de se débarrasser du mal détermine une stratégie « multi-recours » dans laquelle les familles excluent rarement toute alternative envisageable de soins.

En dehors de ces quelques lignes directrices aisément repérables, de nombreuses valeurs que l'on impute spontanément à la pensée hindoue s'avèrent floues, pour ne pas dire inconnues de la majorité des villageois, à l'exception de la communauté restreinte des brahmanes initiés aux textes anciens. On est surpris du caractère évasif des concepts de *karma* (loi de redistribution des actes commis dans les vies antérieures), de cycle de vies et de renaissance sous une forme humaine, animale ou végétale, mais aussi des préceptes codifiés des écrits classiques tamouls, depuis la pensée philosophique révolutionnaire sous-jacente aux traités du siddha (qui s'insurge contre le système des castes et la noria des rituels religieux) jusqu'aux aphorismes du *kural* ¹⁷³. Ces impasses ne sont pas systématiquement à mettre sur le compte de l'ignorance mais sont à rattacher à la réalité culturelle de l'Inde populaire, réalité souvent occultée par les discours et les écrits savants.

Mais les comportements ne peuvent être expliqués uniquement par le système de pensée tamoul. Il convient de s'interroger sur les diverses contraintes affectant les possibilités de recours aux soins.

Le choix et la contrainte dans les stratégies de soins

Parler des contraintes revient en dernier lieu à étudier le problème de l'accessibilité, terme qui recouvre différents niveaux. En effet, suivant l'importance accordée par la population à un ensemble donné de servitudes, matérielles ou autres, il est possible de classer, de hiérarchiser les critères qui condi-

¹⁷³ Célèbres poèmes tamouls écrits sous forme de maximes qui relatent les principes de la vertu, du plaisir et de l'éthique.

tionnent le fait qu'un recours soit envisageable, immédiatement ou plus tard, lors d'un événement particulier, ou en combinaison avec une autre pratique de soins.

Prenons une famille « typique » d'un petit village soumise au fil des jours à différents déboires médico-sanitaires et retraçons les itinéraires qu'elle emprunte. Le jeune garçon d'âge scolaire est fébrile et montre des symptômes digestifs. Une série de soins liminaires délivrés par la mère et la grand-mère, parfois non sans altercations, débute au domicile, dans la mesure où l'affection serait passagère : ces pratiques incluent de petites préparations réalisées à partir de ce qui est immédiatement disponible, quitte à se procurer un ingrédient manquant (épice, onguent...) auprès d'une boutique ou chez un voisin. Si l'état ne s'améliore pas, ou bien les femmes connaissent, qui certaines plantes rudérales, qui une recette empirique, ou bien on recherche une assistance médicale extérieure (famille élargie, thérapeute local). Si l'état de l'enfant se détériore, on décide de se rendre à la clinique privée située à cinq kilomètres. Malgré la file d'attente inévitable, chacun sait qu'il n'y a pas de limites d'horaires et qu'on y obtiendra à coup sûr une consultation et des « bons » médicaments. Ce qui est moins vrai du centre de soins de santé primaires (PHC) situé juste à côté, où l'on n'est pas toujours bien reçu et auquel les heures d'ouverture considérablement restreintes et fluctuantes ôtent de sa crédibilité. D'après la tendance générale de la population, la principale motivation qui pousse les individus à se rendre dans une institution biomédicale réside dans la prise d'une médication qui agit rapidement. On n'y va pas pour recevoir un conseil ou pour entendre une explication de la maladie.

La minorité de patients qui utilisent habituellement les services du PHC ne correspondent pas exclusivement aux plus pauvres et aux plus démunis face à la maladie : ils sont majoritairement, soit des villageois qui suivent un long traitement et viennent régulièrement chercher leur dose de médicaments (le diabétique, l'asthmatique, le déficient en vitamine A, etc.), soit des personnes qui, profitant d'un moment de disponibilité et étant à proximité physique du PHC, y pénètrent à l'occasion. Un exemple illustre cet intérêt quelque peu désabusé vis-à-vis des structures publiques. À Veerapandi, le local où l'on distribue les soins se trouve en face de l'arrêt de bus et lors des attentes incertaines, on ne saurait dire combien de fois nous avons assisté à la même scène : la majorité des gens se détournent sans grande conviction vers le centre pour y glaner un remède, quémander des vitamines et fortifiants si convoités, tout en exagérant des symptômes afin de res-

ter persuasifs auprès de l'équipe de santé ; mais sitôt que le klaxon du bus retentit, la salle d'attente se vide soudainement, parfois même l'antichambre des consultations en cours ! La sous-utilisation, endémique chez une part importante de la population, et la sur-utilisation (malentendu sur le rôle essentiellement préventif du réseau public, fréquentation à tout-venant, donc peu significative) représentent ainsi des aspects complémentaires caractéristiques des structures PHC (Bourdier 1993 : 615-625). Mais revenons à notre famille représentative. Si malgré ce premier ensemble de thérapies, l'enfant ne montre guère de traces d'amélioration, la famille, sollicitée et encouragée par l'entourage, décide de faire intervenir les « protecteurs » du village évoqués au début de ce texte, c'est-à-dire ceux qui vont intercéder auprès des puissances supérieures si la pathologie est déclarée d'origine surnaturelle. Enfin, lorsque les signes disparaissent, un ensemble de précautions destinées à empêcher le retour de la maladie sous une forme ou sous une autre, sera effectué. Dans la société tamoule, il s'agit principalement d'oblations et d'offrandes aux divinités tutélaires. Dans les moments de crise et de dégradation générale de l'état de santé d'un ou plusieurs membres de la famille, on décide d'ériger un culte pour apaiser l'esprit errant (*pey*) qui tourmente la maison ¹⁷⁴.

Supposons que le père de famille tombe malade à son tour. Journalier agricole comme la majorité des paysans du *Kongu*, il aura toutes les raisons d'être inquiet de son impotence, si elle survient durant les périodes de regain du travail agricole. Il faut donc une thérapie expéditive, même jugée incomplète, les autres recours pouvant attendre ¹⁷⁵. Un fait intéressant est que les hommes, plus que les vieillards, les femmes et les enfants, choisissent directement une injection. Car il s'agit d'un remède fort, disent-ils, capable de « remettre sur pied une vache qui ne don-

¹⁷⁴ Un esprit vengeur est pacifié dès qu'il est sédentarisé et qu'il reçoit un culte. À partir de là, il se range désormais dans le monde des ancêtres. Les rituels à venir seront destinés à apaiser cet esprit qui, maléfique au départ, peut devenir protecteur.

¹⁷⁵ La spécificité des rituels thérapeutiques à visée prophylactique réside dans leur souplesse d'exécution. Moyennant un vœu faisant foi de promesse de réalisation dans le futur, ils peuvent être différés dans le temps ; on attendra par exemple le déroulement d'une cérémonie religieuse ou une occasion propice. En somme, les rituels de guérison s'effectuent en deux temps : le premier, très succinct, qui correspond à un engagement, et le second, plus complexe, qui s'accomplira une semaine, un mois ou une année plus tard, représente le véritable rituel (culte d'une divinité, des ancêtres...).

ne plus de lait ». Il faut savoir que les praticiens de la biomédecine installés en milieu rural, vulgarisent systématiquement la pratique de la piqûre dont l'effet ne se fait pas attendre. D'ailleurs, face à ce défi, la médecine du siddha a dû mettre au point des solutions injectables. Parallèlement, des produits polyvitaminiques sont également prescrits, ce qui convient tout à fait, dans un premier temps, à l'intéressé qui souhaite combattre sa fatigue et sa prostration. Certaines médications traditionnelles possèdent pourtant les mêmes qualités : l'ayurvéda est réputée pour ses toniques, le siddha pour ses élixirs revigorants. Les villageois, tout en étant conscients, rétorquent que leur usage relève de la contrainte : il faudrait se rendre en ville pour se les procurer ¹⁷⁶, ou bien trouver quelqu'un qui les confectionne. Mais cela demanderait beaucoup d'efforts et d'investissements aussi bien en temps qu'en argent car de nombreuses drogues traditionnelles coûtent plus cher que les antibiotiques courants.

À cet égard, la question du prix ne peut être évacuée : un titulaire d'un pseudo-diplôme (certificat plus ou moins officiel autorisant « licitement » la pratique de la biomédecine) prend moins cher que son homologue officiel et draine ainsi la clientèle la plus démunie, bien que certains hôpitaux de campagne adaptent le prix de la consultation à la condition socio-économique du client. La rapidité d'action, la facilité d'emploi et dans une certaine mesure l'accessibilité économique conditionnent donc les premiers choix de recours. Mais par la suite, ces critères se révèlent inadéquats. L'obtention de la guérison se fait tant attendre que les familles sont prêtes à tout pour y parvenir : effectuer un pèlerinage à plus de 100 km, accomplir des rituels extrêmement coûteux, même s'il s'agit d'un paiement perçu comme un échange, et réunir non sans difficultés les différents attributs (objets, aliments, éléments de décoration) exigés par le tradipraticien pour mener à bien une cérémonie divinatoire ou thérapeutique complexe, constituent autant d'actes destinés à combattre la maladie. Eventualité courante que n'écartent pas les plus pauvres, quitte à s'endetter auprès d'un usurier, d'un parent, d'un voisin ou d'un employeur.

Evoquons maintenant le cas de la mère souffrante. Celle qui pourvoit à la santé du groupe familial, qui veille à l'accomplissement des sacrifices, au respect des

¹⁷⁶ Les pharmacies de campagne ne vendent pas les produits manufacturés des médecines classiques, en dehors de trois ou quatre remèdes à usage préventif.

règles religieuses, au déroulement des nombreuses cérémonies domestiques qui s'étalent le long du cycle annuel et qui d'une manière générale se porte garante de la déférence religieuse du ménage devant les dieux, s'avère paradoxalement la plus sujette aux risques de santé. Par sa condition de femme, elle subit les aléas et les fatigues liées aux grossesses successives, elle réduit sa part alimentaire pour compléter celle de ses enfants et accomplit un excès de corvées domestiques épuisantes en dehors de son travail dans les champs et du ramassage du bois. Quand un épisode pathologique l'atteint, c'est toute l'organisation de la vie quotidienne de la famille qui est remise en question. Tout se passe comme si au désordre biologique individuel répondait un désordre social et familial généralisé. Les réactions de la collectivité laissent entendre que la femme est *socialement accablée* par la maladie. Celle qui, frappée par une incapacité physique, n'est plus en mesure de préparer la cuisine, de nourrir les siens et de vaquer à ses occupations quotidiennes, reçoit l'opprobre de son entourage et doit supporter les reproches les plus divers. Il s'ensuit une tendance de la part des mères de familles à banaliser leur maux, à éviter d'en parler jusqu'à ce que les symptômes deviennent vraiment probants.

Bien entendu, de tels faits ne se retrouvent qu'à un degré très faible, pour ne pas dire inexistant, chez les femmes de la classe aisée, mais il ne s'agit que d'une infime minorité en milieu rural. Pour les autres, le halo de tribulations et de malédictions qui entoure l'épisode morbide suscite de nombreuses implications dans leurs démarches thérapeutiques. Tout d'abord, les femmes accusent une nette tendance à « prendre la maladie sur elles » (pour reprendre une expression villageoise), à rechercher des solutions en catimini, même si une certaine solidarité existe parfois au sein de la communauté féminine. Les femmes se rendent plus facilement au PHC, non par choix mais par résignation car beaucoup n'osent guère demander l'argent nécessaire à leur mari ou à leur belle-mère. Une autre attitude consiste à profiter de ce qu'un de leurs enfants soit malade pour solliciter en même temps une consultation dans une clinique privée, ce qui implique souvent un retard dans la démarche. La société des hommes alimente plus ou moins inconsciemment cet état de fait ; les époux affirment que leurs femmes jouissent d'une certaine autonomie en matière de soins, qu'elles n'ont pas leur pareil pour composer des remèdes familiaux, alors qu'ils sont les premiers à les estimer insuffisants lorsqu'il s'agit de leur propre santé. En retour, ce drame que représente la venue

d'une pathologie incite les femmes à rechercher les alternatives les plus diverses à partir du moment où ces « choix-contraintes » ne tranchent pas avec le déroulement normal de leur vie de tous les jours. On patiente jusqu'au jour du marché hebdomadaire et, tout en essayant d'économiser quelques roupies sur les courses ¹⁷⁷, on consulte l'oracle de service qui attend nonchalamment, imbu de l'attrait qu'il suscite, le défilé de ses clientes. Ou bien on achète quelques médecines exhibées par des marchands ambulants.

Il va de soi qu'il existe, lors de circonstances particulières, une prise en charge sociale de la femme alitée. Une femme enceinte malade ou une parturiente qui se remet mal de son accouchement, restent entourées de mille précautions, reçoivent une alimentation riche puis sont envoyées chez un praticien à la moindre alarme. De même, les victimes d'une pathologie hautement contagieuse ou particulièrement grave (fièvre évoquant la typhoïde, paludisme) et les femmes grabataires bénéficient de soins identiques à tout autre membre du foyer. Mais dans toutes les situations, la recherche diagnostique évolue en parallèle : dans les cas critiques, la biomédecine sert à établir une cause décelable au moyen d'investigations techniques « modernes », ce qui n'est pas forcément négligé par le patient, à l'image de cet homme qui nous montrait ses radiographies de poumons afin de nous prouver l'existence matérielle de sa maladie. Cependant, déceler une cause organique palpable n'explique pas au patient pourquoi la maladie le frappe lui, et non son voisin. Réponse que seul un guérisseur, un exorciste ou l'officiant d'un temple peut lui apporter.

Plusieurs remarques méritent d'être avancées à ce stade. Si l'accessibilité physique immédiate peut, dans certains cas précis et sous certaines conditions de disponibilité, être un facteur non négligeable pour le choix d'un recours, il n'y a pas de corrélation significative entre proximité et choix prioritaire d'une forme de soins. Le programme d'éradication de la lèpre, pathologie hyper-endémique autour de Coimbatore, offre un cas extrême et démontre *a fortiori* l'inverse : pour les porteurs de cette maladie entachée de malédiction, l'accessibilité physique maximale (à domicile) joue en défaveur de l'acceptation du recours, car les familles concernées entendent absolument cacher aux yeux de la communauté ce qu'ils considèrent comme une tare. Les victimes du bacille de Hansen préfèrent alors

¹⁷⁷ Monnaie indienne. Cinq roupies valent un franc français en 1993.

conserver l'anonymat et se rendre dans un lieu éloigné, à l'hôpital de Coimbatore par exemple.

Dans une perspective similaire, le coût n'est pas une barrière infranchissable. Certes, on ne voit guère de miséreux se rendre dans les cliniques spécialisées, aux honoraires dispendieux, mais cela n'empêche pas les plus pauvres de consulter des tradipraticiens exigeant des sommes élevées ou d'emprunter de l'argent pour acheter des médicaments à la pharmacie. L'automédication ne s'avère d'ailleurs pas toujours un moyen bon marché, surtout lorsque le patient essaie plusieurs produits avant de se procurer le « bon ». Bien souvent elle implique une mauvaise gestion du budget familial, voire des effets iatrogènes sur la santé. De même, au regard de la médecine délivrée dans le réseau étatique, une attitude révélatrice de la hiérarchie sociale et rituelle se dessine : nombreux sont les ménages de castes élevées ou ceux désireux de se sanskritiser qui remettent en question la gratuité des soins. Une des raisons serait que dans la représentation populaire, une bonne médecine est une médecine où le malade accomplit un contre-don sous forme d'argent ou d'offrande (*dakshana*) ; de fait les services publics ruraux gratuits sont perçus comme une thérapie de second ordre, éventuellement un pis-aller dans l'attente d'un meilleur recours. De même, certaines familles parmi les plus démunies entreprennent des cures auprès de guérisseurs résidant à des distances considérables, dans des temples lointains où elles restent plusieurs jours et n'hésitent pas à engager des frais bien au-delà de leurs moyens si elles demeurent persuadées de la garantie du résultat.

En évoquant les affections d'origine surnaturelle, « celles qui ne peuvent pas se soigner par la médecine », nous avons entrevu la façon dont les perceptions culturelles de la maladie orientent la hiérarchie des recours. De même, les représentations récentes de la médecine moderne, dont le discours peut être tantôt accepté, intégré, réinterprété ou récusé, participent à ce choix de recours. Le cheminement du malade entre les différents systèmes médicaux a pour objectif de restaurer une harmonie perdue et de dénouer les facteurs responsables de son déséquilibre, et les lois qui régissent la mise en ordre des faits de santé reposent sur les principes de simultanéité, de complémentarité et de succession. Il apparaît maintenant nécessaire de dégager certaines tendances au regard du contexte indien.

Une première tendance serait que les variations se trouvent moins dans le type de médecine utilisée que dans l'ordre d'utilisation de ces différentes médecines.

Or si chacune est destinée à gérer une des phases de la séquence de la maladie, une deuxième tendance serait que cet ordre permet de distinguer les groupes sociaux entre eux. Ici, ce sont non seulement les rapports entre castes, entre groupes socio-économiques, mais aussi entre sexes qui sont exacerbés. Finalement la hiérarchie des recours est d'une part le reflet d'un univers de pensée, et d'autre part fonction de « contraintes » culturelles, économiques, sociales, et de la nature de la maladie et de sa gravité. Les itinéraires diagnostiques montrent en effet que la tentative d'identification du mal, de son origine et de son intensité représente la première démarche du patient. En procédant de la sorte, ils soulignent du même coup l'intrication du religieux et de biologique dans la conception de la maladie. Mais il est entendu que si la religion est un temps fort dans le processus de guérison, cela ne signifie pas pour autant que les villageois accordent aux seuls rituels la capacité de pouvoir guérir sans médication supplémentaire.

Cette « grammaire des éléments » (Héritier-Augé 1993 : 125) mise à jour à partir de quelques tendances devrait se compléter par d'autres, ne serait-ce que par une analyse plus détaillée du système alimentaire en tant que base de la création des humeurs du corps, et dont l'étude permettrait de montrer les logiques de leur circulation qui ont un retentissement indiscutable sur les stratégies de recours.

Les changements survenus au sein de la société ne sont pas sans effet sur l'évolution des comportements de la population en matière de santé. Certains faits laissent pressentir qu'un nouvel environnement technologique et social est en train de modifier la perception de certaines maladies. Comme le disent les villageois, il y a maintenant des « *mental pills* » qui traitent les maladies psychologiques, et parfois même « d'autres affections » relevant d'ordinaire du surnaturel. Une femme qui racontait son itinéraire diagnostique et thérapeutique à la suite d'une possession par un esprit expliquait comment après des échecs répétés auprès d'un désenvouteur, elle s'était finalement rendue chez un radiologue. À l'examen de sa radio, il fut possible de déceler un objet introduit par le sorcier dans son corps, substance (en fait un œdème) qui fut par la suite ôtée lors d'une intervention chirurgicale. Un glissement progressif s'était ainsi opéré, où ce qui d'ordinaire appartenait au champ des relations sociales se trouvait en partie investi par la science médicale. Ainsi, le haut degré de technicité déplace-t-il le champ du surnaturel vers la biomédecine qui par ses moyens d'investigation les plus

poussés se transforme en opérateur du magique, capable d'infléchir, voire de réduire, la puissance des esprits et les actes de sorcellerie.

Mais peut-être faut-il voir dans les tentatives de dénigrement que certains expriment au regard des rites thérapeutiques magico-religieux, une volonté plus ou moins inconsciente de « libéralisation sociale » de la maladie dans ses formes les plus oppressantes. Mais si ce glissement ouvre la porte à de nouveaux modes d'interpénétration des diverses formes de recours, il atténue par contre le rôle respectif et nettement différencié des médecines traditionnelles et modernes. Le point de vue du patient est autre, car pour lui les champs d'investigations ne cessent de se recouper. Plus encore, le véritable magicien, c'est parfois le représentant de la biomédecine, ou cette mystérieuse pilule dont on ne sait ni la constitution ni les pouvoirs. Ce qui ne varie pas, c'est que plus la voie de la guérison se révèle difficile à trouver, plus les diverses thérapies s'assemblent pour constituer ce cocktail *masala*, cette médecine éclectique faite de tous les ingrédients disponibles et dont le patient espère que la combinaison produira un effet synergique, ou dont tout au moins l'un des éléments, sans qu'il sache trop lequel, sera décisif.

Il est courant d'affirmer que les différents systèmes de soins sont moins appréhendés comme opposés que comme les divers registres d'un fond commun. Certes, les pratiques de soins ont le même objectif, la recherche d'une meilleure santé, mais elles empruntent des voies différentes. Chaque recours propose des fragments d'une thérapie qui est perçue comme complète quand les divers modes de guérissage se sont réunis. La multiplicité des moyens ainsi mis en œuvre témoignerait donc d'une pensée soucieuse d'articuler les dimensions biologique, sociale et culturelle de la pathologie, et les faits constatés dans notre cercle d'observation permettent largement de vérifier cette hypothèse.

Mais toutes les règles fonctionnent avec des exceptions et la complémentarité si souvent décrite dans les travaux de l'anthropologie médicale ne peut être évoquée sans nuances. La coexistence n'est pas toujours synonyme d'équilibre, comme le montrent certaines perturbations engendrées par une situation de pluralisme médical. Au regard du contexte indien, certaines thérapies s'excluent plus qu'elles ne se complètent ; et plus encore elles ne supportent pas la présence de l'autre. Ce refus de cohabitation relève non seulement de l'attitude de certains

praticiens des réseaux modernes et traditionnels mais également de celle des patients qui, dans certains cas précis (aggravation de la maladie suite à un traitement inefficace de la biomédecine, personnes soumises à un état d'impureté rituelle...) et pour certaines affections déterminées (pathologies d'origine sexuelle, insuffisances respiratoires y compris parfois la tuberculose, maladies infantiles attribuées aux esprits), refusent d'épuiser l'ensemble des recours possibles et accessibles. Cette apparente intransigeance n'est pas le fait du hasard et correspond à une autre forme de logique. Tel est le cas, fréquent, d'un exorciste rattaché à un temple qui avant d'accomplir la séance de possession pose comme condition *sine qua non* à ses patients de ne pas essayer par la suite d'autres thérapies, que ce soit dans un délai bref ou lointain, et surtout les traitements de la « médecine anglaise » qui annihileraient l'efficacité du rituel. Peut-être faut-il voir dans cette attitude, l'expression d'un conflit social et politique beaucoup plus profond, qui serait celui de la compétition grandissante entre les systèmes médicaux, moderne et traditionnel, et plus encore entre praticiens diplômés MBBS et autres intervenants d'une forme quelconque de médecine ? En effet, la région de Coimbatore devient de plus en plus le théâtre d'enjeux, de luttes entre différents groupes de pressions. Des comités d'éradication des charlatans, créés sous l'instigation de l'ordre des médecins privés, incitent les pouvoirs publics à mettre sous verrous certains « malfrats » de la médecine (praticiens non diplômés utilisant les produits dangereux issus de la biomédecine, guérisseurs proposant des solutions miracles à des prix exorbitants...). En retour, diverses associations de défense de guérisseurs, des praticiens du siddha, des adeptes du tantrisme, etc., font des campagnes de promotion qui passent avant tout par le dénigrement des autres formes de soins et appellent au renouveau des pratiques ancestrales. Le rapport entre médecine et *pouvoir* apparaît ici dans toute sa force. Quelles seront les implications à terme de cette cohabitation mouvementée sur le comportement de la population face à la maladie ? Dans cette autre problématique aux perspectives fécondes, la prise en compte des relations entre rapports sociaux et logiques des acteurs peut offrir une voie de compréhension réelle et innovante au regard du contexte indien.

Références bibliographiques

Banerji D.

- 1981 Historical and socio-cultural dimensions of health services in India, in : G.R. Gupta (éd.), *The socio-cultural context of medicine in India*, New-Delhi, Vikas Publishing House, p. 1-26.
- 1989 Rural transformation and change in health behaviour, *Economic and political weekly* 1 : 1474-1480, Bombay.

Beck B.E.F.

- 1976 The symbolic merger of a body, space and cosmos, *Contribution to Indian sociology* 10 (2) : 215-242, Delhi.

Biardeau M.

- 1972 *Clefs pour la pensée hindoue*, Paris, Seghers.

Bourdier F.

- 1992 Alimentation, idéologie culturelle et santé à Veerapandi, *Cahiers d'outre-mer* 45 (178) : 159-188, Bordeaux.
- 1993 *Santé, espace de vie et société en Pays Tamoul, approche géo-anthropologique d'un milieu rural en Inde méridionale*, Thèse de doctorat de l'Université Michel de Montaigne, Bordeaux.

Chaudury B.

- 1986 *Tribal health*, Delhi, Interindia Publication.

Clay R.M.

- 1985 The health guide sheme : Mysore district, the community's perspective, *Medical anthropology* 9 (1) : 49-56.

Djurfeltd G., Lindberg S.

- 1975 *Pills against poverty : a study of the introduction of western medicine in a tamil village*, Sweden, Coll. : Scandinavian Institute of Asian Studies, monograph series n° 23.

Douglas M.

1981 *De la souillure*, Paris, Maspero.

Dumont L.

1966 *Homo Hierachicus, essai sur le système des castes*, Paris Gallimard.

Egnor M.T.

1983 Death and nurturance in indian systems of healing, *Social science and medecine* 17 (14) : 935-945.

Gentillini M.

1986 *Médecine tropicale*.

Ghosh S.

1989 *Hindu concept of life and death*, Delhi.

Gupta K.R.L.

1986 *Hindu anatomy, physiology, therapeutics, history of medecine and practise of physics*, Delhi, Sri Satguru Publications.

Héritier-Augé F.

1993 Une anthropologie symbolique du corps, in : R. Scheps, *La science sauvage*, Paris, Points, Seuil.

Joshi P.C., Mahajan A.

1991 *Studies in medical anthropology*, New-Delhi, Reliance Publishing House.

Kakar S.

1982 *Shamans, mystics and doctors : a psychological inquiry into India and its healing traditions*, New-Delhi, Oxford University Press.

Leslie Ch.

1976 *Asian Medical Systems : a comparative study*, Berkeley, University of California Press.

Leslie Ch., Young A.

1988 *Paths to asian medical knowledge*, Berkley, Kluwer Academic Publishers.

Lévi-Strauss C.

1961 *La pensée sauvage*, Paris, Plon.

Mathews C.M.E.

1979 *Health and culture in a south indian village*, Delhi.

Mees G.

1935 *Dharma and society*, S'Gravenhage.

Minocha A.A.

1980 Medical pluralism and health services in India, *Social science and medicine* 14B : 93-104.

Moreno M., Marriot M.K.

1989 Humoral transactions in tamil cults : Murugan and Mariamman, *Contribution to indian sociology* 23 (1) : 149-167, New-Delhi.

Nichter M.

1985 Cultural conditions and interpretations of states of malnutrition among children : a south indian case study, *Medical anthropology* 9 (1) : 25-48.

1980 The layperson's perception of medecine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the indian context, *Social science and medecine* 14B : 225-233.

Parker R.L., Moinshah M.

- 1981 Self care in rural areas of India and Nepal, *Culture, medicine and psychiatry* 3 (1) : 3-28.

Philips D.R., Hyma B., Ramesh, A.

- 1992 A comparison of the use of traditional and modern medicine in PHC centres in Tamil Nadu, *Geo-journal* 26 (1) : 21-30.

Raina B.L.

- 1990 *Health science in ancient India*, New-Delhi, Commonwealth publishers.

Rosu A.

- 1986 Mantra et yantra dans la médecine et l'alchimie indienne, *Journal asiatique* 274 (3-4) : 203-268.
- 1986 Pratiques magico-religieuses en médecine indienne, *Wienen Zeitschrift für die Kunde Sundersiens* XXX : 83-90.

Thas J.J.

- 1984 Principles of Drugs and Diet in Siddha Medecine : A General Introduction, in : S.V. Subramaniam, V.R. Madhavan (éds.), *Heritage of the Tamils : Siddha medecine*, Madras : p. 87-107.

Walker B.

- 1983 *Hindu world*, Delhi.

Zimmerman F.

- 1978 From classical texts to learned practice : methodological remarks on the study of indian medecine, *Social Science and Medicine* 12 (2B) : 97-104.
- 1982 *La jungle et le fumet des viandes*, Paris, Gallimard.
- 1989 *Le discours des remèdes au pays des épices*, Paris, Payot.

SOIGNER AU PLURIEL.

Essais sur le pluralisme médical.

Quatrième partie : Choisir ou concilier

Chapitre XVII

Médecines en contact à Tahiti

Par Yves Lemaître

[Retour à la table des matières](#)

Les premiers navigateurs européens débarquent à Tahiti dans la dernière moitié du XVIII^e siècle. Des médecins les accompagnent, ils observent l'art de leurs confrères tahitiens d'un regard approbateur ou critique, ce sont les premiers contacts aimables des deux médecines. Les choses ne tardent pas à changer. Les Tahitiens remarquent que les navigateurs anglais, français ou espagnols qui jettent l'ancre derrière les barrières de corail apportent avec eux des maladies jusque-là inconnues. Des épidémies commencent à décimer la population et les Tahitiens ont alors l'occasion de faire plus ample connaissance avec la médecine occidentale sous ses différentes formes : médecine des missionnaires, des médecins de marine, des médecins militaires, des médecins privés, mais hélas sans grand résultat, rien n'arrête le déclin de la population. Il faudra attendre un siècle pour que s'interrompe de soi-même l'enchaînement fatal des épidémies.

Après la médecine occidentale, la médecine chinoise est arrivée à Tahiti à la fin du XIX^e siècle avec les travailleurs chinois importés pour travailler dans les plantations. Aujourd'hui, la Polynésie Française dispose d'un service de santé moderne, rendu accessible à tous. Le nombre des médecins par rapport à la population est comparable à celui de la France des années soixante-dix. Les Tahitiens

restent néanmoins attachés à leur propre médecine. Une enquête réalisée à la fin des années 80 a recensé quelques 70 guérisseurs dans l'île de Tahiti ¹⁷⁸.

Les Tahitiens se trouvent en face de systèmes médicaux fondés sur des conceptions notablement différentes de la maladie et des soins. Comment s'accommodent-ils de cette situation potentiellement génératrice de contradictions ? Quels choix sont-ils amenés à faire et comment les font-ils ? C'est à ces questions que nous tenterons de répondre.

Nous nous limiterons aux deux médecines occidentale et tahitienne qui sont les plus couramment utilisées. Par Tahitiens, on entendra les Polynésiens de langue tahitienne, c'est un des sens qu'on peut donner à ce terme. Ce ne sont pas seulement les habitants de Tahiti, mais aussi les habitants des Iles-du-Vent et des Iles-sous-le-Vent qui partagent la même langue et la même culture, et ce ne sont pas tous les habitants de ces îles, car la société actuelle est formée de plusieurs groupes ethniques. Ces Polynésiens se donnent à eux-mêmes le nom de *Mâ'ohi*, un nom qu'ils attribuent aussi à leurs voisins des autres archipels. Leur médecine ethnique sera dénommée « médecine tahitienne » et la médecine importée par les Européens, « médecine occidentale », bien que depuis le XVIII^e siècle, elle soit devenue scientifique et cosmopolite. Pour désigner les praticiens en général, on parlera simplement de guérisseur et de médecin, sans aucune connotation favorable ou défavorable naturellement.

Dans la suite du texte, les points suivants seront examinés.

Le refus systématique ou l'acceptation de la médecine occidentale. On peut noter deux tendances d'importances inégales dans les attitudes des Tahitiens. La moins commune est un refus systématique de la médecine occidentale, il n'est en fait qu'une des facettes d'un refus plus global du contexte social ou religieux du moment. L'attitude pragmatique d'ouverture à toutes les possibilités de soin offertes est la plus répandue, il s'agit pour le malade d'optimiser les chances de guérison en choisissant les moyens qui lui paraissent les plus adéquats.

Les limitations des choix. Il existe des contraintes inévitables d'ordre technique, économique ou social. En particulier, à l'échelle des groupes ethniques, les

¹⁷⁸ Enquête réalisée par A. Ariiotima et H. Tevane pour le compte du ministère de la Santé de la Polynésie Française.

options médicales des « Demis » peuvent s'expliquer par le rôle de régulation sociale de la maladie. Mais ces contraintes laissent aux Tahitiens une marge de comportement qui leur permet d'exercer un choix.

Le mécanisme des choix. À travers des exemples de cas, on analysera les variables qui contribuent à expliquer les choix médicaux des Tahitiens en les présentant dans le schéma suivant.

- 1 Une cible des choix, faite de trois options pratiques : la médecine tahitienne des maladies naturelles, la médecine occidentale, la médecine tahitienne des maladies surnaturelles.
- 2 Une donnée initiale, qui est la perception de la maladie. Un malade perçoit sa maladie comme surnaturelle, non pas seulement à cause d'un diagnostic portant sur des signes, mais en raison aussi de l'interprétation qu'il accorde à des événements de sa vie passée, et de son anxiété qu'il projette.
- 3 Un instrument du choix, une logique de l'incertitude qui peut tolérer les contradictions.
- 4 Un filtre, constitué d'un ensemble de valeurs attribuées aux médecines. Ces valeurs influencent les choix à la manière d'un filtre par les attractions et les répulsions qu'elles exercent. Ainsi, les « médicaments tahitiens » appelés *râ'au Tahiti* qui soignent les maladies naturelles, bénéficient de la confiance unanime des Tahitiens. La médecine occidentale, par contre, suscite une méfiance explicable par des raisons historiques. Enfin, la médecine tahitienne des maladies surnaturelles est ambivalente.

Refus ou acceptation de la médecine importée

L'histoire nous donne des exemples qui sont les modèles des deux types d'attitudes qu'on trouve chez les Tahitiens d'aujourd'hui. La maladie du chef Vehiatua est le premier exemple bien documenté de recours complémentaires aux deux médecines tahitienne et occidentale, tandis que l'histoire de la fin de la secte des Mamaia est une illustration tragique du refus de la médecine occidentale.

Le cas de Vehiatua. C'était un *ari'i*, un chef de haut rang comme le suggère son nom qui veut dire « enveloppe divine », son domaine

s'étendait sur la presqu'île de Tai'arapû à Tahiti où, à son époque, des religieux espagnols tentaient d'établir une mission, sans grand succès d'ailleurs. L'histoire de sa maladie est relatée par Maximo Rodriguez, l'interprète des espagnols, dans le journal qu'il a tenu au cours des années 1774-1775 (Rodriguez 1930). Rodriguez était devenu l'ami du jeune *ari'i*. Celui-ci tombe malade en février 1775. Sa maladie, si l'on en croît la traduction française du Journal, était « un gros refroidissement, une espèce de peste qui s'attaquait à tous, nobles ou manants », ce qui laisse penser qu'il s'agissait d'une maladie importée qui avait pris une forme épidémique. Au cours de sa maladie, Vehiatua passe par des périodes d'amélioration suivies de rechutes et d'aggravations. Il est traité par des praticiens locaux. Les prêtres entreprennent des rites divers à des fins thérapeutiques, ils l'éventent avec des feuilles de l'arbre-à-pain (cette circulation de l'air avait un sens religieux), ils offrent des sacrifices de cochons, ils organisent des prières sur le *marae*, le temple du *ari'i*. Vehiatua ne se contente pas des interventions des prêtres, il demande aussi des soins aux Espagnols. Ceux-ci lui administrent successivement un « pectoral », des applications de vin d'anis sur les jambes, du sirop de chicorée, des purges de magnésie. Vehiatua alterne les traitements. Les prêtres pensent enfin avoir découvert le mal dont il souffre et disent qu'ils le guériront, mais malgré les quatre sacrifices humains qu'ils accomplissent sur son *marae*, il meurt à l'âge de vingt ans environ, le 6 août 1775.

Les Espagnols ont été les premiers Européens à séjourner durablement à Tahiti huit ans après les premiers contacts. Cet épisode historique nous montre que dès cette époque, des Tahitiens ont pensé les recours médicaux en termes de complémentarité. Par contre, l'histoire de la secte des Mamaia commence cinquante ans plus tard alors que des changements de toute sorte s'étaient produits et que les Tahitiens doutaient des bienfaits de ces changements.

Le cas des Mamaia. Le nom de cette secte signifie « fruits avortés qui tombent de l'arbre », un nom donné par dérision. A l'époque où elle prend naissance, le *ari'i* Pômare, a étendu son pouvoir politique sur tous les districts de Tahiti, il a aussi promulgué en 1819 des lois d'inspiration chrétienne très strictes, et il réprime sévèrement toute infraction. Nombre de Tahitiens ne peuvent s'y adapter, ils mènent une vie en marge des nouvelles normes, certains tentent de revenir à l'ancienne société et au « paganisme ». C'est dans ce climat de contestation, que les prophètes des Mamaia diffusent une doctrine millénariste qui prend le contre-pied de certains enseignements des missionnaires. Ils seront combattus dès que leur influence commencera à gagner des gens de toutes conditions. Les Mamaia ont une ré-

putation de guérisseurs, ils utilisent des incantations et sont spécialisés dans les maladies vénériennes. Quand une épidémie de variole éclate en 1841, les missionnaires anglais se procurent un vaccin en Australie et entreprennent de vacciner la population. Les Mamaia refusent de se laisser vacciner, ils traitent leurs malades par leur propre méthode, ils se réunissent pour prier autour des malades après avoir ouvert leurs pustules (Gunson 1963 : 286). Tous sont contaminés, c'est la fin de la secte, aucun de ses adeptes, semble-t-il, ne survit.

Si ces deux exemples sont encore représentatifs de comportements des Tahitiens d'aujourd'hui, c'est qu'ils contiennent des ingrédients qui en font des types universels. Ils nous montrent d'abord que l'acceptation et le refus de la médecine importée ne sont pas, comme on pourrait le penser, des attitudes résultant d'opinions opposées sur des stratégies médicales, mais plutôt des attitudes qui obéissent à des motivations différentes. Vehiatua tente avant tout de recouvrer la santé et, logiquement, il met en œuvre tous les moyens qui lui paraissent appropriés. Par contre, les Mamaia contestent les valeurs de la société globale, ils refusent la vaccination essentiellement en raison de leurs convictions qui sont leur raison d'être ¹⁷⁹. Chacun de ces comportements a donc en propre une forme caractéristique de rationalité qui le rapproche de l'un des types idéaux d'activité distingués par Weber, l'activité rationnelle en finalité ou l'activité rationnelle en valeur.

Il semble bien qu'à Tahiti l'opposition systématique à la médecine occidentale ne soit qu'une conséquence partielle du rejet plus général d'un ensemble de valeurs importées. Si l'on admet cette explication, on conçoit que ce refus de principe soit assez rare car il suppose des individus animés par des convictions d'une force peu ordinaire. Aujourd'hui, on peut encore trouver quelques extrémistes qui prônent ce genre de refus parmi les activistes qui défendent la culture polynésienne.

À l'inverse, comme Vehiatua, la plupart des gens font feu de tout bois pour venir à bout de leurs difficultés de santé et ils interprètent leur propre conduite selon les catégories qui leur sont familières, sans souci excessif des principes qui pourraient se trouver en conflit. Ils cherchent à utiliser au mieux les moyens disponibles, en jugeant des avantages et des inconvénients que présentent les diffé-

¹⁷⁹ Notons cependant que jusqu'alors, la médecine des Européens n'avait guère fait la preuve de son efficacité contre les épidémies.

rents choix, en fonction de leurs conceptions médicales. C'est leurs conduites que nous nous proposons maintenant d'analyser.

Les soins sont-ils accessibles ?

Les Tahitiens ont-ils la possibilité effective de choisir les recours médicaux qui leur conviennent ? Des contraintes diverses limitent inévitablement la recherche des soins. Les plus notables sont d'ordre technique, économique ou social, mais, comme nous le verrons ces contraintes leur laissent une marge de comportement qui leur permet d'exercer un choix véritable.

Contraintes techniques

Les contraintes techniques sont les limitations qui découlent des caractéristiques propres à chaque système médical. Les Tahitiens font certes un usage complémentaire des médecines, mais si l'on s'en tient au problème du choix des soins, il est nécessaire de distinguer deux formes bien distinctes dans cette complémentarité. Je propose de parler de complémentarité indifférenciée et différenciée.

Dans le premier cas, le malade perçoit sa situation de telle sorte qu'il a le sentiment qu'une médecine pourrait se substituer à une autre pour rendre le service qu'il en attend, et que pour cette raison, il est devant un choix. Un individu qui tousse a la possibilité d'essayer différents médicaments tahitiens, un *râ'au hota*, « médicament contre la toux », ou un *râ'au 'ôuma pê*, « médicament contre la poitrine infectée (bronchite) », ou un *râ'au 'ôuma pê fati*, « médicament contre la poitrine infectée (bronchite) avec lésions » etc., et il a aussi la possibilité d'aller voir un médecin. Il procédera empiriquement, par essais successifs et changera de soins ou de médecine si le résultat ne le satisfait pas.

Dans le deuxième cas, il apparaît au malade que si une médecine ne peut pas lui procurer l'assistance ou les soins qu'il recherche, l'autre par contre peut le faire. Cette complémentarité est contraignante, puisque le recours à l'une des médecines s'impose de manière quasi-obligatoire. Il y a partage des compétences entre les médecines, les utilisateurs attribuent à chacune un domaine particulier.

Les maladies surnaturelles reviennent à la médecine tahitienne, et plus prosaïquement, l'arbitrage des prestations de la Caisse de Prévoyance sociale est réservé à la médecine occidentale.

La médecine tahitienne distingue explicitement deux grandes catégories de maladies, les *ma'i mau*, « maladies véritables » et les autres... lesquelles sont désignées par différents noms tels que l'euphémisme *ma'i ta'a'ê*, « maladies particulières ». On traduira approximativement par maladies « naturelles » et « surnaturelles ». La différence essentielle entre ces deux catégories de maladie est que les deuxièmes ne peuvent être soignées de manière ordinaire, le traitement doit remonter aux causes, et les causes sont les interférences réciproques des résidents de l'au-delà avec les vivants de notre monde d'ici-bas. En fait, ce n'est pas tant la nature de leurs causes supposées qui différencie les maladies surnaturelles et naturelles, que la nécessité de rechercher une cause à certains cas de maladies et non à d'autres. L'explication tahitienne du monde est essentiellement religieuse et quelle que soit la maladie, le dernier mot de l'explication des causes revient au surnaturel.

Le rôle des agents infectieux ou des accidents divers dans les maladies n'en est pas moins reconnu mais il ne constitue pas une réponse satisfaisante aux interrogations sur les causes d'une maladie. Les Tahitiens connaissent les micro-organismes sous le nom de *manumanu*, « animal-cule ». Certains en ont même une expérience directe. Dans le passé, les agents du service de santé ont souvent fait des tournées de dépistage de la filariose, les personnes visitées ont vu des microfilaires au microscope dans les gouttes de sang prélevées. Certaines notions modernes sur les maladies sont connues aussi, car elles sont diffusées dans la population par le canal des programmes d'éducation sanitaire présentés à la télévision comme à la radio. Mais les réponses données par la médecine occidentale sont plus comprises comme des descriptions que des explications qui donnent un sens à la maladie.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la médecine occidentale, qui suppose une attitude naturaliste, ne convienne pas au traitement des maladies surnaturelles. Mais même dans les cas où, suivant les conceptions tahitiennes, se superposent maladies naturelle et surnaturelle, c'est la composante surnaturelle appelée *ma'i tâpiri*, « maladie adhérente », qui doit d'abord être traitée, car selon les guérisseurs, le traitement en ordre inverse est voué à l'échec.

Parmi les praticiens tahitiens, ceux qui traitent les maladies naturelles sont des herboristes appelés *ta'ata râ'au*, « faiseurs de médicaments » ou des masseurs appelés *ta'ata taurumi*. Le traitement des maladies surnaturelles est l'affaire de guérisseurs qu'on se contente habituellement d'appeler *tahu'a* sans autre précision. Au sens propre du mot, un *tahu'a* est un expert dans sa spécialité, un maître dans son art, par exemple la pêche ou la construction des pirogues. Il est courant qu'un même guérisseur traite aussi bien les maladies naturelles que surnaturelles.

Les représentants des religions chrétiennes sont l'autre recours possible, surtout s'il apparaît que Dieu n'est pas étranger aux malheurs ou aux maladies qui frappent l'individu, car il est admis qu'il peut être aussi à l'origine de certains châtements. Il est par exemple fort possible qu'une personne qui signe la Croix-Bleue chez le pasteur, et tombe malade peu après, préfère s'adresser au pasteur plutôt qu'au *tahu'a* qui est le spécialiste des maladies surnaturelles. La Croix-Bleue est un système imaginé par les pasteurs de l'Angleterre puritaine du siècle dernier pour combattre l'alcoolisme ou d'autres « vices », à une époque où ils avaient déclaré la guerre à « l'immoralité » sous toutes ses formes. Le pécheur repentant doit faire promesse d'abstinence pour une durée déterminée. Autrefois, il portait à son revers une croix bleue ou *pine*, « épingle », aujourd'hui il se contente de signer, mais il n'en demeure pas moins sous le regard de Dieu qui est le juge de tous ses manquements.

Autant d'un point de vue tahitien la médecine européenne est impuissante à combattre les maladies surnaturelles, autant la médecine tahitienne est mal placée pour fournir les pièces d'un dossier médical à transmettre aux administrations. Le nombre des travailleurs salariés s'est considérablement accru avec la modernisation des trois dernières décennies, et les travailleurs salariés, comme les pêcheurs ou les agriculteurs sont affiliés à la Caisse de Prévoyance sociale. Un grand nombre de personnes sont donc maintenant dans l'obligation de fournir des documents pour obtenir des congés de maladie ou le remboursement de frais médicaux. Le recours à la médecine occidentale devient donc indispensable dans certaines circonstances. À certains égards, cette situation rappelle les années cinquante qui ont vu disparaître les anciennes techniques polynésiennes d'accouchement pratiquées à domicile. Des mesures avaient été prises en faveur des femmes qui donnaient naissance à leur enfant en milieu hospitalier. Les femmes qui accouchaient à domicile ne réunissaient pas les conditions requises pour bénéficier des avantages

accordés d'où la disparition de cette pratique. Il existe donc une certaine similitude, mais à la différence de l'accouchement qui est un événement ponctuel, un épisode de maladie a une durée, et un malade peut recourir à la médecine de son choix en plus de celle qui lui est imposée. La médecine tahitienne n'est donc pas menacée de la même disparition.

Pour les guérisseurs, on ne peut pas passer sans précaution d'une médecine à une autre. Selon leur théorie, les médicaments européens rendent inopérants les médicaments tahitiens, le changement de médecine doit être précédé d'une purge qui nettoie l'organisme et le remet en état de répondre aux nouvelles médications. Cette contrainte n'est pas toujours respectée par les malades, en particulier si au lieu d'user successivement des deux médecines, ils suivent en parallèle les traitements des guérisseurs et des médecins.

Cas 1. Un jeune homme est hospitalisé, sa maladie appelée *ta'auae* en tahitien est une infection des amygdales. Il est soigné en cachette par une amie de la famille. Avec l'accord de l'infirmier, elle lui apporte tous les jours un demi-verre de médicament, il doit se gargariser avec une partie et boire le reste. Il se guérit, le médecin se félicite de son rétablissement, mais personne ne lui parle du médicament *râ'au ta'auae* qui a « produit la guérison », car ce serait faire preuve d'un manque de tact certain.

Dans cet exemple, les traitements parallèles procurent une double sécurité, la médecine occidentale apporte sa garantie, même si la guérison est attribuée à la médecine tahitienne. On peut aussi observer le cas de recours parallèles pour un enjeu autre que les traitements, le bénéfice retiré par le malade est, par exemple, le diagnostic radiographique ou endoscopique qui confirme la nature de la maladie.

Cas 2. Un homme a des douleurs d'estomac depuis plusieurs années. Il se soigne avec les médicaments prescrits par le médecin de l'hôpital, mais ils deviennent de moins en moins efficaces. Il quitte son île pour se faire examiner à Tahiti dans une clinique privée. L'examen endoscopique montre un ulcère et le médecin de la clinique lui prescrit de nombreux médicaments. Il décide de ne pas les prendre et il demande à sa femme de le soigner. Elle a un don de clairaudience, les voix qu'elle entend lui « donnent » des médicaments (recette et pouvoir de guérir) avec lesquels elle soigne bénévolement des personnes autour d'elle. Après une purge destinée à effacer toute trace des médicaments européens, elle lui administre ses propres médicaments et l'état du mari s'améliore. Quelques mois

après il retourne chez le médecin qui constate la disparition de l'ulcère.

Dans l'exemple suivant, les droits à la médecine gratuite sont supposés être en jeu.

Cas 3. Une femme est atteinte des maladies 'ô*maha miti*, « sels dans l'urine » (albuminurie) et 'ô*maha tihota*, « sucre dans l'urine ». Le médecin de l'hôpital local l'adresse à un spécialiste de l'hôpital de Tahiti. Le médecin qui l'examine prescrit un traitement par « piqûres ». Quelque temps après, le mari et son épouse se ravissent, ils trouvent que le traitement que la femme suit régulièrement ne produit pas l'amélioration attendue. Elle se rend chez un guérisseur, et celui-ci la traite par ses médicaments. Ensuite, la femme va mieux. Le mari continue à l'emmener régulièrement aux consultations mensuelles du médecin, car il bénéficie de la médecine gratuite sur décision initiale du maire. Il est persuadé que s'il interrompt le traitement, le médecin se « fâchera » et qu'il perdra cet avantage. En outre, il a maintenant un problème de conscience. Ayant constaté l'amélioration de l'état de la malade, le médecin lui a demandé si elle n'avait pris que les médicaments européens. Pour éviter de « fâcher » le médecin, le mari a répondu affirmativement à la place de sa femme. Il pense que le médecin faisait l'essai d'un nouveau traitement et que maintenant il va le prescrire régulièrement. Il a donc l'impression d'avoir trompé le médecin.

Contraintes économiques

Les considérations économiques ont une influence sur la conduite des malades, mais elles ne sont déterminantes que pour ceux qui rentrent difficilement dans les catégories prévues par l'administration. Les deux dispositions qui rendent accessibles la médecine occidentale ont déjà été mentionnées. D'abord, la Caisse de Prévoyance sociale qui concerne les salariés, les pêcheurs et les agriculteurs, et ensuite les certificats accordant la gratuité de la médecine, délivrés par les maires.

Le remboursement des frais médicaux, les soins gratuits, comme la délivrance de certificat d'arrêt de travail, jouent donc en faveur de la médecine occidentale, mais ils ne sont pas décisifs. Les guérisseurs qu'ils soient masseurs ou herboristes, ne reçoivent bien souvent que de menus cadeaux ou de petites sommes d'argent.

De plus certaines personnes, en situation plus ou moins régulière, se trouvent en dehors du système de protection sociale :

Cas 4. Un jeune homme a des plaies à la jambe qui ne cicatrisent pas parce qu'il est diabétique. Il a été soigné par plusieurs guérisseurs, le médicament *râ'au 'ô* « médicament contre la maladie 'ô » (catégorie générique de maladies à douleurs internes) l'a guéri momentanément il y a trois mois. Il est allé consulter un médecin qui lui a fait faire des analyses de pus et de sang pour 12 000 francs CP (660 francs), et ensuite il lui a dit qu'il fallait les refaire car le résultat « ne lui paraissait pas juste ». Ce jeune homme, qui ne cotise pas à la Caisse de Prévoyance sociale a abandonné. Quand il va à l'hôpital dispensaire, il paye aussi 2 000 francs CP avant la visite ; ensuite muni du reçu il va voir le médecin de l'hôpital, et il paye aussi les médicaments, dit-il. Ces jours-ci, il ramasse des plantes pour un de ses amis qui lui fera un médicament. Pendant ses prochains congés, il va se rendre dans une île voisine pour se faire soigner par une femme qui a une bonne réputation de guérisseuse.

À l'inverse des herboristes, certains *tahu'a* exorcistes monnaient fort cher leur talent, l'aide de la famille proche est parfois nécessaire pour faire face à ces dépenses.

Contraintes sociales

Pour mettre en évidence l'existence de contraintes sociales, il suffit de changer de niveau d'observation et de considérer les conduites à l'échelle des groupes sociaux plutôt que des individus. Si on considère la société globale et non plus seulement les Tahitiens (au sens de groupe ethnique polynésien qui lui est donné ici) l'influence de l'appartenance ethnique sur les choix médicaux apparaît clairement. La société tahitienne actuelle est formée de quatre principaux groupes ethniques : les Polynésiens (c'est-à-dire les *mâ'ohi* qui sont appelés ici les Tahitiens), les Demis, les Chinois et les Européens. De toute évidence, chacun des groupes ethniques polynésien, chinois ou européen a plus ou moins d'affinités avec les médecines tahitienne, chinoise, ou européenne, en raison de ses origines historiques. Il reste le groupe des Demis, leur « positionnement » par rapport aux systèmes médicaux en présence mérite une explication. L'appellation « Demis » est consacrée par l'usage, elle signifie littéralement demi-européen ou demi-polynésien. Néanmoins la référence au métissage ne suffit pas à caractériser ce groupe social car le métissage est répandu aussi dans le groupe ethnique polyné-

sien. La classe des Demis a émergé au XIX^e siècle, après que les mariages mixtes entre Tahitiens et Européens, jusque-là prohibés, aient été autorisés en 1841. Avant l'époque récente de modernisation, qui a rendu plus flous les contours des groupes sociaux, c'était eux qui occupaient les postes de l'administration locale. Leur connaissance du pays et des deux langues française et tahitienne, en faisait les intermédiaires obligés des administrateurs français expatriés. Les Demis se distinguent des *mâ'ohi* par leur style de vie qui est similaire à celui des Européens ; leurs préférences médicales, par contre, ne sont guère différentes. L'explication tient sans doute au fait qu'à certains moments, les Demis se sont trouvés placés dans un contexte social qui renforçait les croyances aux maladies surnaturelles. C'est parmi les Demis que se rencontrent les grands propriétaires terriens. Les familles les plus anciennes ont acquis leurs domaines par des alliances avec les *Ari'i*, c'est-à-dire la classe des chefs, ou la noblesse de l'ancienne société ; d'autres familles ont constitué leur domaine plus tard en achetant des terres aux Polynésiens au XIX^e siècle quand la démographie était tombée à un niveau très bas. Dans cette société anciennement aristocratique, la propriété de la terre a une valeur symbolique et économique et dans les îles plus qu'ailleurs encore, c'est un bien limité. À Tahiti, elle est l'enjeu de revendications et de chicaneries incessantes, les Demis, propriétaires terriens, ne pouvaient échapper à ces conflits. À Tahiti, les maladies surnaturelles font partie d'un système de régulation sociale qui prévient ou règle les conflits, et plus précisément, les Tahitiens ont délibérément recours à la menace de sanctions surnaturelles pour protéger leurs propriétés foncières. Les pierres qui bornent les propriétés sont « priées », comme le dit la formule tahitienne *purehia* employée en la circonstance. Avec l'assistance d'un diacre, le propriétaire demande de cette façon à Dieu la protection de sa terre. Ce procédé est une version christianisée de l'ancienne manière qui consistait à placer des *ti'i* à l'entrée des propriétés. Ces statues de pierre humanoïdes passaient pour de redoutables gardiens. D'une manière générale, les pierres jouent un rôle singulier dans le système de croyance tahitien car elles accumulent le *mana*, spécialement quand on les « prie ». En conséquence, celui qui outrepassa ses droits, qui déplace les bornes, encoure le risque d'être atteint par une maladie dite *utu'a*, une sanction sous forme de maladie surnaturelle. Au demeurant, un dicton met en garde contre ces pratiques illégales : « qui mange la terre, la terre le mangera », ce qui signifie que l'usurpation des droits fonciers mène tout droit à la tombe. La protection des droits fonciers par la crainte d'une

maladie surnaturelle ne fait pas vraiment double emploi avec l'institution judiciaire qui a pour tâche de faire respecter les droits, car le système foncier est un produit hybride du droit coutumier et du code civil, et il est inextricable tout autant que les généalogies qui fondent les indivisions foncières. Les procès sont interminables, et en fait, la crainte des maladies surnaturelles est une protection aussi sûre. On peut donc assez légitimement penser que l'intérêt que les Demis portent à la médecine tahitienne a son origine dans le système de régulation sociale par la maladie auquel ce groupe social a été exposé.

Si nous revenons aux Tahitiens d'origine polynésienne, malgré les limitations pratiques imposées par les contraintes mentionnées plus haut, il leur reste des sources de soins assez variées. Leur quête de soins commence au plus proche, mais elle peut aussi les entraîner très loin. La personne souffrante se renseigne d'abord pour savoir qui parmi les parents ou les voisins est propriétaire de la recette de tel médicament, ou simplement connaît la recette si elle est du domaine public : *Nâ vai te râ'au he'a ?*, « Qui a un médicament pour la maladie *he'a* ? » Si cela ne suffit pas, le malade se rend chez un guérisseur ou va à l'hôpital le plus proche. Le cercle des recherches peut s'agrandir de manière considérable, car les Tahitiens entreprennent volontiers des voyages pour se faire soigner, comme d'ailleurs pour tout autre motif. Certains se rendent dans une autre île plus ou moins éloignée pour consulter un guérisseur, à moins qu'ils ne préfèrent lui demander de venir séjourner quelque temps chez eux. D'autres partent pour des destinations lointaines comme les Philippines ou la Nouvelle-Zélande. À une certaine époque, les guérisseurs de Bagio aux Philippines ont attiré les Tahitiens en grand nombre. Il est assez courant aussi de se faire soigner dans les hôpitaux néozélandais, et ceci en dépit des interventions des médecins de Tahiti, qui expliquent dans la presse locale que ces voyages sont inutiles. Le prestige du monde anglosaxon, qui est grand à Tahiti, n'est pas étranger à ces choix. Si les malades fréquentent plus rarement les hôpitaux de Honolulu ou Los Angeles, c'est en raison du coût élevé de la médecine aux États-Unis.

Qu'est-ce qui explique les choix ?

Malgré des contraintes inévitables, il reste donc aux Tahitiens une marge de manœuvre importante qui leur permet de faire des choix médicaux effectifs. Nous nous proposons d'avancer quelques éléments d'explication des choix, tout en sachant bien par ailleurs que toute décision résulte d'une multitude de variables qu'il est difficile ou impossible de cerner. Le schéma explicatif proposé comprend les éléments suivants : la cible des choix qui est définie par la liste des options possibles, une donnée qui est la perception de la maladie comme naturelle ou surnaturelle par le malade, un instrument du choix qui est la logique mise en œuvre dans une situation d'incertitude, un ensemble de valeurs qui joue un rôle de filtre et influence les choix.

Les trois options

Dans la pratique, un malade a le choix entre trois sortes d'initiatives, citons les dans un ordre quelconque, d'abord aller à une consultation à l'hôpital ou chez un médecin privé, ensuite s'adresser à un guérisseur qui soigne par des médicaments ou des massages, enfin se procurer les services d'un *tahu'a* exorciste. Plutôt que de considérer le choix entre deux médecines, il est plus conforme à la réalité de considérer que les choix prennent pour cible trois grandes options, la médecine occidentale, la médecine tahitienne des maladies naturelles et la médecine tahitienne des maladies surnaturelles.

La perception de la maladie

Nous définirons la perception de la maladie, comme l'idée plus ou moins arrêtée, et plus ou moins précise que s'en fait le malade et qui met en jeu tous les éléments qui peuvent concourir à former une opinion. Un individu peut percevoir sa maladie comme naturelle ou surnaturelle, cette donnée oriente fortement son choix.

L'analyse de cas concrets, montre que si un individu perçoit sa maladie comme surnaturelle, cette perception de la maladie dépend de données cognitives, donc d'informations, mais aussi de données affectives, en l'occurrence son état

psychologique qui conditionne l'interprétation des informations. Ces données sont essentiellement la bizarrerie de la maladie d'une part, et son anxiété d'autre part.

Notons d'abord que les Tahitiens ont tendance à voir des manifestations surnaturelles dans les maladies qui sortent de l'ordinaire, celles qui montrent des signes bizarres, comme les maladies défigurantes ou les troubles du comportement.

Cas 5. À la suite de déboires conjugaux, une femme tombe malade, elle maigrit, elle mange peu et « se contente de boire de l'eau », elle ne peut pas concentrer son attention, elle est assaillie d'idées obsessionnelles, mais surtout elle a des visions le soir. Un *tâne tûpâpa'u*, c'est-à-dire un revenant qui est son amant, vient lui rendre visite. Pendant quatre années, elle consultera plus d'une dizaine de *tahu'a*, elle séjournera dans des hôpitaux et des cliniques sans résultat. Enfin, un *tahu'a* trouve la cause de sa maladie : comme sa mère déjà décédée, elle est victime de la jalousie de certaines personnes. Des exorcismes et des médicaments faits de plantes lui apportent le soulagement qu'elle espérait.

Outre les maladies étranges, celles qui se révèlent rebelles aux traitements tendent aussi à être considérées comme des maladies surnaturelles :

Cas 6. Un homme a eu mal à une dent, la douleur, lancinante, persiste et se prolonge derrière l'œil. Il consulte deux médecins successivement, sans être satisfait du résultat. Un troisième lui dit qu'il a un « rhumatisme » et prescrit un traitement par piqûres mais la douleur persiste. Le malade commence à trouver tout cela *huru 'ê*, c'est-à-dire bizarre. Il va voir une femme qui pratique la divination en observant l'écume du jus de citron versé dans l'eau bouillante. Elle lui révèle alors la cause de sa maladie. Dans chacune de ses deux maisons, il a calé la porte avec une *'ôfa'i ora*, une pierre vivante. Quand le vent fait battre la porte, elle heurte le « front » des pierres. Suivant les indications de cette femme, il fait tremper les pierres dans du pétrole avant de s'en débarrasser, et il boit le mélange d'eau et de jus de citron qu'elle lui a donné. En même temps, il poursuit le traitement du médecin. Au quatrième jour, la douleur disparaît.

Cet exemple montre bien comment un mal assez banal qui persiste peut se transformer en une maladie surnaturelle. Comment l'expliquer ? On a tout lieu de penser que l'état psychique du malade se modifie, et que son anxiété allant s'intensifiant, elle finit par transformer sa perception de la maladie, même si les signes alarmants n'ont guère changé.

L'anxiété fait naître le soupçon de la maladie surnaturelle et dans un deuxième temps, elle joue un rôle dans l'interprétation d'événements de la vie du malade lorsque l'intervention d'un spécialiste confirme la maladie surnaturelle.

Les *tahu'a* traitent les maladies surnaturelles par deux moyens principaux, les exorcismes et l'action sur les causes. Le deuxième moyen consiste à effectuer un retour en arrière dans la vie du patient, afin de rechercher les causes de la maladie et agir ensuite sur ces causes. Si le patient a commis une faute, il réparera sa faute et donnera la preuve de son repentir aux êtres qu'il a offensés ou lésés, qu'ils appartiennent à ce monde ou à un autre. S'il est victime de malveillance, le *tahu'a*, secondé de ses esprits familiers, lancera une contre-attaque. Il est donc essentiel pour le succès du traitement de trouver la cause de la maladie.

Avec l'aide du *tahu'a*, le malade passe en revue les événements de sa vie écoulée pour découvrir ceux qui sont suffisamment significatifs pour révéler la cause. Il recherche donc un sens caché dans les événements, son but est de faire surgir une interprétation symbolique qui expliquera la maladie. Il transforme l'événement en signe, la relation de sens qu'il établit fait de l'événement un indice, une icône ou un symbole ¹⁸⁰ de sa maladie (suivant la terminologie de Peirce). Dans le cas qui vient d'être présenté, comme dans le suivant, la relation est iconique. La porte qui frappe la pierre agit sur la tête du malade ; l'homme qui saisit son père au cou cause le mal qui l'atteint lui-même à la gorge.

Cas 7. Un homme est atteint d'un cancer à la gorge. Les médecins qui l'ont soigné ne lui laissent pas d'espoir. Alors, pendant les trois derniers mois de sa vie, un tahu'a demeure en permanence chez lui et tente de le guérir, par ses propres médicaments d'abord, et ensuite par des médicaments provenant d'autres sources. Il attribue la maladie au fait que le malade avait saisi son père par le cou pendant une dispute. Le père aurait alors « parlé » (aux êtres de l'autre monde), et c'est la grand-mère et le grand-père tous deux décédés qui auraient envoyé la maladie. Le tahu'a demande au malade de se repentir de son geste et de s'en excuser auprès de son père.

¹⁸⁰ Un indice établit un rapport de contiguïté, c'est une émanation de l'objet représenté, comme la fumée est un indice du feu. L'icône a une similarité avec son objet, une tache rouge dénote la couleur rouge, le théâtre mime l'action qu'il présente. Le symbole comporte une part de convention, son décodage passe par la médiation de la culture, ainsi la flamme est le symbole de l'amour dans une certaine littérature.

L'interprétation de la maladie aboutit souvent à l'accusation de proches, ce qui indique bien qu'elle comporte un mécanisme de projection des conflits du malade et qu'elle reflète son état affectif, comme le montre l'exemple suivant.

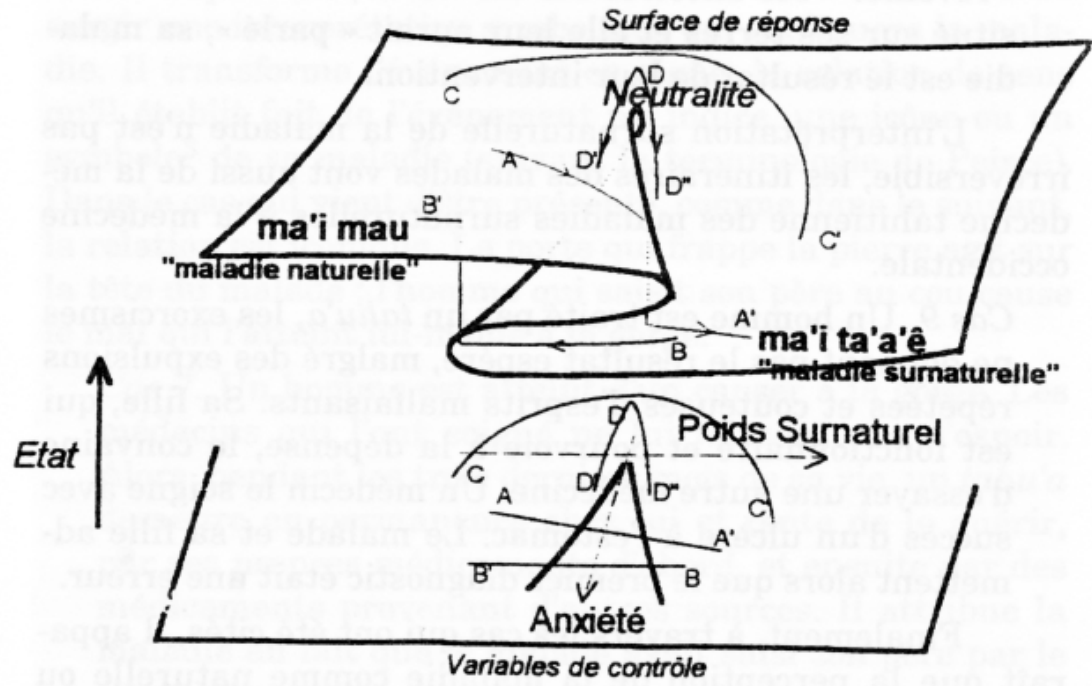
Cas 8. Une femme a un zona. Cette maladie est appelée *mâri-ri 'ôpûpû*, « maladie de type inflammatoire produisant des vésicules », elle passe pour très dangereuse car si les vésicules arrivent à ceinturer la taille du malade, celui-ci ne survit pas. Après avoir consulté des médecins, elle s'adresse à un *tahu'a* qui parvient à lui éviter cet accident. Avec son assistance, elle fait un rapprochement entre son zona et un différend qu'elle a avec une parente à propos d'affaires de terre. Cette parente serait allée « réveiller » ses ancêtres sur un *marae*, un temple ancien situé sur ses terres et elle leur aurait « parlé », sa maladie est le résultat de leur intervention.

L'interprétation surnaturelle de la maladie n'est pas irréversible, les itinéraires des malades vont aussi de la médecine tahitienne des maladies surnaturelles à la médecine occidentale.

Cas 9. Un homme est traité par un *tahu'a*, les exorcismes ne donnent pas le résultat espéré, malgré des expulsions répétées et coûteuses d'esprits malfaisants. Sa fille, qui est fonctionnaire et pourvoie à la dépense, le convainc d'essayer une autre médecine. Un médecin le soigne avec succès d'un ulcère à l'estomac. Le malade et sa fille admettent alors que le premier diagnostic était une erreur.

Finalement, à travers les cas qui ont été cités, il apparaît que la perception de la maladie comme naturelle ou surnaturelle peut, ou bien résulter d'une conviction qui se forme progressivement au cours de la maladie (cas 5), ou bien découler d'un revirement d'opinion sous la double influence de données cognitives et affectives. On peut représenter ces différents traits sous forme d'un modèle qui donne une vision globale des itinéraires de recherche de soins ainsi engendrés. Le « modèle de la fonce » en donne une représentation assez claire, il a été introduit par le mathématicien R. Thom dans son étude de la morphogenèse connue sous le nom de « Théorie des catastrophes ». Il va de soi qu'un modèle n'aide à la compréhension que s'il est lui-même compréhensible. Mes scrupules à ce sujet sont atténués par le fait que ce modèle a déjà fait l'objet de deux applications au moins à l'anthropologie dans des publications en langue française (Perrin 1986 : 108, Petitot-Cocorda 1977 : 110). Le lecteur pourra se reporter aux introductions de ces articles pour plus de détails théoriques, ou à d'autres présentations de cette théorie (Ekeland 1984 : 95). Sans entrer dans une discussion sur la validité du

modèle dans son application au choix des recours médicaux, on peut au moins lui accorder la valeur d'une métaphore topologique qui visualise le passage d'une perception de la maladie à une autre.



Le modèle représente un système, la perception de la maladie, qui peut prendre divers états « d'équilibre ». Chacun est défini par une unique variable d'état (ou interne) allant de la valeur « maladie naturelle » à la valeur « maladie surnaturelle » avec des valeurs intermédiaires.

L'état du système dépend de deux variables de contrôle (ou externes), ce sont les données cognitives et affectives déjà présentées. La première de ces variables est le « poids surnaturel », il mesure l'importance qu'auraient les indices du surnaturel dans le jugement d'une personne de culture tahitienne évaluant la maladie avec un recul suffisant pour la préserver de l'émotivité. La deuxième variable est « l'anxiété » qui modifie la perception de la maladie.

Tout changement des variables de contrôle se traduit par un trajet tracé sur la surface de réponse (et sur le plan des variables de contrôle). On voit tout de suite une différence entre un trajet tel que AA' et un trajet tel que CC'. Le premier fran-

chit le bord de la fronce et passe brusquement sans transition sur le pli inférieur, c'est ce genre de changement soudain qui est appelé catastrophe. Par contre, le trajet CC' ne rencontre aucune discontinuité.

Un trajet du type AA' est celui du cas 6, il arrive un moment où la maladie se révèle surnaturelle. Le trajet CC' peut représenter le cas 5, où la conviction de la maladie surnaturelle se forme progressivement. Les trajets DD' et DD'' montrent que des cas de maladie présentant des « poids surnaturels » voisins peuvent aboutir à des conclusions opposées.

Logique et incertitude

Suivant la logique la plus simple, les Tahitiens devraient s'adresser au *tahu'a* quand ils pensent être atteints de maladie surnaturelle et seulement dans ce cas. Cette logique a le mérite de la simplicité, mais la réalité est plus compliquée. D'une part les décisions sont prises en situation d'incertitude plus ou moins grande, et d'autre part, il arrive que les malades prennent des décisions qui contredisent leurs opinions.

L'exemple suivant illustre le fait que ce n'est pas en toute connaissance de cause que sont prises les décisions.

Cas 10. Un guérisseur opère en public, en pleine ville, ce qui est inhabituel, les autres traitent leurs patients chez eux. Il est à l'endroit même où il aurait eu la révélation de son pouvoir. La vierge lui est apparue sous forme d'une étoile rouge alors qu'il dormait en plein air. Il pratique le massage et ne demande aucune rétribution en échange. Il a aussi quelques assistants. Il fait détruire et brûler par ses aides, les pierres ou les statuettes religieuses qu'on lui apporte, ou qu'il va lui-même rechercher, quand il a décelé leur influence nocive. Un aide tient deux accessoires à la main : une Bible et une bouteille qui contient de l'huile d'olive, le lubrifiant du massage. Des centaines de malades affluent chaque jour, il masse sans répit. Il interroge, explique, donne des conseils. Cet engouement exceptionnel a duré quelques mois, des malades désertaient l'hôpital, d'autres venaient de très loin.

Supposons un patient qui ne veut pas laisser passer une chance de guérison et se présente devant ce guérisseur. On imagine sans peine devant quelle situation ambiguë il va se trouver. Le traitement est un massage, mais de quelle sorte de massage s'agit-il ? Des indices laissent penser que le résultat recherché n'est pas

uniquement l'effet ordinaire du massage. Certains gestes suggèrent que le masseur cherche aussi à expulser un « mal » hors du corps du patient, s'agit-il d'un exorcisme ? Les personnes qui assistent à la scène l'interprètent d'ailleurs diversement. Si, comme il est probable, le patient pense que le guérisseur a un pouvoir, de quel genre de pouvoir s'agit-il ? Tous les pouvoirs ne sont pas bons à approcher. Par sa présence, la Bible propose une réponse rassurante. La Bible, qui est le livre le plus lu à Tahiti et aussi le seul dans bien des cas, est une marque chrétienne évidente. En outre, le discours du guérisseur sur les maladies est tout autre que celui des médecins quand il donne des explications et *a fortiori* quand il met en garde contre certaines pratiques comme les ponctions lombaires. Il risque fort de laisser perplexe le malade qui sort de l'hôpital.

L'accumulation des incertitudes suggère que la logique qui peut guider le malade dans ses décisions n'est pas une logique du oui et du non, mais plutôt une logique du compromis qui pondère les possibilités (au sens propre du terme, une logique floue sans principe du tiers-exclus). Autrement dit, les contradictions apparentes ne feront pas nécessairement reculer le patient qui prend des décisions.

Cas 11. Un malade fait un séjour à l'hôpital car il a des plaies qui ne guérissent pas en raison de son état diabétique. Il a été envoyé à Tahiti par l'infirmière responsable du dispensaire de l'île où il vit (à cette époque il n'y avait pas de médecin permanent). Ses plaies guérissent et il sort de l'hôpital, mais il a l'air ennuyé à cause d'un incident. Il a eu une discussion avec le médecin en présence d'une infirmière qui traduisait. Il a dit au médecin qu'à son avis, sa maladie est due à la malveillance ou à la jalousie de certaines personnes qui ont agi par esprits malfaisants interposés. Le médecin lui a répondu qu'il était fou.

Voilà un malade qui pense être atteint d'une maladie surnaturelle, et qui décide de recourir à la médecine occidentale. Suivant les idées communément admises à Tahiti, il y a contradiction entre sa perception de sa maladie et sa décision. Selon la formulation des psychologues, son opinion est en dissonance cognitive avec sa décision d'où un inconfort psychologique et un désir de réduire la dissonance. Dans le cas présent, il est probable qu'au moment où il a pris sa décision, le malade a pensé avec quelque raison, qu'à défaut d'éradiquer sa maladie, la médecine occidentale pourrait au moins lui apporter un certain soulagement. Apparemment, sa manière de voir sa maladie s'est modifiée par la suite car il continue de suivre les recommandations des médecins.

Les valeurs

Les valeurs qui sont attribuées aux médecines, par l'intermédiaire des représentations tahitiennes, constituent un système qui influe sur les décisions à la manière d'un filtre. Par les valeurs qui leur sont attachées, les trois options médicales attirent ou repoussent les choix des Tahitiens. Ces valeurs sont des valeurs techniques, comme l'efficacité supposée des médecines, mais aussi des valeurs morales.

Les Tahitiens associent la médecine occidentale avec la technologie moderne importée, elle est reconnue comme supérieure et appréciée dans beaucoup de domaines. On attribue à la médecine occidentale l'avantage des traitements rapides et efficaces par « piqûre », à tel point que certains guérisseurs regrettent de ne pouvoir utiliser ce procédé, qui, pensent-ils, décuplerait le pouvoir thérapeutique de leurs médicaments. Il arrive que des examens médicaux techniques comme la radiographie, l'endoscopie, etc., soient demandés en parallèle avec un traitement tahitien dans les cas de fracture, d'ulcère, calcul rénaux, etc. Le traitement prescrit par l'hôpital est alors complété, sinon remplacé par un traitement tahitien, mais le malade continue à s'adresser au médecin pour connaître l'évolution de son état.

Les Tahitiens font un usage critique de la médecine occidentale, ils préfèrent éviter les pratiques qu'ils considèrent inefficaces, dangereuses, ou simplement désagréables. De cette façon, l'immobilisation des membres fracturés dans des plâtres déplaît, les méthodes tahitiennes sont préférées, elles consistent en une immobilisation souple, accompagnée de médicaments et de bains froids. L'idée que les chirurgiens européens sont prompts à pratiquer des amputations ou des ablations alors que les traitements tahitiens pourraient les éviter, est une idée répandue. Des malades racontent comment ils ont échappé de justesse à l'amputation, en changeant de médecine à temps. Le nom du chirurgien n'est d'ailleurs guère rassurant, c'est le *taote tâpû*, le médecin qui tranche ou qui coupe.

Cas 12. Un homme rapporte comment il a été guéri de son *taupô*, un énorme anthrax placé au creux des reins. Il n'est pas allé voir les médecins parce qu'ils ne « parviennent pas à guérir le *taupô*, ils creusent et nettoient, le malade devient fou de douleur ». Le deuxième guérisseur qu'il est allé voir a réussi à le guérir en deux semaines, dit-il, par une méthode tahitienne classique (on fait le tour de la plaie avec le sac contenant l'infusion de plantes médicinales).

Le traitement chirurgical des cancers n'inspire pas non plus une grande confiance, la maladie est comparée au poulpe, appelé *fe'e*, « le chirurgien coupe un bras du poulpe, mais la tête est toujours là ». On préfère donc essayer un traitement par les médicaments tahitiens.

D'une manière générale, la confiance dans la médecine occidentale est pour le moins mitigée. L'ethnologue Michel Panoff, qui a séjourné à Tahiti à la fin des années cinquante, parle même d'une « méfiance générale pour les médicaments et la chirurgie des blancs » (Panoff 1989 : 170). Cette attitude a ses origines au XIX^e siècle, à l'époque où des épidémies meurtrières ont décimé la population au point de la réduire au dixième de ce qu'elle était. Les habitants n'ont pas manqué d'attribuer leurs malheurs à la présence des Européens et aux changements qui en résultaient, comme l'abandon de l'ancienne religion. Ces circonstances ont engendré une méfiance durable envers la médecine des Européens qui ne parvenait guère à changer le cours des choses.

Au cours de cette même période, la pharmacopée tahitienne s'est beaucoup développée jusqu'à devenir le principal moyen thérapeutique tahitien. Les médicaments tahitiens appelés *râ'au Tahiti*, sont aujourd'hui fortement valorisés, ils bénéficient de la confiance unanime des Tahitiens. L'expression *râ'au Tahiti* est d'ailleurs devenue pratiquement synonyme de « médecine tahitienne », à défaut d'un terme générique plus adéquat quand il est question des thérapeutiques tahitiennes.

Médicaments européens et médicaments tahitiens conviennent au traitement des maladies naturelles, mais ils ne sont pas vraiment comparables par le mode d'action qui leur est attribué et les forces qu'ils sont supposés mettre en jeu. Les médicaments européens sont simplement reconnus comme des substances chimiques efficaces, tandis que les médicaments tahitiens, les plus puissants tout au moins, ont un pouvoir d'un autre ordre. Par différentes voies, ils proviennent des ancêtres, les *tupuna*, ce sont eux qui agissent par leur *mana* à travers les médicaments. Et le *mana* des ancêtres est grand, ils ont accompli en leur temps des choses extraordinaires dont on retrouve encore la trace. Au-delà d'un acte médical, se soigner par les médicaments tahitiens a donc une valeur symbolique, c'est réactiver un lien avec le monde des origines.

Le traitement des maladies surnaturelles fait intervenir les ancêtres beaucoup plus directement. Étant donnée la place des ancêtres dans la cosmologie tahitienne, les pratiques des *tahu'a* sont souvent en conflit avec les prescriptions de la religion chrétienne. L'univers polynésien est traversé par une frontière qui le divise en un monde de clarté appelé *te Ao*, et un monde des ténèbres *te Pô* (écrits sans la convention des majuscules, ce sont respectivement « la lumière, le jour » ou « l'obscurité, la nuit »). Cette division n'est pas particulière à Tahiti, on la rencontre dans d'autres parties de la Polynésie. Dans l'ancienne religion qui s'est prolongée jusqu'aux premières décennies du XIX^e siècle, *te Pô* était le monde où séjournent les dieux et les âmes des défunts. Le christianisme a définitivement triomphé en 1815, avec le succès militaire de Pômare, allié aux missionnaires. Ceux-ci ont fait passer le message chrétien dans la langue tahitienne, tantôt en créant un vocabulaire nouveau fait d'emprunts aux langues anciennes européennes, tantôt en adaptant aux idées chrétiennes les anciennes notions dont le nom était conservé. De cette façon, l'opposition entre *te Ao* et *te Pô* a été réinterprétée, le Dieu chrétien a été placé dans la clarté, *te Ao*, tandis que le monde des ténèbres recevait Satan, Prince des Ténèbres, et son enfer, *te pâni a Tatane*, « la marmite de Satan ». Les anciens dieux et les âmes des ancêtres païens se trouvent donc maintenant en mauvaise compagnie. Comme le fait remarquer M. Eliade, lorsqu'une religion succède à une autre, il est fréquent que les anciens dieux se transforment en démons¹⁸¹. Les âmes des chrétiens « vont à Dieu » (*e haere i te Atua*) et avec Dieu, elles occupent la subdivision supérieure du monde de clarté appelée *te Ao ra*. Les vivants sont dans la subdivision inférieure, le monde ordinaire d'ici-bas *te Ao nei*¹⁸².

Il en résulte que la médecine tahitienne des maladies surnaturelles recrute ses alliés, dans les deux mondes *te Ao* et *te Pô*, le monde divin et celui des puissances infernales. Elle est ambivalente à la fois par la tension qu'elle crée entre des valeurs opposées et par les dangers qu'elle comporte en raison de l'ambiguïté du rôle des *tahu'a*.

¹⁸¹ Baal et Ashtarté, dont la bible fait des démons, sont des divinités des religions orientales qui ont précédé le christianisme.

¹⁸² *Nei* et *ra* sont des particules grammaticales qui indiquent la proximité ou l'éloignement.

L'opposition *te Ao / te Pô* est apparentée à une série d'oppositions dont le deuxième terme a une valeur très négative : Chrétien / Païen, Bien / Mal, Salut / Perte. Le mot qui veut dire « païen » est *'êtene*, il s'emploie aussi pour désigner un rustre, un individu grossier. D'une manière générale les habitants des ténèbres sont de mauvaises fréquentations. Si on évoque *tô te Pô*, « ceux des ténèbres », la première réponse de l'interlocuteur est souvent une précaution oratoire qui montre que sa position religieuse est correcte : « je ne fais pas confiance à ceux-là ». Pénétrer dans le domaine de la médecine tahitienne des maladies surnaturelles est donc une aventure douteuse qui fait reculer les personnes qui observent strictement les principes religieux.

La plupart des gens s'en accommodent plus facilement. Les *tahu'a* prennent d'ailleurs la précaution d'affirmer qu'ils tiennent leur pouvoir de Dieu, mais les doutes sur leur véritable rôle subsistent. Il arrive qu'ils soient accusés de sorcellerie. On les soupçonne d'être des *tahu'a pîfao*, « des ensorceleurs ». On suppose que le pouvoir qui leur est accordé par le monde surnaturel ne va pas sans contreparties, et qu'ils sont amenés à faire périr certaines personnes pour payer leur dû en âmes humaines. On connaît des cas de *tahu'a* assassinés par vengeance à la suite de telles accusations.

Le *tahu'a pîfao* se trouve à un des extrêmes de l'échelle des valeurs où les Tahitiens situent les guérisseurs. À l'autre extrême, le guérisseur idéal est animé par le *arofa*, une valeur essentielle des Polynésiens qui englobe tout à la fois solidarité sociale, amour du prochain, charité, pitié... Ce guérisseur est dévoué à la cause de ses semblables. Il ne demande pas d'argent, il a reçu gratuitement un don du Ciel, il ne doit pas le monnayer, sinon il lui sera retiré. Ce type de guérisseur est incarné par Tiurai, le plus fameux des guérisseurs tahitiens. Né en 1835, il est mort en 1918 lors de l'épidémie de grippe espagnole. Tiurai accumule des qualités appréciées des Polynésiens. Il est né dans une famille de *ari'i* ; il a une belle prestance physique ; il est chrétien et diacre catholique ; désintéressé, il mène une vie d'ascète qui le met hors du commun ; généreux, il redistribue aux pauvres les dons qui lui sont faits ; astucieux et manipulateur, il accomplit des guérisons extraordinaires ; enfin, il redresse les défauts de la nature humaine vus à travers des stéréotypes : le Tahitien paresseux, l'Européen arrogant, le Chinois avare. En son temps où « l'assimilation » menaçait ce qui subsistait de la culture tahitienne,

les hauts faits devenus légendaires de Tiurai prenaient valeur de symbole, ce qui explique peut-être que son souvenir soit encore vivace aujourd'hui.

*

En conclusion, les Tahitiens ont pensé les médecines en termes de complémentarité plutôt que d'opposition, depuis que le pluralisme médical s'est installé il y a presque deux siècles dans leur pays. À l'exception de quelques individus dont le refus de la médecine occidentale est motivé par des convictions d'une force peu commune, ils ont une attitude pragmatique. Ils s'efforcent d'utiliser au mieux les soins disponibles, jugeant de leurs avantages et de leurs inconvénients en fonction de leurs propres conceptions médicales. Ils sont amenés à faire des choix à travers lesquels s'expriment des valeurs et ils le font bien souvent dans des situations qui comportent une grande part d'incertitude. En dépit d'éventuelles contradictions, leurs conduites restent cohérentes par leur finalité pratique qui est la recherche des soins les plus appropriés.

Références bibliographiques

Babadzan A.

1993 *Les dépouilles des dieux. Essai sur la religion tahitienne à l'époque de la découverte*, Paris, Maison des sciences de l'homme.

Bausch C.

1978 Po and Ao : an analysis of an ideological conflict in Polynesia, *JSO* 61.

Eco U.

1988 *Sémiotique et philosophie du langage*, Paris, PUF.

Ekeland I.

1984 *Le calcul, l'imprévu. Les figures du temps de Kepler à Thom*, Paris, le Seuil.

Ferdon E.

- 1981 *Early Tahiti, as the explorers saw it 1767-1797*, Tucson, University of Arizona Press.

Gunson N.

- 1963 Histoire de la Mamaia ou hérésie visionnaire de Tahiti, *BSEO* 143/144 : 235-292.

Lévy R.

- 1973 *Tahitians, Mind and Experience in the Society Islands*, Chicago, University of Chicago Press.

Oliver D.

- 1974 *Ancient Tahitian Society*, Honolulu, University of Hawaii Press
1981 *Two Tahitian Villages. A Study in Comparisons*, Lae, Institute for Polynesian Studies.

Panoff M.

- 1970 *La terre et l'organisation sociale en Polynésie*, Paris, Payot.
1989 *Tahiti métisse*, Paris, Denoël.

Parkin D. (éd.)

- 1982 *Semantic Anthropology*, Londres, Academic Press.

Perrin M.

- 1986 Une interprétation morphogénétique de l'initiation chamanique, *L'Homme* 97-98 (« Anthropologie, Etat des lieux ») : 108-129, Paris, Navarin/le Livre de Poche.

Petitot-Cocorda J.

- 1977 Identité et catastrophes (Topologie de la différence), in C. Lévi-Strauss (éd.), *L'identité*, Paris, PUF.

Rodriguez M.

1930 Journal de Maximo Rodriguez, premier Européen ayant habité Tahiti,
Tome 3, *BSEO* 1928-1929, tiré à part. Papeete.

SOIGNER AU PLURIEL.
Essais sur le pluralisme médical.

CONCLUSION

Prendre soins

Par Jean Benoist

"Les croyances n'étant pas bâties sur les faits, les faits ne peuvent les ruiner"

S. Moscovici

[Retour à la table des matières](#)

Observer, comparer, avons-nous dit en début de volume. Ces observations, ces écoutes, ces conduites, que nous disent-elles, et sur quoi ? Le délicat travail de l'ethnologue est de rendre compte de façon équilibrée de la structuration du social et de la liberté des sujets, et le risque est grand de pencher d'un côté ou de l'autre. Au moment de conclure, il est nécessaire de garder plus que jamais la mesure, afin que ce qui se dégage se tienne à l'écart du risque toujours présent de surinterpréter les faits. Dans ce domaine les généralisations sont discutables. Plus exactement, elles ne deviennent légitimes qu'à partir d'une observation qui permette d'explicitement solidement le contexte des situations relevées.

Un premier point ressort d'emblée : si tout ce qui a été rencontré à travers le monde au long des pages de ce livre peut être en première instance qualifié de "pluralisme", suffit-il d'en rester là ? Beaucoup a déjà été dit et pensé sur les croisements entre des systèmes médicaux, sur les logiques en action lors des décisions de soin et sur les rapports sociaux dans lesquels celles-ci fonctionnent ; nous ne devons pas avoir l'illusion d'apporter beaucoup d'inédit. Mais en essayant de n'emprunter aucun des chemins du prêt-à-penser, peut-être pouvons-nous serrer de plus près quelques-unes des leçons de ce livre.

Diversité du pluralisme

Il convient de discuter quelque peu le concept de pluralisme lui-même, et nous ne serons pas les premiers. En tant que constat d'une situation observable, voilà déjà longtemps que le pluralisme est une évidence pour l'ethnologue, une donnée de base, un point de départ pour la réflexion. Mais il n'est qu'un point de départ : le réifier conduirait aisément à des impasses.

Tournons-nous simplement vers les cas que présente ce livre. Ils partagent un seul trait commun : des médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, sont utilisées en même temps ou successivement par les mêmes personnes. Hormis ce fait, on ne relève que peu de constantes dans la genèse des situations de pluralisme. La pluralité des comportements est mue par des forces, sociales, économiques, culturelles, fort diverses. Rappelons quelques exemples. Alice Desclaux nous montre comment la relation très inégalitaire entre le soignant et le soigné, le rapport entre des hommes-thérapeutes et des femmes-mères est à la source d'itinéraires thérapeutiques que l'on pourrait dire "en creux" : il s'agit autant d'un évitement que d'un choix, la femme-mère cherchant à recevoir moins de coups en passant d'un thérapeute à un autre. Quoi de commun avec ce que nous décrit Evelyne Micollier ? Il s'agit là par un jeu subtil de complémentarités et de glissements d'interprétations de résoudre la contradiction entre un héritage religieux porteur d'identité collective et la légitimation scientifique nécessaire aux yeux d'une société qui se veut en cours de modernisation, ceci dans le cadre politique très contraignant de la Chine communiste.

Notre attention est attirée par là sur la nécessité d'une lecture du pluralisme qui ne s'en tienne pas au fait lui-même, à sa structure, aux négociations des individus ; la lecture doit envisager les espaces du social où elle prend sens. Dans le cas chinois on retrouve ici sous un autre angle l'interférence entre la politique et la pathologie que Kleinman (1980) avait déjà montrée à propos de l'essor des plaintes pour troubles chroniques à l'époque de la révolution culturelle. Changeons d'horizon, et nous devons encore changer de cadre d'analyse : Jean Chapuis observe comment c'est la rencontre historique, la frontière ethnique et finalement la gestion de l'identité qui interviennent dans la mise en place des facettes multiples d'un système d'explication de la maladie et de recours face à elle. L'identité de

cette société amérindienne fonctionne comme une ligne de partage entre des types de maladies rattachées à telle ou telle population et qui exigent des types de soignants adaptés à l'origine "ethnique" de ces maladies. La maladie-patrimoine, la maladie marque de l'appartenance sociale ou signe de l'étranger n'est pas un fait exceptionnel : ce que rencontre Jean Chapuis en Guyane nous rappelle aussi bien ce qui se passe ici et là autour du sida que la valeur identitaire du "sang", mais aussi celle de certaines pathologies héréditaires qui, loin d'être l'objet de rejet sont des attributs collectifs valorisés (cf. Gleize 1994, Jeambrun 1994). Mais l'identité ne se dit pas que par des traits positifs. Elle s'appuie aussi sur l'attribution à "l'autre" de pouvoirs magiques ou de savoirs thérapeutiques qui ne peuvent être conçus que de l'autre côté de la frontière qui nous sépare de lui. Tel est le cas de "la maladie des Blancs", qui caractérise ces derniers aux yeux des Amérindiens que Jean Chapuis a connus. Tel est également ce que décèle le regard du Créole chez l'Indien non-thérapeute, qui lui apparaît comme thérapeute pour la raison qu'il est Indien. Ce que décrit à ce propos Odina Sturzenegger nous ouvre une autre voie par laquelle passe le pluralisme médical : la rencontre des médecines dans les sociétés pluriethniques issues des colonisations. Tout se passe comme si l'univers de la maladie et des soins y était un creuset où se brasse, par-delà les questions de santé, un ensemble de tensions et d'interrogations nées de la coexistence entre cultures très différentes. Lorsque ces tensions recroisent l'itinéraire de vie des individus, il advient que ceux-ci peuvent vivre en termes de maladie les contradictions qu'elles suscitent. Les barrières économiques, les interdits matrimoniaux, les oppositions religieuses, tous ces écartèlements de la société sont à la source d'un enchaînement de malheurs et de maladies. Est alors thérapeute celui qui met en scène une autre présentation de la société. Il soigne par son être, et non par son discours et ses pratiques, car sa situation de passeur entre les opposés lui permet en quelque sorte de les éroder. Etre thérapeute dans une société qui vous tient à distance et par cela manipuler malgré soi l'image de la société et ce qui dans son ordre est traumatisant n'est pas un privilège des Indiens du Chaco. L'immigré haïtien en Guyane, l'homéopathe mauricien ou le Père de Saint umbandiste traversent eux aussi les barrières sociales et les hiérarchies ethniques. Le pluralisme est alors un agent de convergence qui dément par des actes les discours d'exclusion.

On pourrait continuer longtemps ainsi, et parvenir peut-être à un inventaire complet des voies historiques, sociales et culturelles du pluralisme, et des mécanismes de sa genèse et de sa pérennité. Mais, quelque intéressant que cela puisse sembler, cela ne conduirait pas bien plus loin que le constat de départ, qui est que le pluralisme, quelles qu'en soient les formes, est la règle et non l'exception, et qu'il est un paysage social dont la genèse peut se faire de nombreuses façons.

On ne peut alors éviter de s'interroger sur la contradiction interne qui est propre aux systèmes pluralistes, où se confrontent des paradigmes très différents, même si on tient les systèmes médicaux pour des "configurations médicales multisystémiques" (Press 1980) intégrées en dernier ressort autour d'un paradigme caché : que se passe-t-il quand les malades et les soignants quittent un système et sautent allègrement d'une référence à une autre au cours d'une même chaîne de diagnostic et de soins ? Il n'est déjà pas si simple de passer de la représentation du système nerveux telle que l'enseigne l'école primaire et le collège à celle qui accompagne l'acupuncture... Cependant, loin de relever des difficultés à ce propos, loin de déceler des "dissonances cognitives", nous avons vu sur tous ces terrains la remarquable tolérance réciproque entre des paradigmes effectivement peu compatibles entre eux. Cela ne tient-il pas à ce que notre propre perception de ce qu'est un système médical est trop orientée vers ce qu'en enseigne, même dans les revues de vulgarisation, la biomédecine ? Celle-ci tranche dans le vif entre le vrai et le faux, l'acceptable et l'inacceptable. Il n'en va pas ainsi dans les autres systèmes. Ainsi que le fait remarquer Fernand Meyer, les paradigmes non-biomédicaux sont peu exclusifs. Leur souplesse, leur caractère "ubiquitaire" par rapport aux divers champs sociaux où ils se glissent aisément, leur plasticité expliquent "tant les possibilités d'emprunt entre systèmes que le sentiment de " déjà connu " des usagers passant de l'un à l'autre et ignorant en général les éventuelles sophistications théoriques. [...] Cette tolérance des paradigmes de la plupart des systèmes médicaux "traditionnels" explique aussi la difficulté d'en tracer les limites et l'existence de formes de passage avec des systèmes voisins" (Meyer 1987 : 229). Effectivement aucune image de contradiction n'émerge du terrain, comme si, fondamentalement, les paradigmes qui fonderaient les systèmes de soin n'étaient l'affaire ni de soignants, ni de soignés dont le souci est ailleurs : à travers la diversité, chercher des moyens complémentaires de guérison.

La "quête de sens"

Cherchent-ils plus, et notamment, au-delà de l'action sur le mal, le sens de celui-ci ? À partir de ce que nous enseignent nos observations, revoyons de près l'idée si répandue que les malades entreprennent une grande part de leurs démarches afin de comprendre le "sens de leur mal", au cours d'une quête de "signification". Il serait abusif de le nier, mais n'a-t-on pas tendance à placer au centre de la réflexion anthropologique sur les itinéraires et les demandes des malades ce qui est bien plus périphérique et secondaire qu'on ne le dit souvent ? À l'écoute des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques que nous avons pu suivre au Maroc, en France, en Afrique ou en Amérique Latine où avons-nous décelé cette "quête de sens" ? Peu dans les demandes des malades, mais bien plutôt dans les réponses que les thérapeutes et les rites, les institutions et les cultes leur ont faites, alors qu'ils leur demandaient avant tout un changement de leur état, une cure, une guérison. Le "sens" est-il vraiment une demande si importante de la part du sujet malade, ou est-ce une idée d'ethnologue ? Les questions classiques "Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?" sur lesquelles on s'appuie pour fonder cette interprétation, sont-elles vraiment l'expression de la recherche d'un sens ? Ne traduisent-elles pas plutôt une demande d'éclaircissement sur un point qui semble au malade une étape nécessaire dans la progression vers un diagnostic et vers un traitement ? Dans la mesure justement où la pensée du malade sur sa maladie est contextualisée par son propre horizon social et par sa trajectoire de vie, il lui est nécessaire de répondre à ces questions pour décider que faire. Et lorsque le guérisseur trie entre "maladies de Dieu" et "maladies surnaturelles", que fait-il d'autre que d'orienter vers un choix thérapeutique ? Nous nous trouvons en face d'un pragmatisme, et non d'une recherche de sens, mais d'un pragmatisme élaboré en relation à un mode de perception et de classement de la maladie et de ses causes. Le "sens", au niveau existentiel, vient par surcroît. Et si on le fournit au malade en dehors de toute préoccupation opératoire, on n'agit sans doute pas selon ses attentes.

On en vient alors à se demander s'il n'y a pas parfois un contresens dans la lecture du sens... Ne faudrait-il pas renverser quelques convictions que nous avons communément, lorsque nous voyons dans ce qui a trait au "sens du mal" le rap-

port entre une demande préalable, et une réponse qui, faite en termes cohérents avec les représentations du malade, comblerait cette demande ?

Zempléni a parlé à un autre propos des "usages sociaux de la maladie". Cette excellente expression ne dit-elle pas ce qui se passe ici ? Lorsqu'un malade va demander une guérison, et qu'il revient porteur du "sens de son mal", tel qu'il a été élaboré par une religion, un guérisseur, un sage ou un savant, tout ne se passe-t-il pas comme si la vulnérabilité due à ce mal avait été utilisée pour le faire adhérer à une croyance, un groupe, une doctrine ? L'attribution de "sens" n'est pas une réponse à son angoisse, mais en quelque sorte la cristallisation de celle-ci sous une forme telle que d'autres, en la prenant en charge le prennent, lui, en main. Que d'Églises se sont fondées sur la promesse de guérisons, et sur la mise en ordre du monde pour convertir ! Mais, si on va vers elles, ce n'est pas pour être converti, c'est pour être guéri. On vient dans une démarche pratique, et le malentendu s'installe souvent entre celui qui tient un discours ou qui exécute un rituel porteurs de sens et celui qui attend des suites concrètes à ce discours. Le sens ? Pourquoi pas, s'il n'y a pas mieux ? Car on ne cherche vraiment de sens qu'au mal qui dure, à celui qu'on ne voit pas disparaître.

Quête de sens, alors ? Plutôt quête de soin, quête de thérapie. Le sens, on le reçoit en plus, d'autant plus que le mal est plus tenace. Il vient par surcroît, mais le moteur est dans la recherche d'action, d'efficacité, c'est-à-dire dans le désir de transformer positivement un état. Le pluralisme, qui permet les rencontres les moins attendues, est alors un véritable verre grossissant. Ses ambiguïtés sont maximales, lorsque chacun projette ses propres règles dans l'interprétation des demandes ou des réponses de l'autre. Il fait ressortir combien pragmatique est la demande, et combien la réponse, lorsqu'elle porte sur le sens du mal est jaugée comme un préalable accessoire à l'action espérée.

Et cela nous conduit à nous avancer avec prudence sur un chemin plein d'embûches, celui où l'on tente de cerner les logiques à l'œuvre au long des itinéraires de diagnostic et de soin, lors de ces décisions de consulter qui poussent à franchir les frontières du cercle habituel de recours.

À propos des logiques

Pour bien des médecins, prendre conscience du pluralisme, découvrir l'existence et la fréquence de conduites qui s'écartent de leurs références médicales courantes est déstabilisant : des certitudes s'ébranlent, des preuves conçues comme convaincantes se voient contestées, et à la périphérie de l'exercice souverain du métier se dessine un environnement critique, par ses mots et surtout par ses actes. Le mode de pensée dominant chez les médecins pousse alors à conclure que des conduites en contradiction avec les connaissances actuelles, que les alternances des malades entre des références opposées, tiennent d'abord à des entorses logiques, à des errements enracinés dans l'ignorance.

Les anthropologues n'ont évidemment pas le même point de vue, et ils cherchent à accéder aux formes de pensée et de connaissance qui sont alors en action. Depuis bien longtemps, ils se sont préoccupés des logiques de soin, de la cohérence de systèmes de diagnostic et de traitement de la maladie. Les ancêtres de l'anthropologie médicale, comme Rivers ou Ackerknecht avaient déjà à cet égard une position ferme, concluant que la logique en œuvre dans la constitution et dans l'usage des savoirs médicaux populaires ne différait pas dans son fonctionnement de celle qui utilise la connaissance scientifique : il y a différence de paradigmes mais non de façon de penser. Lévy-Bruhl avait certes une position différente, lorsqu'il tentait de définir une rationalité capable d'accepter les contradictions car rationalité des fins et non des moyens. Notre objet n'est pas d'entrer ici dans ce débat, mais de le dépasser, comme l'ont fait les anthropologues spécialisés dans l'étude de la maladie lorsqu'ils ont peu à peu mis en relief le rôle central du contexte dans lequel fonctionne une rationalité ¹⁸³. Ce contexte fournit à des croyances et à des décisions des critères de rationalité spécifiques des situations dans lesquelles elles fonctionnent. Le médecin est alors déconcerté et il tend à refuser des cadres logiques élaborés non pas pour atteindre une connaissance vérifiable et communicable, mais pour mettre en ordre le monde d'un individu et lui donner des outils d'interprétation d'un événement de sa vie. La contradiction la

¹⁸³ On trouvera une revue très claire de cette question dans Massé (1995 : 256-312).

plus importante siège là : entre la conception de la rationalité issue de la tradition des sciences expérimentales, et qui fonde l'essentiel du mode de pensée de la médecine, et un ensemble d'"idéologiques" ¹⁸⁴ porteuses de cohérence dans la pensée sur le malheur.

Sur toutes ces questions les anthropologues de la maladie n'ont d'ailleurs que peu innové ; ils partagent des préoccupations qui débordent largement le champ du médical et qui concernent toutes les conduites humaines. La maladie, la douleur et la mort ont certes une place qui leur est propre, car elles posent quelques-unes des questions les plus fortes que rencontre l'homme au long de son destin. Face à elles, on ne dispose pas d'esquive, on ne peut se suffire d'un semblant. Mais il n'y a qu'une différence d'implication, non de nature, avec d'autres quêtes de connaissance et d'action, que ce soit dans les actes techniques destinés à la survie quotidienne ou face aux événements imprévus.

Aussi cette remarque de Bachelard sur la mise en œuvre de plusieurs logiques fait-elle écho aux questions que posent les conduites relatives à la santé : "Il est bien entendu que deux théories peuvent appartenir à deux corps de rationalité différents et qu'elles peuvent s'opposer sur certains points en restant valides individuellement dans leur propre corps de rationalité. C'est là un des aspects du pluralisme rationnel qui ne peut être obscur que pour les philosophes qui s'obstinent à croire à un système de raison absolu et invariable" (1940 : 140).

La réinterprétation de la science biologique par bien des médecins mais plus encore par des thérapeutes parallèles et par leurs malades illustre les interférences possibles entre des corps différents de rationalité. Plusieurs chapitres de ce livre en donnent l'exemple : le passage d'une rationalité à une autre est souvent insensible, ce qui donne une cohésion apparente à des raisonnements hétérogènes, à cause du masquage des césures qui y interviennent. L'enchaînement de causalités appartenant à des registres différents que nous montrait dans les premières pages de ce livre le technicien de laboratoire aux prises avec un objet maléfique met ainsi bout à bout de fragments empruntés à des corps de rationalité différents. Bien plus, lorsque l'un de ces corps de rationalité est celui de la science expé-

¹⁸⁴ *Au sens où l'entend Augé (1984), c'est-à-dire comme le domaine où fonctionnent une logique de la différence qui met en ordre les symboles, une logique de la référence qui fait le lien avec l'ordre social, et une chronologique liée à l'événement vécu.*

mentale, l'ensemble du discours semble se rattacher à cette science alors qu'il fait des incursions dans un autre corps de rationalité. Bachelard démonte bien le processus alors en cause, souvent présent dans diverses formes de pensée relatives à la maladie, et dans des doctrines alternatives : "Quand la pensée préscientifique a trouvé un concept [...] où le caractère expérimental dominant vient d'être effacé, elle prend une singulière facilité ; il semble que désormais elle ait le droit de se contredire clairement, scientifiquement. La contradiction, qui est la loi de l'inconscient, filtre dans la connaissance préscientifique" (1949 : 138). Quel est alors le fait, et quelle en est la métaphore ? Cette dernière n'étant pas "déréalisée, déconcrétisée" devient le fondement d'une explication concrète et s'insère comme telle dans une chaîne de raisonnement. Sur des concepts issus des sciences de la nature, sur des métaphores qui n'ont pas été "déconcrétisées", les malades peuvent fonder leur modèle explicatif. Nicole Licht le montre bien à propos des perceptions de "l'immunité" et du "terrain" chez certains malades du sida, où l'on oscille du fait à sa métaphore dans la construction des représentations comme dans les pratiques thérapeutiques. Il resterait une vaste tâche à accomplir pour saisir au cœur du système biomédical, chez les médecins et chez leurs patients, et dans les courants les plus modernes de prévention et de prise en charge de la maladie cet entrelacs des métaphores et des faits.

Mais devons-nous en rester là ? Cette recherche des logiques en œuvre, si intéressante soit-elle, ne mérite-t-elle pas d'être relativisée ? Rechercher la logique des décisions implique que cette logique oriente les décisions, quitte à ce que ni l'acteur ni l'observateur ne soient sur le moment capables de la circonscrire. On peut toutefois se demander si les anthropologues, même les plus prudents, ne sont pas hantés par le besoin de ne laisser subsister aucune incohérence dans les conduites, et l'affirmation pourtant nuancée de Gilles Bibeau et ses collègues (1995 : 9), qui reflète le courant le plus accepté de l'anthropologie en ce domaine, laisse affleurer cette tentation : "L'itinéraire du malade dans sa quête de la guérison ne fait sens que si chaque station ou arrêt est situé dans un processus plus vaste dont la logique ne peut être reconstituée qu'a posteriori à travers les études de cas et dans la mesure du possible dans l'observation des pratiques des acteurs impliqués."

En fait, ne reconstruisons-nous pas a posteriori une rationalité qui dans bien des cas n'est présente ni au départ, ni en chemin, ni à l'arrivée ? Ne tendons-nous

pas à voir dans chaque itinéraire la concrétisation d'un projet de trajectoire, alors qu'il se déroule comme une suite aléatoire d'événements enchaînés par le contexte ? Car, on en revient toujours là, ce qui pousse à cheminer au long d'un itinéraire thérapeutique est avant tout pratique, opérationnel. Tout se déroule en situation, dans la dynamique d'une microhistoricité individuelle souvent imprévisible et construite à coup de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents. De l'essai par adhésion à l'essai "pour voir", on circule à tâtons à travers les offres de secours, et c'est leur promesse d'efficacité qui attire. Choisir ou abandonner un traitement ne s'accompagne alors d'aucun préalable philosophique. Cela ne veut pas dire que les conduites soient vides de sens ; mais ce sens se développe plus dans la marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société et des connaissances et des valeurs qu'on y partage. Les critères du choix siègent dans les attentes de l'individu et dans sa façon d'agencer à partir de ces attentes les modes de recours qu'il adoptera. La place du magique ou du religieux dans les thérapies ne doit pas faire illusion à cet égard, et les utiliser ne signifie pas nécessairement y adhérer.

On ne doit pas oublier en effet, comme le souligne Bourdieu "que les actions magiques ou religieuses sont fondamentalement "mondaines" (diesseitig) comme dit Weber, et que, toutes entières dominées par le souci d'assurer la réussite de la production et de la reproduction, bref de la survie, elles sont orientées vers les fins les plus dramatiquement pratiques, vitales et urgentes : leur extraordinaire ambiguïté tient au fait qu'elles mettent au service des fins tragiquement réelles et totalement irréalistes qui s'engendrent en situation de détresse (surtout collective) comme le désir de triompher de la mort ou du malheur, une logique pratique, produite en dehors de toute intention consciente, par un corps et une langue structurés et structurants, générateurs automatiques d'actes symboliques" (1980 : 160). Choisir tel acte a certes un sens, mais ce sens est : "je veux agir, je veux que ce qui est change". Et c'est bien ce qui ressort quelques pages plus loin lorsque Bourdieu évoque "des projets insensés d'agir sur le monde naturel comme on agit sur le monde social, d'appliquer au monde naturel des stratégies qui s'appliquent aux autres hommes, sous certaines conditions, c'est-à-dire des stratégies d'autorité ou de réciprocité, de lui signifier des intentions, des souhaits, des désirs ou des ordres, par des mots ou des actes performatifs, qui font du sens en dehors de toute intention de signifier" (1980 : 161).

N'est-ce pas justement ce performatif que la rationalité médicale ne tolère pas, et qu'elle juge comme inefficace, tout en l'utilisant elle-même inconsciemment beaucoup de ses mots et de ses gestes quotidiens ? Et ne retrouve-t-on pas ici la faille que le pluralisme franchit en mettant bout à bout des enchaînements contradictoires de rationalité ? L'acte, technique aux yeux de l'un, est performatif à ceux de l'autre, si bien que s'ils partagent les mêmes conduites, c'est justement parce qu'ils les lisent différemment. La pratique, même apparemment théorisée, l'emporte sur la théorie au moment de la décision, et nous devons nous méfier de notre tendance à croire que la pensée précède l'acte. Mais alors, y a-t-il vraiment lieu de s'interroger sur des logiques pratiquant la compatibilité des incompatibles, alors qu'il n'y a dans les recettes, les techniques et les rites, entre les mains de ceux qui les saisissent, que quelques clés dont on espère qu'elle ouvriront des portes désespérément fermées ? Quitte à citer trop longuement le même auteur, revenons encore une fois à lui, grâce à des lignes qui font écho à nos questions : "les rites ont lieu et ils n'ont lieu que parce qu'ils trouvent leur raison d'être dans les conditions d'existence et les dispositions d'agents qui ne peuvent se payer le luxe de la spéculation logique, de l'effusion mystique ou de l'inquiétude métaphysique. Il ne suffit pas de tourner en dérision les formes les plus naïves du fonctionnalisme pour en être quitte avec les fonctions pratiques des pratiques" (p. 163).

Tout cela pourrait être résumé de façon plus simple et plus directe en disant que les malades ne procèdent ni par le seul effet de logiques sous-jacentes qui détermineraient des stratégies, ni par un simple bricolage qui tirerait parti de tout ce qui s'offrirait. Soucieux avant tout de résultats, ils ont une conduite, à leurs yeux, pratique, une conduite pragmatique qui ne s'embarrasse ni d'objections ni d'interdits. Lorsqu'ils en rencontrent, ils les contournent. Ils cherchent un éventail plus ouvert de réponses, en vue d'une efficacité plus grande que celle que leur offrirait un choix plus restreint où ils ne peuvent accepter de s'enfermer. Accepter les limites d'un système, quel qu'il soit, serait accepter l'inéluctable du destin, l'irrévocable de la condamnation divine, la victoire du sorcier, la dégradation irréversible du corps et enfermer "l'espoir, vaincu sous le ciel noir".

Le pluralisme ouvre le ciel, il permet l'évasion hors de la cellule irrémédiablement close qu'est l'attente de la mort. Les témoignages de malades du sida sont bouleversants à cet égard, traçant de façon plus aiguë ce qui attend chacun lorsqu'il se trouve coincé dans le piège de la maladie et de la promesse de la mort

proche : s'évader de cet enfermement, tenter d'ouvrir les portes que semblent offrir d'autres soins, d'autres médecines.

Carrefours de soin et rencontres de civilisations

Mais l'étude du pluralisme nous porte aussi vers d'autres horizons...

C'est à partir de son expérience du Brésil que Roger Bastide avait formulé les bases théoriques de sa "sociologie des interpénétrations des civilisations". Il reprochait à l'anthropologie culturelle, alors très marquée par le culturalisme, de s'appuyer sur une philosophie idéaliste, qui donnait la primauté aux normes, aux valeurs, aux représentations en les dissociant des processus dialectiques qui les solidarisent avec les autres niveaux de la réalité sociale. Il voyait au contraire se révéler à travers les entrecroisements de civilisations "toute une série de réactions en chaîne soit des valeurs qui changent jusqu'au niveau écologique, soit des structures qui se modifient et vont bouleverser le monde des valeurs. Bref, l'acculturation [doit être] replacée dans le cadre sociologique, celui des rapports entre les structures et les œuvres collectives, tout en étant débarrassée d'une philosophie sous-jacente, primant un facteur ou l'autre" (1960 : 317-318).

Le Brésil, dans ce livre, nous donne encore une fois l'exemple de telles situations et de la nécessité d'une telle approche. Mais il n'est pas le seul : en Guyane, à l'île Maurice aussi le croisement de courants historiques a véhiculé et rebrassé les connaissances et les formes d'organisation sociale. Les structures sociales, les rapports économiques, la distribution des rôles dans ces sociétés marquées par la colonisation ont construit un cadre, contraignant mais évolutif, qui travaille en profondeur le système médical local. Et ce que nous pouvons observer appartient pleinement à la dialectique qu'évoquait Bastide. Se tournant vers la pathologie telle qu'elle se met en scène dans ces sociétés, il faisait quelques remarques essentielles. Dans une situation d'interpénétration culturelle et de brouillage social liée aux bouleversements associés à l'urbanisation et à l'industrialisation "la communication devient impossible et par voie de conséquence la personnalité ethnique se trouve agressée. [...] Faute d'un dictionnaire pour comprendre le langage de la nouvelle culture qui lui permettrait d'y trouver des réponses à son besoin d'achè-

vement, les sentiments d'insécurité, d'angoisse et de frustration se développent chez l'homme au contact avec une autre culture qui lui est inintelligible. Les deux discours qui s'adressent à lui peuvent bien être, chacun, cohérent, leur entrecroisement devient incohérence et cette incohérence des modèles culturels se traduit finalement par l'incohérence de son comportement" (1972 : 235).

Nous avons vu comment s'élaborent alors des réponses : au carrefour des héritages, on innove en créant de nouvelles synthèses, qui sont un nouveau langage. L'observation de pratiques plurielles de soin donne une image particulièrement aiguë de ces créations culturelles, comme en donnent aussi les nouvelles émergences religieuses, ce qui n'est pas un hasard, car les unes et les autres sont liées. Nous quittons alors le champ privilégié des sociétés de type créole où ces phénomènes sont les plus évidents, pour nous rendre compte qu'ils concernent toutes les sociétés contemporaines. D'ailleurs n'est-il pas de mode de se référer aux sociétés créoles pour dire leurs mutations actuelles ? Il apparaît alors que les quêtes thérapeutiques qui traversent des barrières culturelles explicites (comme nous l'ont montré bien des itinéraires de soins), ou certains modèles explicatifs qui concilient des thèmes antinomiques (pensons à ce que nous avons vu à propos du qigong) sont les amorces de nouvelles synthèses dont les malades sont les précurseurs.

Nous voyons alors se dégager une nouvelle dimension de ce que nous ont apporté nos études du pluralisme en situation sociale : au-delà de la multiplicité de ses formes, plus que la subtilité des logiques qu'il met en œuvre, le pluralisme est l'agent d'une perméabilité exceptionnelle, d'un décroisement au sein des cultures et des espaces sociaux. Le rapport entre chaque type de soignant et ceux qui s'adressent à lui remplace les oppositions par des équivalences, permettant la mise bout à bout en un ensemble nouveau de ce qui jusque-là s'excluait. Ainsi n'est-il jamais indépendant de ce qui se passe dans la société globale dont il exprime les contradictions tout en participant à leur résolution. Et sans doute l'attention qu'il suscite est-elle le reflet de ce rôle, discret, quotidien. Le soignant est un passeur culturel, tandis que l'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique : il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux. Modeste acteur des innovations, il s'approprie les fragments des mondes autres qui sont les matériaux d'un monde nouveau qu'il édifie par sa recherche tâtonnante du mieux-être.

Références bibliographiques

Bachelard G.

1940 *La philosophie du non*, réed. Paris, P.U.F. 1981.

1949 *La psychanalyse du feu*, réed. Paris, Folio Gallimard, 1992.

Bastide R.

1960 Problèmes de l'entrecroisement des civilisations et de leurs œuvres, in : G. Gurvitch (sous la dir. de), *Traité de sociologie*, tome 2, Paris, P.U.F.

1972 *Le rêve, la transe et la folie*, Paris, Flammarion.

Bibeau G, Corin E. et Collignon R.

1995 Préface à : Janzen 1995.

Bourdieu P.

1980 *Le sens pratique*, Paris, Ed. de Minuit.

Gleize P.

1994 L'hérité hors du champ scientifique, *Ethnologie française*, 24 (1) : 11-25.

Jeambrun P.

1994 Regards de lune. Albinisme oculo-cutané, *Ethnologie française*, 24 (1) : 26-35.

Kleinman A.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, Univ. of California Press.

Massé R.

1995 *Culture et santé publique*, Montréal, G. Morin.

Meyer F.

- 1987 Essai d'analyse schématique d'un système médical : la médecine savante du Tibet, in : A. Retel-Laurentin (éd.), *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, p. 227 249.

Moscovici S.

- 1993 Préface de L. Festinger, H.W. Riecken, S. Shachter, *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.

Press I.

- 1980 Problems in the definition and classification of medical systems, *Soc. Sci. Med* 14 B (1).

Fin du texte