

La représentation de la maladie dans la société mandingue

Lallier JC¹, Lecamus D², Traoré H³

¹ service de médecine BI, Centre Hospitalier, Epernay

² service de rééducation, Centre Hospitalier, Falaise

³ Service de chirurgie maxillo-faciale, Centre Hospitalier Mère-Enfant « Le Luxembourg », Bamako, Mali

Med Trop 2010 ; **70** : 335-337

RÉSUMÉ • L'Afrique de l'Ouest abrite une communauté de plus de 10 millions de personnes, ayant un même socle culturel, réparties sur plusieurs pays, les Mandingues. Leur représentation de la maladie diffère de l'Europe contemporaine par le caractère omniprésent du sacré. Les problèmes de santé sont intégrés à l'ordre social et religieux, qui leur donne une signification et qui prévoit des règles de conduite pour prévenir leur apparition. La connaissance de ces données nous paraît essentielle à l'établissement d'une bonne relation soignant-soigné, gage d'une qualité des soins apportés par les équipes médicales occidentales en pays mandingue.

MOTS-CLÉS • Mandingue. Maladie. Tradipraticien.

REPRESENTATION OF ILLNESS IN MANDINGO SOCIETY

ABSTRACT • The Mandingo people are a 10-million strong ethnic group spread over several countries in West Africa but sharing a common culture. In Mandingo society that is permeated by a notion of sacredness, illness is represented in a much different way from contemporary European society. Because health is integrated into the social and religious structure, illness is associated with interpretations and preventive rules of conduct. For Western medical teams working in Mandingo communities, knowledge of these cultural implications is essential to establishing a good relationship with patients and to ensuring quality of care.

KEY WORDS • Mandingo people. Illness. Traditional practitioner.

Aménés à réaliser des consultations dans la région de Bamako au Mali à partir d'octobre 2000, il nous est apparu très rapidement illusoire d'établir une relation thérapeutique de qualité avec nos patients sans un « décryptage » de leur vécu. Nous avons eu de longs entretiens avec plusieurs interlocuteurs exerçant ou non dans le domaine médical, âgés de 35 à 72 ans, parlant couramment le français. De plus, à la suite de ces discussions, nous avons confronté nos connaissances débutantes avec des consultants. Ceux-ci se sont avérés relativement réticents pour aborder ce sujet, craignant probablement notre regard de « civilisé » sur leurs « superstitions ». Il nous est apparu utile de publier le résultat de cette collecte d'informations, confrontées avec les publications déjà réalisées (1-7).

Les Mandingues (ou Mandés) sont un peuple d'Afrique de l'Ouest originaire du territoire de l'ancien Empire du Mali, apparu au début du XIII^e siècle. L'aire mandingue correspond à la zone d'extension du commerce exercé par les Dioulas (« colporteur » en malinké), une caste de commerçants.

La culture mandingue s'étend ainsi sur une quinzaine de pays d'Afrique de l'Ouest (Figure 1) (7) : Côte d'Ivoire (Dioulas), Guinée (Malinkés), Mali (Bambaras), Gambie, Sierra Leone, etc.

Cette population de plus de dix millions de personnes possède un socle culturel commun avec deux concepts fondamentaux : l'omniprésence du sacré dans la vie quotidienne et le caractère sacré et omnipotent du Verbe. C'est une société très structurée, formée par des nobles, des

hommes de caste (forgerons, griots, etc.) et des esclaves. Chaque clan se définit par un patronyme, un ancêtre fondateur, une devise et un interdit. L'interdit (*me*) concerne en général un animal qui est lié au clan par un pacte mythique exigeant respect et protection réciproque.

Dans tous les aspects de la vie quotidienne, il y a peu ou pas de place pour une vie profane. Tout est lié, tout met en jeu les forces de la vie qui sont les multiples aspects du Dieu créateur (8). L'Être Suprême

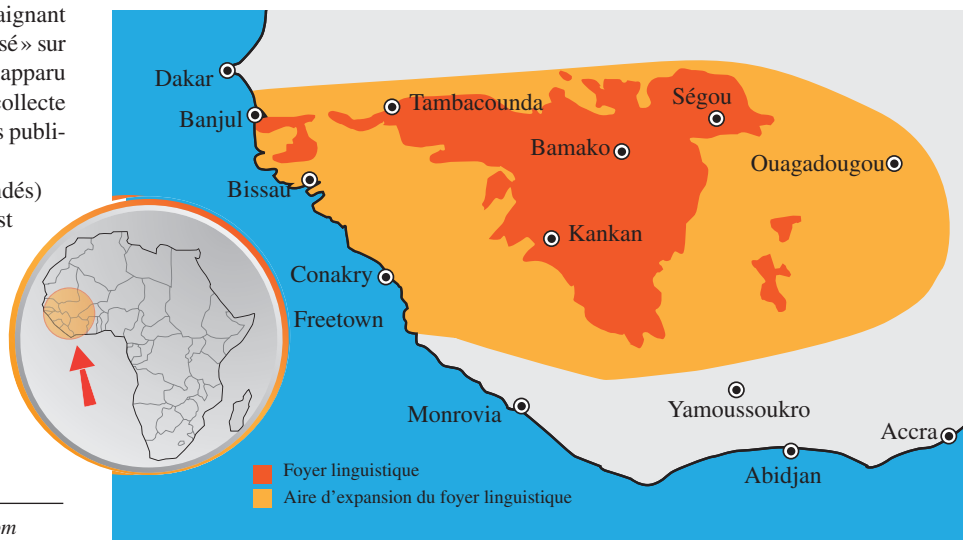


Figure 1. Aire linguistique mandingue.

• Correspondance : jc.lallier@gmail.com
• Article reçu le 5/06/2009, définitivement accepté le 16/07/2010.

Maa Ngala est éternel, créateur de tout, demeure dans le ciel et échappe à l'intelligence humaine. Il s'est retiré de la gestion de sa création, la confiant à des forces intermédiaires ou « âmes forces », publiques pour certaines (génies et ancêtres), occultes pour d'autres (divinités secondaires).

Les génies ou djinns (*jine*) sont des êtres invisibles que l'on peut invoquer par des formules spéciales héritées des ancêtres. Ces derniers sont divinisés et considérés comme membres à part entière de la communauté villageoise. A l'appel des vivants, ils peuvent intervenir par leur puissance personnelle ou par l'intermédiaire des fétiches (*boli*) qu'ils honoraient.

Les principales divinités secondaires sont le Do, le Nama et le Komo, à l'origine de confréries traditionnelles secrètes, dépositaires de savoirs occultes.

Au cours de son existence, l'homme doit chercher à vivre en harmonie avec tous les êtres vivants ou inertes et les forces intermédiaires, à travers le respect des interdits et les obligations sacrificielles. Les « âmes forces » peuvent entraîner maladie ou guérison selon qu'elles sont invoquées par un guérisseur ou une « mauvaise personne ».

L'homme est donc en relation avec de multiples forces intermédiaires mais est lui-même complexe, formé de plusieurs principes spirituels : le *ni*, le *dya*, le *tere*, le *nyama* et le *wanzo* (9).

A la naissance, le nouveau-né reçoit un *ni*, une âme, et un *dya*, un double. Ceux-ci proviennent d'un de ces ancêtres, sous forme inversée, le *ni* du défunt donne le *dya* de l'enfant, et le *dya* le *ni*. Il s'agit donc d'une certaine forme de réincarnation mais en miroir. Le *ni* est visible dans les mouvements de la fontanelle, la respiration, le battement des artères. Le *dya* est représenté par l'ombre sur le sol ou le reflet dans l'eau ; son contact étroit avec la terre impure le rend vulnérable.

Le *tere* est une force innée de la personnalité composée d'une part de celui des parents, d'autre part de celui de l'ancêtre. Son influence, bonne ou mauvaise, s'étend à l'entourage. Il est affecté par les ruptures d'interdit.

Le *nyama* est une force agressive, vengeresse, résultant du *tere* d'un homme au décès de son porteur.

Pour finir, le *wanzo* représente une force néfaste, siégeant dans le prépuce de l'homme et le clitoris de la femme. Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit en être débarrassé, par circoncision ou excision.

Ce panorama des forces en jeu dans la vie quotidienne de la population mandingue est nécessaire pour appréhender les différences de représentation de la maladie dans cette région. Quelques notions d'anthropologie médicale anglo-saxonne (10-12) sont également nécessaires pour mesurer l'importance de la connaissance des différences culturelles entre le soignant et le soigné. Selon ces anthropologues, la maladie peut être appréhendée en séparant *illness* (expérience subjective et individuelle de la souffrance - « je me sens malade »), *sickness* (réalité sociale et culturelle de la maladie - « nous, ta famille, ton groupe social voyons/croyons que tu es malade ») et *disease* (objectivation biomédicale - « moi, médecin, je te dis que tu es malade »). Autant, l'analyse scientifique de la maladie (*disease*) est indépendante de l'endroit et de l'observateur, autant le vécu personnel (*illness*) et social (*sickness*) est dépendant du patient et de son entourage social.

Premier point, chez les Mandingues, l'apparition d'une maladie est vécue comme une catastrophe : *jugu të maa la bana de ye jugu ye* (« l'homme n'a pas d'ennemi, la maladie seule est l'ennemie »). Les conséquences peuvent être graves, pour la personne concernée mais également pour toute sa communauté. Il existe une réelle anxiété anticipatoire d'où découlent de nombreuses règles sociales visant à prévenir son irruption dans une famille.

En effet, deuxième point fondamental, dans cette société où le sacré est omniprésent, *fosi të kè ni sababu t'a la* (« rien ne se produit sans cause »), la maladie ne survient pas par hasard. Elle est la conséquence d'une rupture de l'ordre cosmique, d'un déséquilibre dans la relation entretenue entre le malade et son environnement humain, les divinités, les djinns, les ancêtres... (13) En France, le patient a attrapé une grippe, en pays mandingue, *bana y'a miné* (« la maladie l'a attrapé »).

Même si sa cause est reconnue naturelle par les Mandingues (par exemple, le froid provoquant le rhume), l'intervention d'autres facteurs, entraînant ou favorisant son apparition, n'est pas exclue (14).

Une première catégorie de maladies comporte celles liées à la malchance ou à une intervention divine. Par définition, elles ne sont pas évitables mais sont considérées, de prime abord, comme bénignes. Tout d'abord, *alabana* (« maladie de Dieu »), qui ne peut être grave puisque Dieu est bon, illustre le syncrétisme réalisé entre les traditions et les religions monothéistes introduites plus tardivement. Ensuite, *dakanbana* (« maladie de

la destinée ») est liée au destin personnel, à l'âme, le *ni*. Le *ni* étant hérité directement d'un ancêtre défunt, il existe une prédisposition familiale, inéluctable. D'une certaine façon, ce groupe recoupe celui de nos maladies héréditaires.

La deuxième catégorie regroupe les maladies d'origine humaine ou surnaturelle, magico-religieuses. Les caractères inhabituels de la maladie (début brutal, aggravation, résistance au traitement occidental, décès...) font craindre la colère des « âmes-forces » ou leur mise en œuvre par malveillance (*dabalibana* « maladie par maléfice »).

La rupture d'interdit, volontaire ou involontaire, atteint le tere de l'homme. C'est l'œil qui est le premier atteint car c'est le premier « témoin » de cette transgression. Le simple contact avec une personne ayant un mauvais tere est une autre cause de maladie, l'affection peut donc être transmissible.

L'utilisation de fétiches ou de sorts, par *mogo jugu* (« méchante personne »), *subaga* (« sorcier ») ou *gundo mogo* (prêtres des sociétés secrètes du Do, du Komo ou du Nama) peut également provoquer des maladies chroniques et de mauvais pronostic, à plus ou moins long terme (ulcères cutanés, cancer, sida, etc.).

Le *nyama*, libéré à la mort de tout être vivant, est d'autant plus à redouter que son porteur était puissant (animaux de brousse, décès humains dans des conditions tragiques, sorciers, féticheurs, etc.). La parole elle-même est chargée de *nyama* : c'est pourquoi n'importe qui n'est pas habilité à dire n'importe quoi, n'importe où, à n'importe qui.

Le courroux des ancêtres peut également entraîner des maladies, voire la mort.

Si les pactes, interdits, ou obligations envers les djinns ne sont pas respectés, ceux-ci vont alors retirer leur protection, voire s'attaquer aux contrevenants. La plupart des troubles mentaux sont imputés aux génies.

La représentation de la maladie s'organise donc autour de données essentielles biographiques (15).

Cet inventaire n'est certainement pas exhaustif mais illustre bien l'incompréhension qui peut régner entre le Français cartésien et le Mandingue imprégné depuis sa plus tendre enfance de ces notions. Nos explications scientifiques ne lui paraissent pas inexacts mais plutôt insuffisantes. Que le paludisme soit provoqué par le *Plasmodium*, pourquoi pas. Que le *Plasmodium falciparum* puisse être mortel, sans doute. Mais pourquoi Salif va décéder et pas Aliou alors qu'ils sont en bonne santé tous les deux avant la maladie ? Et pourquoi

Salif et Aliou ont eu le palu et pas Aminata qui vit dans la même concession ? Et pourquoi le même traitement « occidental » a guéri Aliou et pas Salif ? Et pourquoi ce ne serait pas dû à un mauvais *tere* ?

Les tradithérapeutes constituent les premiers recours pour les Mandingues (16), et tout particulièrement dans les campagnes.

Eux seuls sauront apaiser la colère des « esprits » et lutter contre les maléfiques. De plus, pour notre approche scientifique, ils pratiquent une médecine « naturelle » qui recèle sans doute des possibilités thérapeutiques intéressantes. Plutôt que de tenter de les exclure de la prise en charge thérapeutique, il paraît plus efficace de les initier à la

reconnaissance des pathologies ne relevant pas de leurs compétences (17, 18).

Refuser cette notion reviendrait à pratiquer un ethnocentrisme stérile et inefficace. Tout processus d'aide doit se fonder sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système des valeurs, de ses besoins (19). ■

RÉFÉRENCES

1. Bastien C. Folies, mythes et magies d'Afrique noire. Propos des guérisseurs du Mali. L'Harmattan ed, Paris, 1988, 230 p.
2. Brunet-Jailly J. Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain : hommage à Claude Pairault. Karthala ed de l'ORSTOM, Paris, 1993, 342 p.
3. Bocquier P, Diarra T. Population et Société au Mali. L'Harmattan ed, Paris, Montréal, 1999, 204 p.
4. Bazin J. A chacun son Bambara in Amselle JL et M'Bokolo, Au cœur de l'ethnie. Ethnie, tribalisme et Etat en Afrique. La découverte ed, Paris, 1999, 226 p.
5. Colleyn JP. Les chemins de Nya. Culte de possession au Mali. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 1988, 220 p.
6. Jaffre Y. Anthropologie et hygiène hospitalière ». In « Bonnet D, Jaffre Y. Les maladies de passage : transmission, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest ». Karthala ed, Médecines du Monde, Paris, 2003, pp 341-75.
7. Atlas Web de l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. CEDEAO-CSAO/OCDE. Ailable from : <http://www.atlas-ouestafrique.org/spip.php?article10>.
8. Bâ AH. Aspects de la civilisation africaine. Présence africaine ed, Paris, 1972, 140 p.
9. Dieterlen G. Essai sur la religion bambara. Bruxelles, Université de Bruxelles, collections anthropologie Bruxelles, 1996, 264 p.
10. Augé M, Herzlich C. Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Archives contemporaines ed, Paris, 1983, 278 p.
11. Valli M. Travail, interculturalité, migration : de soignant à soigné ou entre professionnels, Journée scientifique de la HECV Santé, Lausanne, 13/09/2007, 10 p.
12. Weiss MG. Psychiatric diagnosis and illness experience. In « Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A. Cultural Psychiatry : Euro-International Perspectives ». Karger ed, Basel, 2001, 169, pp 21-34.
13. Pilard M, Brosset C, Junod A. Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Med Afr Noire* 1992; 39 : 652-7.
14. Arborio S. Maternité sans risque : du contrôle à la confiance. Analyse anthropologique du risque au Mali (Afrique de l'Ouest). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36 : 786-94.
15. Arborio S, Dozon JP. La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasien) en milieu rural bambara (Mali). *Bull Soc Pathol Exot* 2000; 93 : 235-62.
16. Tognide CM, Ezin-Houngbe J, Tognon F, Ahyi RG. Psychothérapies non verbales des tradithérapeutes africains dans les rituels de prise en charge. *Med Afr Noire* 2006; 53 : 93-6.
17. Moussala M, Mbakop A, Mekongo MO, Ndoumbe P. Diagnostic tardif des tumeurs oculo-orbitaires et médecine traditionnelle au Cameroun. A propos de 2 cas. *Med Afr Noire* 1998; 45 : 22-6.
18. Ipara Motema J. Les contraintes à l'exercice de la médecine traditionnelle à Kinshasa. *Med Afr Noire* 2004; 51 : 623-8.
19. Junod A, Papeta D, Ballereau J, Moutet HP. La relation thérapeutique en situation transculturelle. *Med Afr Noire* 1991; 38 : 37-40.



Bateau et ancre © Michel R