

MOHAMED CAMPEL CAMARA,

Université Général Lansana
Conté de Sonfonia-Conakry,
Conakry, République de Guinée,
campel2005@yahoo.fr

FEMMES DE GUINEE ET REPRÉSENTATIONS ENDOGÈNES DE LA MALADIE

Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô, n° 15 - 2013

RÉSUMÉ

Les représentations sociales dominantes que les sociétés humaines se font habituellement de la maladie reposent sur une conception traditionnelle attribuant les origines naturelles des affections pathologiques à des causes éminemment extérieures. Ces causes se situeraient en dehors de l'individu, aussi bien en tant que sphère de contenance qu'en tant qu'individu doté de responsabilité. De ce point de vue, la maladie est étrangère au corps qu'elle affecte, car venant en dehors et à l'insu de la personne malade. Cependant, diverses autres théories expliquent la maladie à partir de l'intériorité de l'individu, présentant ce dernier comme le générateur de ses propres maladies. Les recherches que nous avons menées en Guinée, autour des difficultés d'accès des femmes à des soins de santé de qualité, confirment la présence de cette représentation endogène de la maladie.

Les informations y afférents sont très diverses, et suggèrent l'existence naturelle et à l'état de sommeil, de certaines maladies en chaque être humain. Suivant les circonstances, ces maladies peuvent ou non entrer en réaction, et provoquer des dommages plus ou moins graves, suivant les sensibilités et les prédispositions intérieures de l'individu. D'autre part, la maladie est aussi censée venir d'autres facteurs internes, comme : la dégradation naturelle de l'individu, suite à la vieillesse ; les effets des dispositions psychologiques négatives rongant l'individu de l'intérieur le fait que la maladie soit perçue comme une propriété légitime, faisant que nul malade ne peut ni la confier, ni être aidé par autrui à la supporter ; l'hérédité suite à la volonté de Dieu ; le manque de foi religieuse se traduisant par l'infidélité et l'orgueil en vers Dieu ainsi que la vulnérabilité naturelle de l'individu, faisant de son espace corporel comme naturellement prédisposé à recevoir des maladies.

Mots-clés : Modèle, Représentations sociales, Dégénérescence interne, Malédiction génétique

ABSTRACT

The dominant social representations that the human societies usually make themselves of the illness rest on a traditional conception assigning the origins natural of the pathological affections to eminently outside reasons. These reasons would be located outside of the individual, as well as sphere of countenance that as individual endowed with responsibility. From that point of view, the illness is foreign to the body that it affects, because coming outside and without the knowledge of the sick person. However, various other theories explain the illness from the individual's interiority, presenting this last as the generator of his own illnesses. The research that we led in Guinea, around the difficulties of access of the women to care of quality health, confirm the presence of this endogenous representation of the illness.

The information there pertaining are very various, and suggest the natural existence and to the state of sleep, of some illnesses in every to be human. Following the circumstances, these illnesses can or no to enter in reaction, and to provoke some damages more or less serious, following the sensitivities and the individual's interior predispositions. On the other hand, the illness is as supposed to come of other internal factors, as: the deterioration natural of the individual, following the old age; the effects of the negative psychological arrangements gnawing the individual of the inside; the fact that the illness is discerned like a legitimate property, making that hopeless sick cannot confide it, nor to be helped by others to supporting; the heredity following God's will; the lack of religious faith resulting in disloyalty and the pride in God verses as well as the vulnerability natural of the individual, making his bodily space as predisposed naturally to receive some illnesses.

Key words : *Model, Social representations, Internal degeneration, Genetic curse*

INTRODUCTION

Contrairement à plusieurs théories qui définissent les maladies à partir de leur origine extérieure à l'homme, le modèle endogène défend l'idée que les pathologies viennent ou part de l'intérieur du sujet malade. Avec ce modèle, la maladie est donc déplacée du côté de l'individu. Cette compréhension s'exprime à la fois dans les notions de constitution, de tempérament, de disposition ou de prédisposition du type caractériel ou astral (signes zodiacaux), de nature, d'organisme, de terrain, d'hérédité (cf. lois de MENDEL, 1865), de milieu intérieur (BERNARD, C s.d.). Le milieu intérieur porte sur des éléments comme les sécrétions glandulaires, le sang, la fragilité, l'aptitude à telle maladie, le potentiel inné ou acquis, les ressources d'autodéfense comme les anticorps et les antigènes. L'interprétation étiologique en direction de l'endogène revêt donc des formes extrêmement diversifiées (LAPLANTINE, F 1997 : 90).

Les réflexions du présent article sont articulées autour de cinq points traitant respectivement du modèle définissant la maladie comme lésion intérieure, du modèle définissant la maladie comme effet de dégénérescence interne de l'individu, de la représentation psychologique de la maladie, du modèle intégrant le maléfique et l'endogène au religieux ainsi que du modèle d'explication de la maladie par la fragilité de l'individu.

I. MODÈLE D'EXPLICATION DE LA MALADIE COMME UNE LÉSION INTÉRIEURE

Le modèle d'appréhension de la maladie comme une lésion intérieure est un point de vue que défend une très forte majorité (68%) des femmes enquêtées. Celles-ci définissent la maladie comme « une atteinte organique d'origine interne se manifestant par un mal de la partie concernée ».

Les exemples de maladies citées concernent diverses affections (souma, bhouri, ghourö) que les enquêtés qualifient de « naturellement associées à la personne humaine et qui se manifestent au niveau du ventre, du bas-ventre et de la région du vagin ».

Outre les affections douloureuses et, dans certains cas, handicapantes qu'elles sont censées causer à la femme, ces maladies sont aussi supposées provoquer des malformations congénitales des

enfants que la femme atteinte mettra au monde. Dans les conditions normales, la seule présence de ces maladies en la mère ne suffit pas pour affecter le fœtus. Pour avoir d'effets sur l'enfant qui naîtra, elles ont donc besoin de complément de conditions favorisant leur action. « La faim dans le ventre de la mère » apparaît comme l'un des compléments qu'il faut pour activer les fonctions de destruction et de dénaturation de l'enfant par la maladie. Elles ne s'attaquent donc au fœtus que quand le ventre de la mère est vide. Cette famine peut venir de diverses sources comme la pauvreté conduisant à une pénurie alimentaire chronique, le fait de se faire délibérément affamer en observant, en exemple, le jeûne ou à travers le fait de s'habituer à ne pas déjeuner etc.

Mais il est aussi régulièrement arrivé que les enquêtés parlent de maladies trouvant leur origine dans la coagulation d'un mauvais sang au niveau d'un organe particulier du corps. A cet effet, suivant le niveau de coagulation du sang incriminé, « la maladie peut se situer dans la tête, le ventre, la poitrine, le pied, le dos, les yeux ». Se manifestant par des blessures intérieures, « ces maladies finissent souvent par endommager les organes qui les abritent ». La maladie apparaît ainsi comme un phénomène qu'on peut « localiser à travers des atteintes d'organes très particuliers ».

Ce qui fortifie le fondement géographique (la localisation du mal) de cette conception. Cette représentation de la maladie est analogue à la compréhension de la médecine des lésions, encore appelée l'anatomisme ou l'anatomopathologie (LAPLANTINE, F 1997 : 56).

Les préoccupations de l'anatomopathologie sont centrées sur les atteintes organiques. Elles partent des réflexions de Morgani pour qui, chaque altération fonctionnelle qui se traduit par une expression symptomatique, correspond nécessairement à une altération organique. Toute la pensée médicale du 19^{ème} siècle sera animée par cette recherche du siège des maladies. D'où l'importance de la dissection. Broussait disait que quelque soient les symptômes cliniques présentés, il n'en est aucun qui ne s'accompagne de lésion. Cette idée qu'il n'y a pas d'étiologie dont l'anatomie ne puisse rendre compte, reste présente chez l'immense majorité des praticiens contemporains (LAPLANTINE, F 1997 : 57).

II. MODÈLE DEFINISSANT LA MALADIE COMME UNE DEGENERESCENCE INTERNE DE L'INDIVIDU

Le modèle qui présente la maladie comme une dégénérescence interne de l'individu constitue un point de vue qui également est très majoritaire (60%). Il s'agit d'une autre version de la pathophysiologie qui définit la maladie comme l'inaptitude de l'organisme à répondre aux exigences de vie normale (LAPLANTINE, F 1986 : 63-64). La santé ne se définit pas ici par l'absence de la maladie en l'individu, mais plutôt par sa fréquence d'apparition au niveau de la personne concernée. Être en bonne santé « signifie ici qu'on ne tombe pas malade à tout moment et que les cas de maladies qui atteignent la personne sont plutôt rares ».

De ce point de vue, on est donc en bonne santé que par la fréquence relative des cas de maladies, et non par leur absence. Le malade est ainsi celui qui a régulièrement des problèmes de santé. Les maladies qui apparaissent de temps en temps ne peuvent, sous cette optique, être considérées comme des cas réels de maladies, mais plutôt comme des épisodes de malaises passagers. Ainsi qu'on peut le constater, il s'agit ici d'une conception dégénérative de la santé et de la personne humaine, et en l'occurrence de la personne âgée. La personne âgée est perçue comme un individu dont l'état de santé est toujours précaire, par le fait que la vieillesse soit inséparable de maladies.

Plutôt donc que d'être une pure absence de maladie, la santé apparaît comme un moment d'accalmie des maladies, un silence momentané des secousses et des agitations infernales des maladies qui font la règle dans le corps de la personne âgée. Sous cette perspective, la vieillesse est considérée comme une étape où il est impossible d'esquiver la maladie. C'est l'étape de la maladie perçue comme une nécessité incontournable et naturellement associée à l'être. La maladie résulte donc d'une auto-désagrégation interne du potentiel de résistance de l'individu.

C'est notamment le concept d'« incitabilité », mis en lumière par Brown, qui va permettre au modèle de se préciser. L'incitabilité est une réaction physiologique, soit par excès (la sthénie ou hyperactivité fonctionnelle), soit par défaut (l'asthénie ou hypoactivité

fonctionnelle). Si l'excitation reçue est trop faible, elle appelle une activité thérapeutique de compensation. Si, au contraire, elle est trop forte, elle provoque un surcroît d'irritation nécessitant un traitement sédatif (LAPLANTINE, F 1986 : 63-64).

La pathologie est donc le résultat d'un dysfonctionnement, par atténuation du fonctionnement normal de l'organisme. Dans ces conditions, il devient possible de repérer un continuum ou une homogénéité entre la santé et la maladie qui ne sont plus comprises comme deux qualités différentes en lutte, mais comme « de simples modifications physiologiques » (BERNARD, C. 1966 : 279), c'est-à-dire des graduations de l'une par rapport à l'autre (LAPLANTINE, F 1986 : 65). C'est partant de cette vision que les femmes enquêtées faisaient constater que

...quand on est âgé, ce n'est pas du tout facile de recouvrer la santé. D'ailleurs, on a toujours et à tout moment son corps chaud. En tout cas, on a toujours et forcément quelque chose qui va faire mal. C'est ce qu'on appelle les maladies de la vieillesse. Quand on rentre dans la vieillesse, on ne peut plus être toujours en bonne santé.

Cette vision n'est rien d'autre que le reflet de la situation de dégénérescence biologique naturelle, inexorablement associée à toute vieillesse d'une part, mais c'est aussi une imagerie fidèle de l'état de vieillesse, très défectueux et truffé de maladies à vie qui caractérise la fin de vie de la plupart des personnes âgées du pays.

Par ailleurs, c'est en faisant mention du lien entre la dégénérescence interne de l'énergie de l'individu et la maladie que Bichat va réactualiser une variante que l'on appelle « le vitalisme médical ». Celui-ci met l'accent sur le thème de la spécificité du vivant. L'auteur des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, introduit le concept de « vie pathologique », insistant sur l'aptitude qu'a la vie à fonctionner normalement, mais aussi à s'altérer, c'est-à-dire à dégénérer vers la maladie et plus encore à tendre vers la mort (LAPLANTINE, F 1986 : 65).

S'opposant à la pensée biologique de son époque, Broussais est, au 19^{ème} siècle, le chercheur qui finira par consommer une rupture avec l'ontologie médicale. Avec lui, on passe d'une médecine des agents pathogènes ou des essences à une médecine des réactions

pathologiques. La maladie ne peut plus être saisie dans un être qui préexisterait au processus pathophysiologique. Elle n'est rien d'autre que la réaction même de l'organisme à travers le surcroît d'irritation des tissus qui va être jugé, un temps, responsable de la majeure partie des troubles pathologiques (LAPLANTINE, F 1986 : 66).

Pour ce modèle, la morbidité n'est plus considérée comme un état d'être indépendant de l'organisme, c'est-à-dire dû à un agent pathogène qu'il est possible d'isoler, puis de détruire, mais comme un processus réactionnel, voire un symptôme que l'on doit s'efforcer de comprendre dans sa globalité. Ainsi, la notion de germe pathogène, de même que celle de lésion d'organe, passe au second rang par rapport au trouble de la fonction qui peut être repéré au niveau des tissus (chez Broussait), des cellules (chez Virchow), des molécules (dans la médecine contemporaine) (LAPLANTINE, F 1986 : 66).

III. MODÈLE DE REPRÉSENTATION PSYCHOLOGIQUE DE LA MALADIE

Le modèle de représentation psychologique de la maladie est une vision que défend près de la moitié (46%) des femmes enquêtées. Cette représentation définit la maladie comme le résultat de l'influence de divers facteurs psychologiques. A cet effet, les conflits psychiques sont appréhendés comme des facteurs de perturbation physiologique pouvant se traduire par un ensemble de symptômes corporels. Ce sont ces influences du psychisme sur le corps, en termes de maladie, qui fonde les approches psychosomatiques (ALEXANDER, F. 1952).

C'est partant de cette perspective que les femmes enquêtées défendaient l'idée que « la maladie résulte des effets d'un mauvais état d'âme », admettant ainsi que « le mécontentement conduit à la maladie », sans oublier que « même le fait d'être mécontent est aussi une maladie ». Cette vision est en parfait accord avec le sentiment de Descartes qui affirmait que « je suis arrivé à croire que l'aspect le plus important de la santé, en tout cas pour la mienne, est : suis-je heureux ou pas heureux ? Si je ne suis pas heureux, je tombe malade... » (FISCHER, G.N. 2002 : 1).

De ce point de vue, ce sont les fonctions psychiques perturbées qui sont à la base des troubles physiologiques. Les mécanismes physiologiques sont ici considérés comme des maillons entre conflits

psychiques et désordre biologiques (FISCHER, G.N. 2002 : 4). C'est partant de cette prééminence de l'influence des facteurs psychologiques que bien des enquêtés disaient que « tout dépend de l'esprit, parce que c'est l'esprit d'abord qui va se porter mal, sentir qu'on est malade, avant que tout cela ne soit ressenti sur le corps ». Ce qui corrobore avec la conception de la médecine psychosomatique établissant le lien entre le psychisme et le corps et défendant l'idée qu'on peut arriver à la maladie à travers les influences négatives des problèmes psychologiques.

A cet effet, même en bonne santé, on peut perdre la santé quand la conscience n'est pas tranquille, quand on est surchargé de soucis. Les soucis, en empêchant le sommeil et le bon repos de l'esprit, dégradent l'état de santé. En Guinée, les soucis naissent de la pauvreté. Les soucis arrivent lorsqu'on est incapable d'assurer sa survie sans l'aide des autres. Ce qui peut être source de stress et de déceptions.

Mettant l'accent sur des variantes particulières de la pauvreté, la maladie est comprise par certaines (23%) comme « un déséquilibre psychologique trouvant son fondement dans des considérations financières ». Se fondant aussi sur le complexe souci-honte-frustration qu'entraîne la pauvreté et qui conduit à la maladie, certaines autres de ces enquêtées soulignaient que: « quand il fait jour et qu'on n'ait rien pour vivre, on fini par être malade de soucis, de honte et d'angoisse».

Mettant alors en évidence la nécessité d'un équilibre entre le corps et l'âme pour prétendre à la santé, ces enquêtées soutenaient qu'

On peut avoir la santé physique tout en étant moralement malade. Malade de pauvreté si extrême, qu'on est incapable de subvenir même au minimum de ses besoins sans l'aide autrui. Malade d'être incapable de faire quoi que ce soit pour la famille et les parents qu'on voit souffrir. Mais on peut aussi avoir de nombreux soucis suite à une maladie qu'on n'arrive pas à guérir sur soi ou sur une personne qui nous est chère. Il en est de même quand on souffre de trop de douleur d'une maladie. En exemple, la très grande fréquence des douleurs associées aux maladies qui ont trop duré peut conduire le malade à être toujours mécontent. Mécontent au point qu'il ne puisse même plus bien manger, parce que les soucis lui ont coupé l'appétit. C'est pour cela que de nombreuses personnes ont leur conscience troublée de la maladie qui les assaille ou de la maladie d'un parent, d'un ami, d'un enfant... Tout cela constitue de vraies maladies.

Avec ce dernier aspect, on assiste ainsi à une inversion des effets psychosomatiques révélés plus haut. Plutôt que d'assister à des situations où ce sont les soucis qui conduisent à la maladie, ce sont à l'inverse les maladies qui causent des soucis. Contrairement donc à la version traditionnelle, la maladie apparaît ici comme un générateur d'affections morales et de traumatisme mental, suite aux nombreux soucis qu'elle suscite. Les phénomènes psychologiques ne sont donc plus présentés ici comme des causes de la maladie, ils apparaissent désormais comme une conséquence de la maladie.

Cependant, l'analyse révèle que plusieurs de ces cas de troubles mentaux résultent moins de la maladie elle-même, que des conséquences sociales de la maladie. Certaines enquêtées témoignaient que « les soucis dont les malades sont affectés viennent du fait qu'ils ne bénéficient plus des mêmes privilèges qu'avant. Avec la maladie, l'individu est désormais sous-estimé dans tous les cas de contact avec les autres ». Il peut aussi arriver que ces phénomènes mentaux s'aggravent chez certains au point de les faire tomber dans l'isolement. C'est pour cela que les enquêtées affirmaient que « le fait d'être toujours plongé dans les soucis constitue un moyen sûr de sortir lentement de l'humanité ». A cela, s'ajoute aussi le fait qu'à un niveau plus élevé, et quand l'expérience prend trop de temps, les soucis peuvent conduire à des affections plus graves, comme « la diminution de la faculté intellectuelle, les dépressions mentales, voire la folie ».

Une autre dimension psychologique, très faiblement (6%) exprimée, explique l'avènement de la maladie par l'adhésion inconsciente de l'individu à la cause de la maladie. L'individu s'engage ainsi inconsciemment dans la maladie, mais en reconnaissance tacite de l'existence de cette dernière. Il s'agit donc d'une appréhension psychanalytique, admettant la maladie comme un consentement de la personne malade (GRODDECK, 1980).

La maladie peut donc dépendre de la volonté de la personne. Il y a, en exemple, des personnes dont les maux de tête ne commencent que quand elles se rappellent de la maladie. La tête n'est donc calme que tant qu'on ne se rappelle pas qu'on est malade, mais dès qu'on se le rappelle, les douleurs reprennent.

Les quelques exemples cités à ce sujet ne concernent que « des femmes qui souffrent de maux de tête et dont la maladie ne rechute que quand on en parle en leur présence ». Le constat révèle à ce

propos que « c'est seulement les filles qui tombent de maux de tête dans les écoles », et cela n'arrive aussi souvent que dans des écoles stigmatisées d'être « habitées de diables ». Cependant, ce qui fortifie le plus décisivement et en dernier essor, la croyance de l'adhésion des malades à leur maladie repose sur le fait que « c'est quand une fille tombe que d'autres vont suivre, en amorçant leur chute ». C'est partant de cela qu'une enquêtée affirmait que « Je ne sais pas ce qu'il y a, mais on peut penser que la volonté des filles fait partie ».

Avec cette approche, on assiste à un retour en force de l'importance accordée à l'individu comme non seulement participant à la maladie, mais plu encore, créant lui-même la genèse de son état actuel. Il s'agit essentiellement de fantasmes éprouvés, entraînant des modifications entre les instances psychiques que sont le moi, le ça et le surmoi (LAPLANTINE, F 1997 : 90). GRODDECK (1980) est l'auteur qui a radicalisé et poussé cette pensée de la psychogenèse des maladies jusqu'à ses ultimes conséquences. Pour l'auteur du livre du « ça », il n'y a aucun symptôme, y compris le plus corporel, comme celui en exemple du « nez bouché du côté droit », où le psychisme ne paraît en rien intervenir. Et rien de tout cela n'est étranger au désir de l'individu (GRODDECK, 1980 : 194).

Mettant l'accent sur l'intension qui engage la responsabilité de l'individu, il affirmait que les maladies sont intentionnelles et finalisées, car ce sont des « réactions opportunes de notre « ça » qui sont endogènes au plus haut degré, puisque non seulement nous les portons en nous, mais nous les créons. L'homme « fabrique ses maladies », il en est « la cause » et « il n'est pas nécessaire d'en chercher une autre » (GRODDECK, 1980 : 194). La maladie...physique est toujours l'expression psychologique ou la symbolisation de ce que nous désirons secrètement. Nous nous infligeons, à nous-mêmes, un certain nombre de punitions en réaction à la transgression d'un interdit totalement intériorisé. L'auteur écrit à la page 130 :

Quand on se casse le bras, c'est que l'on a péché par ce bras : assassiner, voler, se masturber...Quand on devient aveugle, c'est que l'on ne veut plus voir, que l'on a péché par les yeux ou qu'on avait l'intention de le faire. Quand on devient aphone, c'est parce que l'on possède un secret et n'ose pas le raconter tout haut.

IV. MODÈLE INTEGRANT LE MALEFIQUE ET L'ENDOGENE AU RELIGIEUX

Le modèle intégrant le maléfique et l'endogène au religieux est une conception que soutient une minorité non négligeable de femmes enquêtées (30%). Cette conception repose sur trois aspects :

- le premier aspect présente la maladie comme une propriété personnelle légitime de l'individu malade et qu'il est obligé de garder pour soi. Cette attribution de la maladie est supposée avoir une origine d'essence divine. Partant de cette perspective, ce groupe admet que

La maladie, c'est le fait d'avoir ce qu'on ne peut enlever de soi, une ressource légitime. Une légitimité qui vient du fait qu'on ne peut ni donner, ni transférer la maladie à autrui. Quelques soient les soucis et les marques de sympathie que vos proches manifestent envers vous, ils ne peuvent vous aider à supporter même une partie des douleurs de la maladie, et vous ne pouvez non plus confier la maladie à certains d'entre eux. Même les mères, qui d'habitude se soucient de plus, ne peuvent qu'observer les souffrances de leurs enfants dans l'impuissance, mais elles ne peuvent les ôter. La maladie, c'est seulement pour celui qui est malade. Ceci est l'œuvre de Dieu.

- le deuxième aspect porte sur les maladies héréditaires, considérées ici comme une autre forme d'existence et de manifestation de l'action de Dieu, et relevant donc de l'ordre de la malédiction génétique (LAPLANTINE, F 1997 : 385). L'individu n'est absolument pas responsable de ce qui lui arrive.

Comme Job, le juste voit s'abattre sur lui toutes les calamités du monde. Il endure le martyr, alors que l'ivrogne, le grand fumeur et le noceur invétéré dépassent allègrement les 80 ans sans être atteints de la moindre maladie. Il y a ici un véritable scandale médical et théologique, c'est-à-dire qui échappe à la fois à la sagesse et à la connaissance, un injustifiable, voire une injustice. On se rabat alors sur les explications fondées sur le destin qui n'est pas le même pour tous (LAPLANTINE, F 1997 : 385).

Les quelques exemples de maladies que ces femmes qualifient d'« héréditaires sont la drépanocytose, le rhumatisme, le diabète ». Cependant, la lecture de certains de leurs propos laisse voir, par endroit, quelques possibilités de confusion au tour du phénomène d'hérédité. Ces confusions peuvent être relevées à deux niveaux :

- Dans un premier temps, entre ce qui est héréditaire et c'est qui est inné. En exemple, une femme (44 ans, analphabète) affirmait qu'« une maladie héritée des parents devient alors innée, parce que confinée dans le sang de la personne en question. Le diabète est un cas de ce genre » ;

- Dans un second temps, on peut aussi constater que plusieurs de ces enquêtés établissent une analogie entre la transmission d'une maladie, comme le cas du sida, de la mère à son enfant, et les cas d'hérédité de la maladie. En plus du fait qu'elles attribuent massivement (78%) les causes du sida aux conduites, certaines autres (12%) femmes affirmaient aussi que « le sida devient maladie héréditaire quand c'est la mère qui l'a transmis à son enfant » ;

- le dernier aspect porte sur l'orgueil s'exprimant par le manque de foi. Il est le point de vue d'une proportion insignifiante des femmes enquêtées (4%). Cet aspect définit la maladie comme un manque de foi religieux. Il ne s'agit donc plus ici de la punition du manque de foi par la maladie, mais c'est le manque de foi qui est lui-même considéré comme une maladie intérieure.

Par cette conception, ces femmes considèrent « le refus d'adoration comme un acte de rébellion et d'insoumission à Dieu ». Rébellion et insoumission qui trouvent leur origine dans « l'orgueil qui ronge la personne de l'intérieur. Ce qui constitue un manque de reconnaissance face à l'œuvre de création de la personne par Dieu, avec des membres tout à fait parfaits et au complet ».

C'est par rapport à cette conception de manque de reconnaissance qu'une femme (55 ans, analphabète) disait que « la maladie, c'est quand un individu jouit de toutes ses facultés, quand il a son corps et son esprit sains et qu'il refuse de faire ce que la religion lui recommande. Cette situation constitue la plus grave des maladies ». C'est partant de cela qu'elle formule les vœux « que Dieu nous garde de cette maladie ». Elle finira par interpeller que « toute personne doit se soigner de toutes les maladies qui l'atteignent, mais de privilégier le soin des maladies de ce genre, des maladies que les comprimés et la vaccination ne peuvent soigner ».

II.5. MODÈLE D'EXPLICATION DE LA MALADIE PAR LA FRAGILITÉ NATURELLE DE L'INDIVIDU

C'est surtout au niveau des enquêtés de la moyenne Guinée que ce modèle a été le plus révélé. Point de vue défendu par une minorité non négligeable (38%) des femmes enquêtées, il part de l'esprit qu'il y a « des personnes qui sont naturellement malades ». Des personnes qui n'échappent à aucun épisode des maladies courantes et qui sont toujours malades, même quand tout le monde est en bonne santé. Il s'agit d'individus perçus comme terrain d'élection de la maladie, des individus qui ont « une nature de malade ou une nature fragile » (LAPLANTINE, F 1997 : 63).

L'idée qu'il existe un « être » de la maladie trouve sa première expression scientifique dans un des courants de la médecine Hippocratique dans sa tendance de rupture avec la pensée spéculative et son attention portée aux symptômes corporels du malade. Il atteint sa formulation systématique avec le dualisme cartésien séparant l'âme du corps, la première étant du ressort de la métaphysique, le second de la physique. Il connaît un développement prodigieux avec les découvertes microbiologiques de Pasteur qui ouvrent la voie à la médecine contemporaine. La maladie apparaîtrait donc comme une rupture d'équilibre entre l'homme et lui-même (LAPLANTINE, F 1997 : 64-65).

Le paludisme est la maladie la plus régulièrement incriminée parmi celles qui affectent ces personnes. C'est dans cette optique qu'une autre femme (39 ans, de niveau secondaire) disait qu'« il y a des personnes qui ne peuvent pas se séparer du paludisme ». Deux catégories de personnes se considèrent souvent comme faisant partie des plus frappées de cette infortune. Il s'agit :

- des personnes qui attribuent leur vulnérabilité au fait d'être chétif et de teint clair;
- des personnes qui attribuent leur vulnérabilité au fait que le palu soit « un héritage, une « maladie de la famille ».

CONCLUSION

Outre la conception très répandue de l'extériorité des causes de la maladie, les modèles qui précèdent révèlent de nombreuses autres représentations attribuant les phénomènes pathologiques au milieu

intérieur même de la personne malade. Le modèle d'appréhension de la maladie comme une lésion intérieure explique la maladie comme une atteinte organique d'origine interne « naturellement associées à la personne humaine ». Il s'agit alors d'affections localisables à une des parties de l'organisme. C'est en cette possibilité de localisation que les scientifiques lui attribuent des propriétés géographiques. On retrouve l'esprit de la représentation dans diverses théories scientifiques, notamment dans celle de la médecine des lésions, encore appelée l'anatomisme ou l'anatomopathologie (LAPLANTINE, F 1997 : 56).

Le modèle de la dégénérescence interne est une des versions de la pathophysiologie, expliquant la maladie par l'incapacité de l'organisme à réagir aux stimuli et autres exigences de vie normale (LAPLANTINE, F 1986 : 63-64). La représentation profane des enquêtés l'applique principalement aux personnes âgées qui, en raison « de la dégradation fonctionnelle de certains de leurs organes, sont condamnés à être toujours malades ». Partant alors d'une désagrégation interne du potentiel de résistance aux maladies, la maladie s'explique par « de simples modifications physiologiques » (BERNARD, C. 1966 : 279).

La représentation psychologique de la maladie attribue les causes des perturbations physiques pouvant se traduire par un ensemble de symptômes corporels. Les états d'âme et les humeurs seraient dans ce cas très déterminants dans l'avènement de la maladie. L'esprit de cette représentation corrobore très intimement avec les approches psychosomatiques (ALEXANDER, 1952) expliquant la maladie par l'influence du psychisme sur le corps. Psychisme dépendant, lui-même des conditions concrètes de la vie.

Le complexe intégrant le maléfique et l'endogène au religieux explique la maladie par le fait qu'elle soit d'essence divine. En tant que telle, elle apparaît comme une propriété personnelle légitime dont on ne peut se séparer. Cette appropriation peut se manifester soit par un héritage ou par une simple volonté divine relevant de l'ordre de la malédiction génétique (LAPLANTINE, F 1997 : 385). Mais ce modèle inscrit aussi le manque de foi religieuse comme une autre maladie interne se manifestant par l'orgueil face à la soumission en Dieu.

La compréhension de la maladie comme les effets d'une fragilité naturelle soutient l'idée d'existence de personnes qui sont par nature malades. Il s'agirait donc de personnes fragiles par nature, et disposant ainsi d'un organisme propice au développement des maladies (LAPLANTINE, F 1997 : 63). C'est à ce titre que le paludisme est régulièrement cité soit, comme un héritage familial ou n'attaquant le plus souvent que des personnes de teint clair.

En définitive, les révélations qui précèdent mettent en évidence la pluralité des registres d'interprétation de la maladie et de la santé. La médecine moderne constitue de nos jours le principal recours de soins des citoyens du monde contemporain. Pour réussir sa mission prioritaire de soins efficace des maladies, la médecine doit développer une collaboration intelligente avec les sociétés dont elle traite les maladies. Cela ne peut se faire sans une prise en compte des considérations socioculturelles et contextuelles de ces sociétés.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER F., 1952, *La médecine psychosomatique*, Payot, Paris.
- BERNARD C., 1865, *Introduction à la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris.
- BERNARD C., 1879, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, PUF, Paris.
- LAPLANTINE F., 1997, *Anthropologie de la maladie*, Editions Payot, Paris.
- LAPLANTINE F., 1986, 1992, *Anthropologie de la maladie*, Editions Payot, Paris.
- MENDEL G., 1866, « Recherches sur des hybrides végétaux », *Brünn* : 12-13