

University of Groningen

## La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa

Yoda, Lalbila Aristide

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Yoda, L. A. (2005). *La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa: Un cas de communication interculturelle au Burkina Faso*. [, University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

## **CHAPITRE 3**

### **Représentations de la santé, de la maladie et du corps dans la culture bisa et mossi**

Au chapitre 2, nous avons montré que malgré les différences entre les langues bisa et mooré les Bisa et les Mossi partagent essentiellement une même culture en raison des liens historiques et politiques qui les unissent. Nous avons également évoqué le dynamisme et l'hétérogénéité de la culture. Les représentations de la santé, de la maladie et du corps illustrent cette caractéristique fondamentale de la culture à laquelle le Burkina Faso n'échappe pas. En effet, aux représentations traditionnelles dominantes s'opposent celles dites modernes, basées sur la médecine moderne. Les différences entre ces deux systèmes de représentations, on le verra, ont des implications pour la traduction dans notre corpus.

#### **3.1 Représentations de la santé, de la maladie et du corps dans les sociétés traditionnelles bisa et mossi**

Les représentations de la santé, de la maladie et du corps semblent largement partagées en Afrique. Sindzingre (1984 : 101), par exemple, estime que même si l'explication de l'infortune, y compris la maladie, n'est pas généralisable à toutes les sociétés africaines, parce qu'elle fait appel à des systèmes de représentations qui diffèrent, certains traits sont largement récurrents, en particulier la prégnance des variables exogènes, l'importance de l'univers physique et humain, des ancêtres et des puissances surnaturelles. Dacher (1992 : 191), qui a consacré une étude à la société goin, une ethnie de l'ouest du Burkina, est formelle : les représentations goin de la maladie ne tranchent pas notablement avec celles des populations senufo, mossi, bisa et wynie.

Dans ce chapitre, l'attention portera beaucoup plus sur la maladie que sur la santé qui, en fait, ne prend toute sa dimension que lorsqu'on la perd. Selon Pierret (1984 : 230), «la maladie fait prendre conscience de la santé comme d'un état positif complexe fait d'inter-relations entre le physique et le psychique». Elle représente un concept difficile à cerner, en raison de la complexité et de l'élasticité de son domaine, si l'on en juge par la définition plus ou moins idéaliste qu'en donne l'OMS (1946 : 100) : «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Cependant, il faut relever que les représentations de la santé varient d'une société à une autre, et même, à l'intérieur de la même société, d'un groupe à l'autre. Selon Helman (2000 : 84), dans les sociétés non industrialisées la santé est perçue en termes de **rapport d'équilibre** entre les gens, entre les gens et la nature, et entre les gens et les puissances surnaturelles, tandis que dans les sociétés occidentales la définition de la santé est moins globalisante, même si elle comporte des aspects physiques, des aspects psychologiques et comportementaux. La perception de la santé dans les sociétés mossi et bisa correspond à celle qui prévaut dans les sociétés non industrialisées. Elle traduit, à n'en pas douter, leur vision de l'univers, où monde visible et invisible se côtoient, et où l'ordre social est tributaire de l'harmonie entre ces deux mondes.

La recherche de la santé, outre les préoccupations du quotidien de l'Africain, constitue un souci permanent. Pour les Mossi tout comme pour les Bisa, sans la santé, rien n'est possible dans la vie. Cette préoccupation pour la santé est perceptible dans le discours quotidien. À toute personne entreprenant un voyage le Mossi souhaitera *Wënd na sik-y laafi* (littéralement, «Que Dieu vous descende en bonne santé»). Le Bisa dira pour exprimer la même chose *Wvso yi zerim laafu*.

Les Mossi et les Bisa estiment que la santé est un **don de Dieu** qu'il faut préserver. L'un des objectifs des différents cultes est de demander aux ancêtres de veiller à la protection du lignage et de la famille contre tout mal et de leur apporter la santé afin qu'ils puissent continuer leurs traditions. La santé est également au centre des préoccupations du pouvoir politique et du pouvoir religieux. Ce dernier est représenté par le *Tēngsoba* aussi bien dans la société mossi que bisa. Celui-ci, affirme Faure (1996 : 180), manipule symboliquement la santé des villageois, la fécondité de la terre et la mort en pays bisa :

Le jour du culte à tara [terre en bisa], le chef de village et lui demandent aux «génies» du territoire villageois d'éloigner les maladies et les malheurs pour tous les habitants, quelle que soit la durée de leur séjour.

Dans la société mossi, le culte du *Basgha* (le nom du culte des ancêtres dans certaines localités) ou celui du *Tēnkuga* (le culte de la terre), pratiqués à travers l'ensemble du territoire mossi, visent les mêmes objectifs. En effet, au-delà de la cohésion au sein des différents lignages et de tout le pays mossi, ces sacrifices cherchent également à implorer les ancêtres afin que ces derniers leur assurent la santé, la prospérité et la fécondité<sup>15</sup>.

Si l'on s'en tient à la définition de l'OMS, selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie, on peut dire que la santé est non seulement un rêve difficile à réaliser, mais également que santé et maladie se côtoient tous les jours. La formule de cet écrivain, Cioran, qui a vécu la maladie toute sa vie, «la santé est la maladie assoupie» (cité par Zarharia 2000 : 14) montre très bien que

---

<sup>15</sup> Selon Skinner (1989 : 131) «These sacrifices were offered to induce the chiefly ancestors to grant the villagers health, food, and children.»

l'une sert à révéler l'autre, et qu'elles constituent l'envers et l'endroit de la même pièce. Dans ces conditions, aborder l'une est une manière d'aborder l'autre.

Il est intéressant de voir que la plupart des ethnies burkinabè, ainsi que le montrent Dacher (1992) pour les Goin, Fainzang (1986) pour les Bisa, Bonnet (1988) pour les Mossi et Jacob (1988) pour les Winye, expriment les notions de bonne santé et de mauvaise santé en terme d'opposition frais – froid - humide / sec – chaud. Ainsi on dira de quelqu'un qui est malade : *a me ma / a me ni male* (son corps chaud ou son corps chauffe) et en mooré respectivement *a yĩngã wingame* et *a yĩsã wingdame*. Presque toutes les langues africaines expriment la relation individu/maladie de la même manière. Non seulement elles personnifient la maladie, mais la relation actif-passif est inversée par rapport au français. Alors qu'en français on dira «Il a attrapé le sida», en bisa et en mooré on dira respectivement : *sida a nysv* et *sida n yõka*, c'est-à-dire «le sida l'a attrapé».

Les expressions *a me ma* ou *a yĩngã wingame* («corps chaud» ou «corps qui chauffe»), qui indiquent l'état de maladie, restent vagues et elles ne nous renseignent pas sur la nature de la maladie. Lorsque celle-ci est banale, comme dans le cas d'un rhume ou d'un mal de tête, le malade se procurera la médication nécessaire (plantes, décoctions...) à sa guérison. Il le fait soit en faisant appel à ses propres connaissances, soit avec l'aide de ses proches, en général des personnes âgées, qui ont une certaine expérience de la pharmacopée traditionnelle. Mais lorsque les symptômes de la maladie persistent, elle devient un phénomène social, dont l'explication, l'interprétation et la thérapeutique mettent en jeu les représentations cosmologiques et l'organisation sociale, qui sont essentiellement culturelles. C'est l'analyse de ces représentations selon une méthodologie développée par Sindzingre & Zempléni (1981) qu'ont adoptée Fainzang (1986), Jacob (1988) et Dacher (1992). Elle propose une explication de la maladie en quatre étapes : 1) la reconnaissance de la maladie et sa dénomination, 2) la représentation de sa cause : le moyen par lequel elle est survenue, 3) l'identification de l'agent qui en est responsable, 4) la reconstitution de son origine : pourquoi elle est survenue chez tel individu ? (Jacob 1988 : 251).

Pour les besoins de notre analyse nous allons nous limiter aux deux premières étapes, à savoir la reconnaissance et la dénomination de la maladie et la représentation de la cause.

## 3.2 La désignation et les catégories causales de la maladie

### 3.2.1 La pertinence de la désignation de la maladie

Il nous semble pertinent de nous arrêter sur la **nosographie**<sup>16</sup> bisa ou mooré, car elle constitue une première étape dans l'explication de la maladie. Fainzang a pu identifier plusieurs désignations de la maladie, dont les plus significatives sont descriptives, causales et techniques. La description causale peut être littérale ou métaphorique. Dans la **description littérale**, la maladie est désignée en se référant au corps ou à la partie du corps atteinte ou aux symptômes, ou encore aux effets. Le tableau ci-dessus en donne quelques exemples en bisa pour chaque mode de désignation, suivi de la traduction littérale et si possible du nom scientifique<sup>17</sup> :

Référence au corps	Référence aux symptômes	Référence aux effets
- <i>Kurgya</i> (testicule) Eléphantiasis du scrotum ou toutes sortes d'orchites - <i>Bvkɔ</i> (gorge) Goitre	- <i>Nɔ hare</i> (ventre gonflé) hydropisie - <i>hɔbɔre</i> (vomir) Vomissements	<i>Lv ka bir nyiyire</i> (La femme qui n'accouche pas) Stérilité féminine

Dans la **description métaphorique** on prend en compte le symptôme que l'on exprime sous forme de métaphore. Parmi les désignations métaphoriques on retrouve beaucoup de maladies dont les noms expriment la ressemblance du symptôme avec un objet, un arbre ou un animal. C'est le cas, par exemple, de *nyibga* (crocodile), une maladie entraînant un gonflement de la gorge qui rappelle celle du crocodile. Cette maladie correspond au goitre ou à l'angine. Un autre exemple, intéressant d'un point de vue linguistique, est *wafɔ*, mot mooré qui veut dire serpent, correspondant à la «maladie du python», une maladie provoquant des plaques sur la peau ressemblant à la peau du python. *Wafɔ* désigne également la même maladie chez les Mossi. Ce terme, en réalité, est utilisé pour désigner diverses sortes de dermatoses. On peut toujours citer dans cette catégorie *tabir* (tortue) : douleur ventrale obligeant le malade à «marcher plié» ; son dos présente alors la forme de celui de la tortue. Ces métaphores peuvent renvoyer également à la cause de la maladie.

Les **dénominations causales**, selon Fainzang (1986 : 59), renvoient à la cause à laquelle la maladie est imputée, en mettant l'accent sur «l'affection

<sup>16</sup> Ce terme, utilisé par Fainzang (1986), est emprunté à la médecine. Il désigne la branche de la médecine qui a pour objet la description et la classification des maladies. Fainzang (1986 : 52) parle de système nosologique bisa qui comprend un certain nombre de critères permettant l'insertion d'une même maladie dans plusieurs catégories et une division de certaines d'entre elles en sous-catégories. Fainzang indique clairement que le système dont elle parle ne relève pas d'un découpage effectué par les Bisa eux-mêmes mais par elle-même.

<sup>17</sup> Les exemples sont tirés de Fainzang (1986).

subie par un organe engendrant l'irruption de la maladie, soit sur l'agent pathogène, ou encore sur l'agent persécuteur». En plus des exemples de *nyibga*, *wafo* et *tabir* ci-dessus, on peut ranger parmi les dénominations causales la folie qui correspond à une «perturbation du foie ou de la tête». Selon sa gravité on parlera de *mim wvsigare* («tête / cerveau tourné» ou «renversé») qui est moins grave et désigne des hallucinations, des propos incohérents, par opposition à *hɔ wvsigare* («foie renversé») qui désigne une folie grave. Parmi les maladies désignées par le nom de l'agent pathogène, on peut citer *lannɔ yaaba* («maladie des femmes»). Contrairement à Fainzang (1986 : 60) qui ramène *lanɔ yaaba* à la blennorragie, *lannɔ yaaba* est un terme générique désignant dans la pensée bisa une série de maladies transmises par les relations sexuelles. Quant aux dénominations renvoyant à l'agent persécuteur, on peut citer *le yaaba* («maladie de la bouche») : cette maladie est censée être causée par la mauvaise parole proférée contre quelqu'un, par jalousie ou par méchanceté.

La dernière catégorie de dénomination est celle relative à la **technique curative**. Un exemple typique serait *korɔ* («antilope»), qui correspond aux céphalées. *Korɔ* désigne également l'animal, dont les cornes seront utilisées pour soigner les maux de tête en dessinant avec les cornes sur la tête du malade.

### 3.2.2 *Les causes de la maladie*

Dans la pensée bisa, il existe essentiellement deux modes de contamination : la contamination par contact et la contamination - sanction.

La **contamination** peut se faire par **contact physique** direct ou médiatisé entre l'agent pathogène et le corps d'une personne. Dans la nosographie bisa, on pense que tout contact physique direct avec le gecko, une sorte de lézard qui vit sous les toits des maisons, peut causer la lèpre. Cette contamination peut également se faire de façon indirecte, si l'on venait à consommer une nourriture qu'aurait touchée cet animal. *Beeno* («oiseaux») est un terme utilisé pour désigner deux types de maladie infantile. La première, qui se traduit par des secousses et des tremblements, évoque les mouvements d'oiseaux et la seconde désigne la constipation. *Beeno* attaque l'enfant dont la mère se trouvait, alors qu'elle était en grossesse, dans une case sur laquelle s'était posé un oiseau. Le contact ici est médiatisé par la case et le corps de la femme qui, pour Fainzang (1986 : 69), se confondent sur le plan symbolique : «La maison où se trouve l'enfant à naître et sur laquelle se pose l'oiseau peut être conçue comme l'équivalent symbolique de l'utérus maternel», ce qui entraîne le contact entre l'animal et l'enfant et permet au premier de transmettre ses propriétés au second. Cette même maladie infantile, qui s'appelle *livvla* («oiseaux») en mooré, est transmise à l'enfant lorsque la femme est survolée par l'oiseau pendant qu'elle dort à la belle étoile.

La **contamination - sanction** peut provenir d'origines diverses : les génies, les ancêtres, les sorciers, etc. Ce sont, selon Fainzang (1986 : 69), les maladies à dénominations causales et métaphoriques qui résultent de la transmission des propriétés d'un objet sans qu'il y ait nécessairement contact physique. On peut illustrer ce mode de contamination par la maladie *wafo*, évoquée ci-dessus. Généralement, cette maladie est causée par le python. Mais,

cet animal n'est susceptible de causer la maladie que lorsqu'il est habité par un génie. Sa rencontre n'est pas fortuite. Il ne se présente que pour signifier une faute que la maladie *wafɔ* sanctionne. Si l'on applique la méthodologie de Sindzingre & Zempléni (1981), la cause serait la transgression d'un interdit ou la faute qui se traduit par la colère du génie, l'origine de la sanction, c'est-à-dire la maladie transmise par la rencontre avec le *wafɔ*, le python, l'agent. Mais nous préférons les termes de «cause immédiate» et «cause première» utilisés par Fainzang (1986 : 97) pour plus de simplicité, car python et génie peuvent être considérés comme un enchaînement de causes. Dans le cas de la maladie *wafɔ* dont il est question ici, la cause immédiate serait le python et la cause première la faute que le fait de voir un python signifie. C'est pourquoi, on le verra plus loin, la thérapeutique pour le Bisa ou le Mossi ne consiste pas seulement à soigner les symptômes, il faut chercher à aller plus loin et retrouver la faute, la cause première, et la réparer afin de permettre au malade de recouvrer la santé. Seule l'instance divinatoire est en mesure d'identifier cette faute et de dicter la conduite à tenir.

L'**étiologie** obéit à un principe cohérent que les anthropologues ont suffisamment décrit. Parlant de l'explication de la maladie dans les représentations Senufo, Sindzingre (1984 : 118) affirme :

Elle [l'explication] forme une structure finie, à laquelle sont rapportables à l'infinité des événements heureux et malheureux ; elle ne peut être constituée en taxinomie, car les choix concrets dépendent d'une logique pragmatique qui n'est pas réfutable comme pourrait l'être une théorie scientifique, en privilégiant le raisonnement causal de nature circulaire ; elle est une extension de la théorie de l'univers physique et des relations sociales (lignage, terre) des hommes à son égard et entre eux.

Cette relation étroite entre représentations du cosmos et de la maladie d'une part, et, d'autre part, entre l'ordre social et la maladie, est valable tant pour les Bisa que pour les Mossi. Nous suivons Fainzang (1986 : 81) qui propose sept catégories étiologiques de la maladie chez les Bisa reflétant leur vision du monde et de l'univers : les ancêtres (*ganɔ*), les génies (*Zinarɔ* ou *tonnɔ*), les jumeaux (*kyiŋkyirgarɔ* ou *kyirgarɔ*) ; les possesseurs de *nyisi* (*nyisizannɔ*, les «sorciers» (*bidɛrɔ*), le destin (*lɛm pi*) et « Dieu » (*Wvso*). Nous proposons dans le tableau ci-dessous les différentes catégories étiologiques bisa telles que proposées par Fainzang, qui correspondent également à l'étiologie mossi<sup>18</sup>. Il est important d'insister sur le caractère arbitraire de ces différentes catégorisations qui relèvent des chercheurs et non des Mossi et des Bisa eux-mêmes. Même si elles sont utiles pour notre analyse, elles ne traduisent pas véritablement la vision des Mossi et des Bisa qui n'établissent pas de

---

<sup>18</sup> À noter que les Mossi désignent par le même terme les jumeaux et les génies : *kinkirsi*. Une telle dénomination peut se comprendre, puisque dans les croyances mossi, tout comme bisa d'ailleurs, les jumeaux sont associés à des puissances divines, et en tant que tels ils sont redoutés.

dichotomie entre causes naturelles et causes surnaturelles (car il existe une symbiose entre le monde invisible et le monde visible).

### Catégories étiologiques bisa et mossi

Catégories	Termes bisa	Termes mooré	Observations
1. Ancêtre	<i>Ganɔ</i>	<i>Kiimse</i>	Cause surnaturelle
2. Génies	<i>Zinarɔ ou Tonno</i>	<i>Kinkirse ou Zindamba</i>	Cause surnaturelle
3. Jumeaux	<i>Kyirgarɔ</i>	<i>Kinkirse</i>	Cause surnaturelle
4. "Fétiches"	<i>Nyisi</i>	<i>Tum</i>	Cause surnaturelle
5. Sorciers	<i>Biderɔ</i>	<i>Soyã</i>	Cause surnaturelle
6. Destin	<i>Lem pi</i>	<i>pulemde</i>	Cause surnaturelle
7. Dieu	<i>Wuso</i>	<i>ẽnde</i>	Cause naturelle

On constate que dans leurs classifications Sindzingre (1984, 1995), Jacob (1988) et Dacher (1992) affirment tous que globalement les sociétés africaines appréhendent la maladie de la même manière. Ils distinguent dix catégories étiologiques, tandis que Fainzang en dénombre sept. Mais cette variation dans le nombre de catégorisations étiologiques que l'on peut constater d'un auteur à l'autre ne constitue pas un problème fondamental. Elle résulte de la manière dont chaque auteur a procédé au regroupement des différentes étiologies qui, dans bien des cas, se recoupent et se confondent. Prenons deux exemples. On peut tout à fait concevoir dans la catégorie des maladies causées par les ancêtres la transgression d'interdits - qui représente une catégorie dans les catégorisations de Sindzingre et qui ne figure pas dans celles de Fainzang - parce que ce sont les ancêtres qui veillent au respect de la tradition et de l'ordre social et sanctionnent toute transgression les concernant. Il n'est également pas impossible de ranger les maladies résultant de la transgression d'interdits dans la catégorie des maladies causées par les génies. Cette dernière pouvant également comporter les maladies causées par les animaux, qui constituent à leur tour une catégorie de maladie chez Dacher et Sindzingre. La variation dans le nombre de catégories étiologiques ne remet nullement en cause les représentations de la santé et de la maladie qui sont essentiellement les mêmes



dans les sociétés africaines en général, et dans la culture mossi et bisa en particulier.

Cependant, on note que même si l'étiologie consiste en l'énonciation de catégories causales finies connues de tous dans la culture bisa et mossi, elles ne constituent en fait que des indices pouvant, en définitive, se ramener à deux types de causalité : les causes naturelles et les causes surnaturelles (voir Tableau ci-dessus). Le diagnostic final revient au devin (*bv* chez les Bisa) et (*baga* chez les Mossi). Par ailleurs, même si ces catégories causales permettent de mieux cerner la maladie, cette dernière peut être référée à une, deux ou plusieurs catégories étiologiques. C'est le cas de la stérilité féminine, par exemple, qui peut être à la fois provoquée par les ancêtres, les génies ou les fétiches. Elle peut être attribuée également à une cause naturelle, c'est-à-dire à Dieu. Mais, en revanche, ces mêmes catégories causales prises individuellement peuvent également provoquer plusieurs maladies. Seul le devin est à même de poser le diagnostic définitif qui, dans tous les cas, s'inscrit dans les catégories causales fixes ci-dessus. La guérison devient envisageable après la réparation de la faute, qui constitue la cause première de la maladie.

Il faut relever que la faute qui est la cause de la sanction n'est pas commise nécessairement par le malade. La maladie peut sanctionner une erreur commise par un membre de la famille proche ou du lignage. Les maladies infantiles résultent le plus souvent de fautes commises par les parents de l'enfant avant même sa naissance, comme la maladie *bæeno* chez les Bisa, connue sous le nom de *livvla* chez les Mossi. Cette remarque ne fait que renforcer le caractère social de la maladie et explique pourquoi cet aspect doit être pris en compte dans son traitement.

Mais avant de nous intéresser à l'approche thérapeutique de la maladie, nous allons nous arrêter à la représentation biomédicale de la maladie. Celle-ci nous semble pertinente dans la mesure où la thérapeutique, en milieu bisa et mossi, à l'instar de la plupart des sociétés africaines, est influencée par cette représentation biomédicale de la maladie.

### **3.3 La représentation biomédicale de la maladie : bref aperçu**

La **médecine biomédicale ou moderne** est née dans le monde occidental, qui avait également pendant longtemps une vision du monde comparable à celle des Bisa et des Mossi, c'est-à-dire un monde où l'homme n'était pas dissociable du cosmos. Les représentations de la santé et de la maladie étaient alors dominées par les forces surnaturelles. Les causes sociales de la maladie étaient connues du milieu médical, en particulier des hygiénistes aux XVIIIe et XIXe siècles. Ces derniers, selon Herzlich (1984 : 190), mettent clairement en relation la santé d'une population avec ses conditions de vie, qui sont elles-mêmes déterminées par la position sociale.

Cependant, la médecine connaîtra une révolution grâce aux découvertes de Pasteur vers la fin du XIXe siècle. En effet, celui-ci, en isolant le **germe** comme explication de la maladie, va, selon Pierret (1984 : 220), reléguer au

second plan les étiologies sociales. Mais la conception de la maladie en tant que conséquence de l'action spécifique d'un germe va donner un caractère scientifique à l'approche hygiéniste de la santé et de la maladie. Selon Herzlich (1984 : 190), «la notion d'étiologie spécifique, la découverte des germes à l'origine de nombreuses infections, permet la mise en place de mesures prophylactiques efficaces, de nature variée». Parmi ces mesures, on peut citer, par exemple, la stérilisation du lait qui, à partir des années 1890, permet de maîtriser la diarrhée infantile, responsable d'innombrables décès de jeunes enfants. Herzlich cite également l'introduction de l'asepsie et de l'antisepsie dans les services hospitaliers, qui contribuera à réduire la mortalité post-chirurgicale.

La médecine occidentale, même si sa pratique varie d'un pays à l'autre, s'est développée à partir d'une représentation scientifique de la maladie. Il s'agit d'une **approche biologique et scientifique**, soutenue par une technologie de plus en plus sophistiquée. Helman (2000 : 79) affirme que pendant leur formation, les médecins subissent une enculturation qui leur permettra d'acquérir une perspective de la maladie dont les prémisses mettent l'accent sur :

1. la rationalité scientifique ;
2. l'évaluation objective et numérique ;
3. les données physiques et chimiques ;
4. le dualisme de l'esprit et du corps ;
5. la vision de la maladie en tant qu'entité. La maladie est décrite en termes cliniques uniques et «universellement» reconnaissables ;
6. le réductionnisme. De plus en plus l'intérêt de la médecine ne se porte pas sur le malade mais sur une partie du corps et sur un organe ; et
7. le malade en tant qu'individu, au détriment de la famille et de la communauté.

Dans une telle représentation somatique et biologique de la maladie, la tâche du médecin consiste surtout à rechercher et à quantifier des données physiques et chimiques concernant le malade. L'interprétation du médecin est la seule valable. Les développements scientifiques et les nouvelles technologies permettent aujourd'hui de parler de la santé et de la maladie en termes numériques, comme le souligne Helman (2000 : 80) :

Health or normality are defined by reference to certain physical and biochemical parameters, such as weight, height, circumference, blood count, haemoglobin level, levels of electrolytes or hormones, blood pressure, heart rate, respiratory rate, heart size or visual acuity. For each measurement there is a numerical range - the 'normal value'- within which the individual is considered normal and 'healthy'. Above or below this range is 'abnormal', and indicates the presence of 'disease'.

Cette approche normative de la santé et de la maladie a conduit les pouvoirs publics dans les pays occidentaux à développer une infrastructure médicale en vue de favoriser l'accès aux soins des populations, non pas nécessairement par

souci de les protéger, mais bien parce que l'on s'était rendu compte pendant l'expansion de l'industrialisation et du capitalisme que la productivité dépendait de l'état de santé des travailleurs. Ce n'est pas un hasard si dans le monde occidental la santé est perçue en termes de capacité de travailler et la maladie en termes d'incapacité de travailler. La perspective médicale de la maladie se veut universelle, quelle que soit la maladie. La tuberculose, par exemple, a la même cause, les mêmes symptômes et le même traitement partout dans le monde.

### 3.3.1 *La médecine biomédicale au Burkina Faso*

La représentation biomédicale de la santé et de la maladie, et les infrastructures qui l'accompagnent (hôpitaux, cliniques, écoles de santé, dispensaires, médecins, infirmiers, etc.) font désormais partie des réalités burkinabè, en tant qu'héritage de la colonisation. En effet, comme le montre Gnessien (1996), le **système sanitaire burkinabè** est un prolongement de celui mis en place par les autorités coloniales françaises. Mais, à l'instar des autres pays du Tiers Monde, le Burkina Faso ne dispose pas de ressources suffisantes lui permettant d'assurer un fonctionnement adéquat d'un tel système hérité de la colonisation. Avec un PNB évalué à 310 \$US en 1997 (INSD 2000 : 2), le Burkina Faso est classé parmi les pays les plus pauvres au monde.

Une telle situation économique permet de comprendre la difficulté pour l'État, sollicité de toute part, à mobiliser les ressources nécessaires à la protection sociale des populations. Contrairement aux systèmes médicaux sophistiqués des pays riches, la politique sanitaire du Burkina Faso, comme le constate Gnessien (1996 : 27), «reste encore largement embryonnaire». Elle se résume en l'application des principes contenus dans la Déclaration de la Conférence d'Alma Ata de 1978 - à laquelle le Burkina Faso a souscrit - initiée par l'OMS et l'UNICEF, qui affirme que la santé est un droit fondamental de l'être humain et invite tous les pays du monde, en particulier, les pays du Tiers Monde, à faire de la «santé pour tous en l'an 2000» leur objectif, par l'adoption d'un système de santé en adéquation avec leurs conditions économiques, socioculturelles et politiques.

Selon Gnessien (1996 : 96), l'OMS et les États parties à sa constitution, en affirmant que la santé n'est pas uniquement une absence de maladie ou d'infirmité, mais également un état de complet bien-être physique, mental et social «entendaient bien élargir le champ des actions en faveur de la santé». C'est ainsi que l'essentiel de la politique sanitaire du Burkina Faso est basé sur les soins curatifs, les soins préventifs et les soins de santé primaires. Gnessien (1996 : 96) regroupe les soins curatifs et les soins préventifs sous le vocable «soins de santé», comme étant «l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics soit dans le domaine de la prévention générale [...] soit dans le domaine des soins médicaux comportant le traitement des maladies déclarées avec ou sans les hospitalisations».

Le constat des insuffisances et des inégalités dans la situation sanitaire entre pays riches et pays pauvres ainsi qu'à l'intérieur des pays, d'une part, et, d'autre part, la perception de la santé comme un droit fondamental de l'être

humain ont été sans doute à l'origine de l'adoption en 1978 de la Déclaration d'Alma-Ata, qui se fixait comme objectif la santé pour tous en l'an 2000. Selon la Déclaration, les **soins de santé primaires**, qui constituent désormais l'épine dorsale de la politique sanitaire du Burkina Faso, permettront d'atteindre cet objectif de la santé pour tous en l'an 2000 parce que :

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de la communauté grâce à leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement et dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

Comme on le voit, l'ambition de l'OMS et des États signataires de cette déclaration était non seulement de rendre accessibles les soins sanitaires à tous, mais également de rapprocher les structures de soins sanitaires des communautés qui doivent participer à leur gestion.

Cependant, la dégradation des systèmes sanitaires et la difficulté du financement de «la santé pour tous en l'an 2000» ont conduit les ministres africains de la Santé à se réunir à Bamako (Mali) en 1987, sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS, en vue de redynamiser le système des soins de santé primaires. Cette rencontre a abouti à «l'initiative de Bamako» qui vise le recouvrement des coûts des soins de santé primaires à travers la participation communautaire dans le secteur de la santé. L'initiative de Bamako a pour objet, entre autres, l'extension des soins de santé primaires et le développement des médicaments essentiels génériques, la mise en place d'un financement communautaire et le contrôle de la gestion des structures sanitaires par la communauté. Dans cette perspective, la mise en oeuvre des soins de santé primaires requiert non seulement la participation de tous les membres de la communauté, mais également de tous les autres secteurs du développement : éducation, agriculture, administration, etc.

Bien entendu, les différentes initiatives de l'OMS et de l'UNICEF constituent des cadres généraux. Il appartient aux États de les adapter à leur contexte socioculturel et économique. Cependant, la politique sanitaire du Burkina est empreinte des marques de la Déclaration d'Alma Ata et de l'Initiative de Bamako. En effet, la stratégie nationale en matière de santé (voir ministère de l'Économie et de Finances 2001) est basée sur la décentralisation des services de santé, la participation communautaire et la promotion des médicaments essentiels génériques (MEG). Le document de Politique sanitaire nationale (PSN), adopté par décret en septembre 2000, définit les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques du gouvernement en matière de santé comme visant à :

- accroître la couverture sanitaire nationale ;
- améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé ;
- optimiser la gestion des ressources humaines en santé ;

- améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- réduire la propagation du VIH/ sida ;
- promouvoir la santé des groupes vulnérables ;
- renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la Santé.

Les institutions chargées de la mise en oeuvre de la politique sanitaire du pays aux côtés de l'État et de ses structures de soins sont l'OMS, l'UNICEF, les ONG et les pays amis. Le dispositif sanitaire est structuré en plusieurs niveaux allant des plus élémentaires aux plus complexes (Gnessien 1996 et Fonteneau 1999) :

- les Postes de santé primaires (PSP) au niveau de chaque village. Le Burkina Faso compte 7500 villages ;
- les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) dans les chefs-lieux de département. Les CSPS, au nombre de 677 (Fonteneau 1999 : 4) couvrent chacun entre 16 000 et 20 000 habitants. Chacun comporte normalement un dispensaire ;
- les Centres médicaux (CM), auxquels sont référés les malades qui ne peuvent pas être traités dans les CSPS, constituent l'échelon supérieur. Ils sont au nombre de 55 et couvrent des populations de 100 000 à 150 000 habitants. Certains d'entre eux sont appelés des CMA parce qu'ils possèdent des antennes chirurgicales qui permettent de prendre en charge certaines urgences, telles que les césariennes ;
- les Centres hospitaliers régionaux (CHR), au nombre de dix, sont implantés dans les chefs-lieux de provinces. Ils coiffent les CM, les CMA et les CSPS.
- enfin les Centres hospitaliers nationaux (CHN) au nombre de deux : un à Ouagadougou et un à Bobo-Dioulasso, respectivement la capitale politique et la capitale économique du pays.

Il faut ajouter à ces structures étatiques le rôle de plus en plus important que joue le secteur privé dans la mise en oeuvre de la politique sanitaire du pays.

Il n'est pas dans nos compétences de faire le bilan d'une telle politique sanitaire. Par contre, ce qui nous importe, c'est de montrer que celle-ci est basée sur une représentation biomédicale de la santé et de la maladie, aux antipodes des représentations traditionnelles bisa et mossi. Cependant, il est important de souligner que cette politique sanitaire, même si elle traduit la volonté de l'État et de ses partenaires d'oeuvrer en faveur de la santé des Burkinabè, est souvent plutôt théorique. Dans la pratique, la plupart des analystes s'accordent sur la mauvaise performance des systèmes de santé dans les pays en voie de développement, y compris le Burkina Faso. Gnessien, qui a mené une analyse de la politique sanitaire du Burkina Faso, la qualifie d'«embryonnaire». Fonteneau (1999 : 2) trouve son état pour le moins préoccupant :

Il se caractérise par des taux élevés de mortalité générale (16, 5 pour mille), infantile (116 pour mille en milieu urbain ; 142 pour mille en milieu rural) et maternelle (556 pour 100 000 naissances vivantes).<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Cette situation, selon Fonteneau (1999 : 3 citant Traoré & Sondo (1997)), proviendrait des facteurs suivants :

- Insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire ;

Théoriquement les soins de santé sont «gratuits», mais pour Gnessien (1996 : 116) cela relève plutôt de la fiction, car les structures sanitaires sont devenues des centres de distributions d'ordonnances que, la plupart du temps, les populations ne sont pas en mesure d'honorer. Comme conséquence (1996 : 116)

certains malades se résignent à ne pas recourir à la médecine moderne, pensant que leur salut se trouve dans la médecine traditionnelle dont les coûts sont apparemment à la portée de leurs bourses mais dont l'efficacité n'est pas toujours évidente. C'est ainsi qu'une couche de la population naît et meurt sans jamais bénéficier des bienfaits de la médecine moderne.

Pour Fonteneau (1999 : 5) la grande majorité (et encore plus en milieu rural) de la population a essentiellement recours à la médecine traditionnelle plutôt qu'à la médecine moderne. Seulement 20% de la population a recours à la médecine moderne et dans bien des cas, ce recours est combiné à celui de la médecine traditionnelle.

Malgré les insuffisances de la médecine moderne, ses représentations de la santé, de la maladie et du corps ne manqueront pas de provoquer des mutations dans le comportement des populations, en particulier parmi les couches lettrées ou alphabétisées dans les langues nationales. En effet, comme indiqué plus haut, la mise en oeuvre des soins de santé primaires requiert la participation de plusieurs secteurs d'activités, dont l'information et la communication. On comprend alors pourquoi en matière de développement, y compris sanitaire, les pouvoirs publics burkinabè mettent l'accent sur l'information - l'éducation - la communication (IEC) et le plaidoyer. L'IEC est défini comme

l'ensemble des interventions qui utilisent de manière planifiée et souvent intégrée les démarches, techniques et ressources de l'information, de l'éducation et de la communication pour opérer un changement de comportement volontaire (ou une consolidation) au niveau d'un individu, d'un groupe, d'une communauté ou d'une population donnés en vue

- 
- Persistance des épidémies endémiques aggravées par l'apparition du SIDA. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, la dracunculose, les bilharzioses, l'onchocercose, la fièvre jaune, la maladie du sommeil, la lèpre, la tuberculose, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, le choléra ;
  - Persistance de la sous-alimentation, de la malnutrition protéino-énergétique et des autres carences nutritionnelles (goitre endémique, carence en vitamine A, etc.) ;
  - Insuffisant développement des activités de prévention en faveur des populations ;
  - Insalubrité de l'environnement, insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fourniture d'eau potable ;
  - Faiblesse des ressources financières : les dépenses de santé représentent 6 à 7% du budget national ;
  - Faiblesse des facteurs socio-éducatifs.

Cette liste des facteurs qui expliquent la situation préoccupante de la médecine moderne est loin d'être exhaustive.

d'une amélioration individuelle et/ou collective de la qualité de vie (ministère de l'Economie et des Finances 2001 : 9)

Les moyens dont disposent les pouvoirs publics et les acteurs de la santé pour l'information, l'éducation et la communication sont essentiellement la radio, la télévision (avec une chaîne nationale qui couvre depuis 1990 presque tout le territoire national) et la presse écrite. En plus de cela, il faut ajouter les autres types de productions : livres/manuels, rapports de conférence, brochures, bulletins, cassettes vidéo, films, théâtre, etc.

Après ce tour d'horizon de la conception médicale de la santé et de la maladie, qui est au centre de la politique sanitaire des pouvoirs publics, on peut maintenant envisager l'aspect thérapeutique dans la culture bisa et mossi.

### **3.4 La thérapeutique**

Les instances qui interviennent au niveau de la thérapeutique, que ce soit en milieu mossi ou bisa, sont essentiellement les guérisseurs, les devins et la médecine moderne, qui est représentée au niveau des villages par le dispensaire. Dans le processus thérapeutique, il n'existe pas d'ordre quant à l'intervention divinatoire et aux soins à proprement parler tant les deux institutions sont indépendantes. Selon les situations et l'urgence des cas, on peut commencer par l'une ou par l'autre. Dans la pensée bisa et mossi, la guérison n'est totale qu'après l'accomplissement des sacrifices ordonnés par le devin. Cependant, il faut souligner qu'on peut avoir affaire à des guérisseurs simples, à des guérisseurs - devins ou à des devins simples. Mais il faut relever que les fonctions de guérisseur ou de devin, malgré leur importance dans l'organisation sociale et leurs prestations de service, ne constituent pas des activités professionnelles, car ceux qui les exercent ne vivent pas de ces activités. Comme tous les autres habitants du village, ils vivent du travail de la terre.

#### **3.4.1 *Le devin***

Que ce soit chez les Mossi ou chez les Bisa, le **devin** représente un trait d'union entre le monde visible et le monde invisible. Cette position privilégiée lui permet de connaître la cause première de l'infortune, en particulier l'étiologie causale en cas de maladie. Dans la mesure où cette dernière est envisagée comme la sanction d'une faute commise par le malade ou par son entourage, le devin a pour mission d'identifier cette faute et de proposer sa réparation, en tant que partie intégrante du processus thérapeutique.

Cependant, ce diagnostic posé lors de la consultation divinatoire puise dans les catégories causales finies tantôt évoquées. Il s'agit en fait de confirmer (sous une forme plus élaborée) ou d'infirmer ce que tout le monde soupçonne. Le devin prononce son diagnostic en se servant d'objets symboliques variés (cauris, bâton, instruments de musique...) censés lui permettre de communiquer avec les génies, qui l'assistent dans l'interprétation de l'événement sur lequel

porte la consultation. Les résultats de la consultation donnent généralement lieu à la réparation de la faute, sous forme d'offrande, à laquelle s'ajoute un traitement à base de pharmacopée, lorsqu'il s'agit d'un devin - guérisseur qui est consulté. Mais, lorsque la maladie provient de la persécution (sorcellerie, méchanceté, jalousie...), la thérapeutique consistera à trouver l'antidote (produits médicamenteux, offrande..) qui permettra de neutraliser le pouvoir de l'agent persécuteur afin que le malade puisse recouvrer la santé. On ne peut qu'être d'accord avec Bonnet (1988 : 108) lorsqu'elle dit que «guérir, c'est donner sens à la maladie».

On se rend compte qu'en dehors du devin - guérisseur, dont les fonctions se confondent, guérisseur et devin ont des rôles distincts dans le processus thérapeutique. Tandis que le premier agit sur les symptômes de la maladie à partir de l'examen du corps malade, le second s'attaque à la cause première de la maladie. Le devin n'a pas besoin de la présence du malade pour poser son diagnostic. En effet, la décision d'aller consulter et la consultation elle-même sont du ressort de l'entourage du malade. En général, ce sont les hommes, de préférence les chefs de famille, qui en ont la responsabilité.

#### 3.4.2 *Le guérisseur*

Les **guérisseurs** détiennent leur savoir de leurs ancêtres, qui l'ont reçu des génies sans lesquels la thérapeutique n'aboutira pas à la guérison. Ils connaissent les vertus thérapeutiques de nombreuses plantes et de toutes sortes de matière provenant d'animaux (ossements, peau, sang, etc.) et de l'environnement. On a vu que la notion de «force vitale» ou «double», *nyi* en bisa et *suga* en mooré, qui constitue une des composantes de la personne, n'est pas une propriété exclusive de l'homme, mais de tout être animé ou inanimé. Dans le processus thérapeutique, c'est la force vitale de la plante, de l'arbre ou de l'animal intervenant dans le traitement de la maladie qui vient renforcer celle du malade et assurer ainsi la guérison.

La prescription d'une thérapeutique donnée fait suite à l'examen du malade. Contrairement au devin, le guérisseur soigne le corps malade. Il s'attaque aux symptômes ou aux causes immédiates de la maladie, s'il est simple guérisseur, en examinant le corps du patient. Il peut même le référer à un devin afin de déterminer la cause première de la maladie.

En ce qui concerne le paiement de la consultation, il ne se fait en général qu'après la guérison. Souvent symbolique, ce paiement a connu une évolution. Aujourd'hui, il peut se faire en espèce, ou en nature (poulet, mouton, chèvre...). Le risque de non-paiement est minime, car le malade sait qu'au cas où il n'honorerait pas sa dette, la rechute peut être plus grave.

Pour terminer, nous allons voir la troisième et dernière institution qui intervient dans le processus thérapeutique, la médecine moderne.

#### 3.4.3 *Le recours à la médecine moderne*

Quant à la place de la médecine moderne dans le processus thérapeutique, la question du coût, mentionnée plus haut comme obstacle à l'utilisation des



structures de soins modernes, en l'occurrence le dispensaire, mérite d'être nuancée. Dacher (1992) fait un constat intéressant au sujet de l'utilisation des services du dispensaire d'un village goin que l'on peut généraliser non seulement aux Bisa et aux Mossi, mais à de nombreuses sociétés africaines. En effet, s'il est vrai que la consultation au dispensaire pour certaines maladies entraîne toujours des prescriptions qu'un paysan ne peut pas toujours honorer, le traitement de certains maux bénins, comme les maux de tête ou le paludisme, peut revenir moins cher que le recours au guérisseur. Si malgré cela, les gens hésitent avant d'aller au dispensaire, le coût n'est pas toujours un argument convaincant. Selon Dacher (1992 : 177) le fait que l'on doive payer le médicament européen avant de savoir s'il est efficace est au moins important. On l'a vu, le guérisseur n'est payé qu'une fois le malade guéri. Le fait que la médecine moderne exige le paiement des médicaments avant la guérison, qui demeure incertaine, constitue un blocage psychologique important pouvant expliquer la préférence des populations pour le guérisseur en milieu rural.

Cependant, il faut dire que le recours au dispensaire fait partie du désir de faire disparaître les symptômes de la maladie, même s'il faut reconnaître que dans l'esprit des Mossi et des Bisa, il existe des maladies pour lesquelles ils iront en consultation au dispensaire et d'autres pour lesquelles ils s'adresseront au guérisseur et/ou au devin. Les Mossi parlent de *logtor-yir bāaga* et les Bisa de *lɔɔtɔr par yaaba* (littéralement «maladie de la maison du docteur»). C'est, par exemple, le cas des maux de tête, de diarrhées, des blessures et du paludisme. Nous suivons Fainzang (1986 : 115), qui considère le guérisseur et le dispensaire non pas en termes de rivalité, mais de complémentarité dans la pratique thérapeutique bisa et mossi.

Dans tous les cas, le recours au dispensaire ne dispense pas de la consultation divinatoire dans la mesure où le rôle du dispensaire est comparable à celui du guérisseur. Dans les deux cas, il s'agit de s'attaquer aux symptômes. Or la représentation du cosmos et l'organisation sociale décrites au chapitre 2 continuent de faire partie de la réalité burkinabè. C'est pourquoi même en cas de guérison, suite à l'utilisation des structures de la médecine moderne, les questions que l'on se pose en cas d'infortune demeurent : «Pourquoi moi, maintenant... ? Comment cela m'arrive ? Qui ou quoi a initié l'infortune qui m'affecte ?» (Sindzingre 1984 : 94). En dehors de l'institution divinatoire, la médecine moderne ne peut répondre de façon satisfaisante à ces questions. C'est dire que, comme l'a indiqué Sindzingre (1984 : 122), les différentes alternatives n'entraînent pas la modification du modèle explicatif traditionnel<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Un tel comportement nous amène à nuancer notre compréhension du dynamisme et du changement culturel. Samovar & Porter (1991 : 60), tout en reconnaissant que la culture change dans de nombreux aspects, affirment que sa structure profonde résiste aux changements majeurs : «Changes in dress, food, transportation, housing, and the like, though appearing to be important, are simply attached to the existing value systems. However, values associated with such things as ethics and morals, work and leisure, definitions of freedom, the importance of the past, religious practices, the pace of life, and attitudes towards gender and age are so very deep in a culture that they persist generation after generation.» Cette persistance de certaines valeurs qui touchent aux croyances religieuses et au passé explique

Les représentations de la santé et de la maladie et la thérapeutique que nécessite cette dernière dans la culture mossi et bisa montrent d'une part comment les premières constituent un prolongement de la représentation du cosmos et de l'organisation sociale et politique, et d'autre part comment la thérapeutique, avec l'intervention des guérisseurs et de l'institution divinatoire, se sert de la maladie pour contrôler l'ordre social. La maladie en tant que désordre biologique - ou tout événement malheureux (la mort, la stérilité par exemple) - traduit un certain dérèglement de l'ordre social que les guérisseurs et les devins contribueront à rétablir en guérissant le malade. Dans ce sens, la santé, la maladie et le corps constituent des objets métaphoriques qui permettent une lecture de la société à travers sa représentation du désordre biologique qu'est la maladie. Le guérisseur et la médecine moderne représentée par le dispensaire jouent des rôles complémentaires.

Les développements qui précèdent montrent que nous sommes en présence d'un système complexe combinant représentations traditionnelles et modernes en ce qui concerne la santé et la maladie en Afrique. La santé et la maladie concernent l'homme ; or, pour reprendre Le Breton (2001 : 7), «l'existence de l'homme est corporelle». Cette assertion étant irréfutable, on peut néanmoins se demander si toutes les cultures ont les mêmes représentations du corps. Les sections suivantes tenteront de répondre à cette interrogation en examinant les représentations du corps dans la médecine moderne et dans la culture mossi et bisa.

### **3.5 Les représentations du corps**

La santé, tout comme la maladie, se rapporte au corps, qui exerce une fascination sur l'imaginaire. Une telle fascination, selon Ritter & Stevens (2000 : 1), s'exprime à travers l'idéal de jeunesse et de santé qui semble tyranniser la vie sociale occidentale d'aujourd'hui, avec «l'essor des sciences médicales qui rendent de plus en plus accessible le rêve d'un corps que l'on peut façonner à volonté». La publicité, les journaux, la télévision produisent des images du corps dont le but est soit de nourrir ce rêve du corps idéal, soit d'utiliser celui-ci comme argument de vente de produits de consommation courante. Detrez (2002 : 102) relève que la santé ne signifie pas seulement ne pas être malade, mais qu'il faut être également en forme, répondre à l'idéal du corps sportif et performant.

En réalité, il n'est pas aisé de parler du corps, en raison de sa complexité. En tant qu'objet d'étude, il intéresse diverses disciplines : sociologie, anthropologie, criminologie, art dramatique, littérature, biologie, médecine, psychologie, philosophie, etc. La liste est inépuisable. Chaque discipline décrit le corps selon sa propre perspective. Mais, en ce qui concerne cette description du corps, il est important de se rendre compte, comme le souligne Detrez (2002 : 16), que «derrière l'énonciation et l'imposition d'une manière de voir se manifestent des

---

sans doute, en partie, l'attachement des Burkinabè à la médecine traditionnelle, malgré l'avènement de la médecine moderne.

enjeux de savoir et de pouvoir» et, quelle que soit la perspective, la représentation du corps dans une société reflète ses valeurs culturelles.

Avant d'aborder les représentations du corps dans la culture mossi et bisa, nous proposons de voir quelle perception en a la médecine moderne.

### 3.5.1 *La représentation médicale du corps*

Lorsque l'on évoque la **représentation médicale du corps** humain, la première image que l'on voit est sans doute cette réalité anatomique et physiologique : squelette, muscle, vaisseaux, etc. Dans ce sens, on peut dire que le corps est composé d'organes, dont l'unité de base est la cellule. La description qu'en donnent Guyton & Hall (2000 : 7-8) relève d'une telle considération :

The body is actually a *social order of about 100 trillion cells* organized into different functional structure *organs*. Each functional structure provides its share in the maintenance of homeostatic conditions in the extracellular fluid, which is called *internal environment*. As long as normal conditions are maintained in the internal environment, the cells of the body continue to live and function properly. Thus, each cell benefits from homeostasis<sup>21</sup>, and in turn, each cell contributes its share toward homeostasis. This reciprocal interplay provides continuous automaticity of the body until one or more functional systems lose their ability to contribute their share of function. When this happens, all the cells of the body suffer. Extreme dysfunction leads to death, whereas moderate dysfunction leads to sickness (les italiques sont des auteurs).

Cette description du corps nous semble pertinente, car elle montre que le corps humain dans sa réalité physiologique est non seulement un tout, mais également qu'il peut être envisagé sous trois états différents : corps vivant, corps malade et corps mort. Compte tenu de l'orientation de notre problématique, nous allons nous intéresser seulement aux deux premiers. Le dernier, aussi intéressant soit-il, semble poser d'énormes difficultés, telles que le statut du cadavre et les représentations de la mort, qui risquent de nous éloigner de nos préoccupations.

Malgré la pertinence de la définition que donnent ci-dessus Guyton & Hall du corps, l'on ne peut s'empêcher de relever cette vision individualiste occidentale du corps et la perception du malade comme un corps par la médecine et non comme un homme malade. Mais, en même temps, cette définition rend compte de la prépondérance de la représentation médicale du corps par rapport aux autres représentations et de son rôle primordial dans le savoir médical.

Parmi les prémisses de la perspective biomédicale, évoquées plus haut (3.3.), figure le dualisme entre le corps et l'esprit. Il faut souligner que, même si dès ses origines, la médecine était consciente de l'apport dont elle pouvait

---

<sup>21</sup> Guyton & Hall (2000 : 7) définissent l'homéostasie comme un terme utilisé par les physiologistes pour désigner «maintenance of static or constant conditions in the internal environment».

bénéficiaire de la part de l'anatomie, elle était confrontée à un dilemme. D'une part, pour pouvoir soulager le corps qui souffre, il était nécessaire de le connaître et, d'autre part, les croyances sociales et religieuses se représentaient l'homme en tant que corps et âme, dont la vie ne s'arrêtait pas avec la mort, considérée comme le passage obligé vers l'au-delà. Aussi la dissection, le seul moyen de révéler l'intérieur du corps et son fonctionnement, était-elle condamnée. Les chirurgiens, eux-mêmes, sous l'emprise des croyances culturelles et religieuses, redoutaient les dissections.

Le Breton (1993) situe la dissociation entre corps et homme vers la fin de la Renaissance. Pour guérir le corps, il fallait le dissocier de l'homme et l'étudier dans tous ses compartiments. Seul le corps était capable de révéler son mystère. Selon Le Breton (1993 : 92) :

Le corps est perçu à l'image d'un continent dont la découverte progresse au rythme de son démantèlement et de l'obstination d'anatomistes que ne rebutent ni la chair ni le sang, ni le pourrissement, ni les moyens de s'emparer des cadavres.

Anthropologues, médecins et autres spécialistes (voir par exemple Herzlich 1973 ; Le Breton 1993, 2001 ; Frank 1995 ; Detrez 2002) sont unanimes : le corps est au centre du savoir médical. «Le patient, dit Detrez (2002 : 50), est un matériau humain soumis à un "travail sur l'homme"». En clair, c'est le corps malade, plus précisément la maladie, qui intéresse la médecine et non l'homme.

Selon Le Breton (1993 : 226-227), les premières dissections de corps humains entre les XIV<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles consacrent, d'une part, la rupture du symbolisme entre corps et cosmos et, d'autre part, le savoir médical sur le corps dans son universalité et non sur un homme malade singulier souffrant. Au fil du temps, surtout avec Descartes<sup>22</sup>, se développe une **conception mécanique du corps**. Cette métaphore «corps – machine» représente la réification du corps composé de «pièces interchangeables» que l'on peut «réparer», «démonter». Après la mort, la dépouille, aux yeux de la médecine n'est qu'un «reste» sans valeur qui, paradoxalement, représente un intérêt scientifique dans la mesure où avec l'anatomopathologie, comme le montre Le Breton (1993 : 104), «le corps est promu au rôle éminent de texte à déchiffrer afin d'identifier la maladie.»

Une telle représentation du corps, non seulement atomise celui-ci, mais également aboutit à une dépersonnalisation de l'homme qui se traduit par une spécialisation de plus en plus poussée de la médecine. Après la séparation du corps de l'homme, on en est, avec les spécialistes, au «corps en puzzle», selon Vaysse (1998 : 34), qui fait que dans l'univers hospitalier

---

<sup>22</sup> Au XVII<sup>e</sup> siècle, Descartes (1637) élabore une théorie mécanique de l'homme et de l'animal en tant que corps-machine. Cependant, il existe une différence fondamentale entre les deux. Tandis que les animaux «agissent naturellement et par rapports» (voir Descartes 1990 : 296) ou par instinct les hommes disposent de la faculté de penser et d'une âme immortelle. «Notre corps» écrit Descartes «n'est pas seulement une machine qui se remue de soi-même, mais il y a aussi en lui une âme qui a des pensées.» Descartes souscrit au dualisme anatomique qui distingue l'homme du corps.

l'individu sujet se sent dissous dans un fonctionnement groupal autant que parcellisé quand il doit circuler de lieu en lieu pour subir - organe par organe - des examens spécialisés.

Du «corps-machine» au «corps-marchandise», il existe un pas que la médecine occidentale, dotée de moyens technologiques de plus en plus sophistiqués, a déjà franchi avec le prélèvement d'organes. Selon Vaysse (1998 : 35), «il a fallu, pour que cela [le prélèvement d'organes] soit possible, redéfinir la mort "clinique" afin d'avoir des sujets morts au corps-réservoir d'organes vivants.» Mais, en réalité, le prélèvement d'organes se fait sur le défunt tout comme sur un donneur vivant. Selon Le Breton (1993 : 269), sur le premier (consentant ou non) on peut procéder à de nombreux prélèvements : coeur, poumons, cornées, reins, intestin grêle et certains fragments d'os. Sur le second, on peut prélever : peau, rein, moelle osseuse, sang, fragments osseux, sperme, lait, voire cornée. Le Breton (2001 : 231) a sans doute raison de parler de «corps en pièces détachées», dont la valeur technique et marchande augmente au fur et à mesure que le corps est envisagé comme virtuellement distinct de l'homme.

Le corps humain, en tant que réalité physiologique et anatomique, est universel. Mais, il va de soi qu'une représentation comme celle de la médecine, qui introduit une cassure entre l'homme et le corps, aboutissant à la réification et à la marchandisation du second, pose d'énormes problèmes culturels dans de nombreuses sociétés. Le Breton (1993 : 268) relève qu'au Japon, par exemple, le corps, même mort, conserve son individualité et son humanité :

La tradition bouddhiste considère que l'esprit du défunt demeure quarante-neuf jours en ce monde. Il serait terrifiant pour la plupart des familles japonaises de prélever des organes sur un être dont la vie se poursuit sous une autre forme.

On a vu que pour les Bisa et les Mossi, comme la plupart des sociétés africaines, qui pratiquent le culte des ancêtres, la mort est considérée en termes de passage dans le monde des ancêtres, et la procréation comme la réincarnation de l'esprit d'un ancêtre. Nous verrons, ci-dessous, que dans la pensée traditionnelle bisa et mossi, le corps n'est ni individualisé, ni dissocié de l'homme comme dans le discours occidental dominant sur le corps. L'homme forme un tout avec le cosmos et son univers familial et social. C'est à cause de cette unité entre l'homme et son univers cosmologique que la thérapeutique en milieu bisa et mossi, on l'a vu, va au-delà du corps.

Il est vrai que la médecine moderne, au Burkina Faso, n'a pas atteint le même niveau de développement que dans le monde occidental. Mais le «don» d'organes, basé sur une conception mécanique du corps, qui rencontre encore quelques résistances dans les pays développés, représente un «luxe» susceptible de rencontrer des oppositions dans les pays africains. Au Burkina Faso, le don de sang ne pose aucun problème, mais celui d'organes serait inconcevable en raison même de la sacralité du corps et de la croyance en l'incarnation. À moins que, comme dans d'autres pays du Tiers Monde, la

misère ne pousse certains à céder leurs organes pour des raisons matérielles et financières. Mais on peut comprendre que la représentation mécanique biomédicale du corps soit problématique. Il est intéressant de noter que les opérations chirurgicales rencontrent des résistances culturelles, parce que l'anesthésie est associée à la mort. La mort, tout comme la maladie, dans les représentations traditionnelles, s'inscrit dans un schéma de causalité finie et connue, qui ignore la «mort – anesthésie».

Comme on le voit, la représentation biomédicale du corps est au coeur de la médecine moderne occidentale. Cette représentation, qui est loin de faire l'unanimité, consacre l'individualisation et la réification du corps que Detrez (2002 : 50) résume très bien en décrivant le corps que les aides-soignants présentent aux docteurs ou aux chirurgiens comme «un corps neutre et propre, un objet biologique et non plus social». Tout en ayant présent à l'esprit l'avènement de la médecine occidentale et sa représentation du corps au Burkina Faso, nous allons aborder dans les sections qui suivent les représentations mossi et bisa du corps.

### 3.5.2 *Les représentations mossi et bisa du corps*

La représentation qui constitue une interprétation de la réalité, disions-nous (voir chapitre 2), est une notion fonctionnaliste et relative. Si la conception biomédicale du corps met l'accent sur une représentation biologique, nous verrons dans les développements qui vont suivre que la conception mossi et bisa accorde la priorité à des représentations sociales et religieuses. La vision de Le Breton (2000) du corps permet de comprendre les représentations de ce dernier. En effet, selon lui, le corps est un instrument au moyen duquel s'expriment les émotions humaines. Cependant, même si les émotions et les sentiments sont communs à l'espèce humaine, elles ne s'expriment pas toujours de la même manière par le corps parce que, comme le montre Le Breton (2000 : 11), les expressions corporelles ne sont pas naturelles, mais sociales et culturelles :

D'une société humaine à une autre, les hommes ressentent effectivement les événements à travers des répertoires culturels différenciés qui se ressemblent parfois mais ne sont pas identiques. L'émotion est à la fois interprétation, expression, signification, relation, régulation d'un échange. Elle se modifie selon le public, le contexte ; elle diffère dans son intensité, et même dans ses manifestations, selon la singularité personnelle. Elle se coule dans la symbolique sociale et les ritualités en vigueur.

Dans la mesure où le corps humain, envisagé en tant que moyen d'exprimer les émotions, s'inscrit dans la symbolique sociale, on peut affirmer que, tout comme les représentations de la santé et de la maladie, les représentations du corps dans une culture donnée reflètent son organisation sociale et sa représentation du cosmos. Dans la culture bisa et mossi, au-delà de sa représentation physiologique, le corps représente un enjeu culturel.

Les Bisa et les Mossi, à l'instar de leur organisation sociale et de leur perception du cosmos, ont une représentation métaphysique et sociale du corps. Si nous prenons, par exemple, la théorie mossi de la procréation qui est semblable à celle des Bisa, on constate que malgré l'importance des rapports sexuels entre l'homme et la femme, les Mossi pensent que la fécondation provient d'un *kinkirga* qui représente l'esprit d'un ancêtre (Bonnet 1988 et Badini 1994) :

Le *kinkirga* s'introduit alors dans la femme au moment de l'acte sexuel. Il passe de l'extérieur à l'intérieur du corps de la femme durant l'acte sexuel. La valeur de fécondité de l'homme semble ainsi supprimée et confiée à l'esprit qui néanmoins n'accorde sa fécondité que durant la pénétration sexuelle de l'homme (Bonnet 1988 : 25).

Comme conséquence, la stérilité dans un couple n'est jamais attribuée à l'homme, mais à la femme qui, selon Badini (1994 : 42), «doit faire montre de ses grandes vertus de mère afin d'être un réceptacle digne d'attirer les "génies"». C'est pourquoi il existe dans le système de représentations mossi un autel de la fécondité auquel on fait des sacrifices pour s'attirer les faveurs des *kinkirsi*. Il y a donc une primauté du *kinkirga*, de l'esprit sur le corps biologique dans la procréation.

Une telle théorie montre que dans les représentations mossi, le corps de la femme est un objet de procréation à la disposition des génies et des ancêtres. La femme - du moins son corps - n'est importante aux yeux de la société que parce qu'elle permet la reproduction de la famille et du lignage. Aussi la femme sans progéniture est-elle l'objet de mépris. Elle n'est pas jugée par sa beauté, mais bien par sa capacité de procréer et par ses qualités morales.

Quant au nouveau-né que les Mossi et les Bisa appellent *saana* (étranger) parce que considéré comme venant de l'autre monde, le monde invisible, on ne peut pas parler de lui en termes de corps individuel dans la mesure où il est l'incarnation de l'esprit d'un ancêtre. Seul un rite spécial, appelé *sigre*, selon Badini (1994 : 47), permet aux Mossi de déterminer «quel ancêtre ou quel esprit a rencontré la femme et l'a fécondée en s'incarnant dans l'enfant qui vient de naître». Par cette conception métaphysique de l'enfant, les Mossi affirment non seulement son caractère sacré, mais également son appartenance au lignage.

La définition de la personne dans la pensée bisa et mossi renforce cette conception métaphysique et sociale du corps. Pour les Mossi, on vient de le voir, l'enfant est l'incarnation de l'esprit d'un ancêtre, *kingirga*, qui féconde la femme. Après la fécondation, le fœtus va progressivement acquérir l'une des principales composantes de la personne, à côté du corps biologique : le *siiga* que nous avons traduit par «âme» ou «force vitale». Après la mort, le *suga*, dans la représentation mossi, va quitter le corps pour rejoindre le monde invisible et commencer une nouvelle vie, en tant que *kiimse* ou ancêtre. Dans la pensée bisa, nous avons la même représentation de la personne, sous la forme de corps biologique et d'«âme» ou de «force vitale», *nyi*.

Les rites qui entourent le placenta et son enterrement dans la société bisa et mossi visent à renforcer la **nature gémellaire** de tout individu que symbolise le placenta dans de nombreuses cultures africaines, en particulier mossi et bisa. En effet, selon Barry (2001 : 40), «le placenta est dans un rapport de causalité directe avec l'enfant, ce qui arrive au placenta aura des effets sur l'enfant». C'est pourquoi, indique Bonnet (1988 : 45), l'enterrement du placenta doit s'effectuer avec une certaine rapidité, parce que les Mossi attribuent aux esprits et aux sorciers le désir de s'appropriier le placenta de l'enfant et de tuer le nouveau-né. L'enterrement est effectué par les femmes qui se tiennent généralement à genoux par respect pour l'enfant, qui, à ce stade, fait encore partie du monde invisible. Il est intéressant de savoir que le placenta, appelé *naaba* en mooré et *Cir* en bisa («chef» dans les deux langues) occupe une place importante dans le système symbolique africain de façon générale. La désignation du placenta par le terme «chef» explique également le respect avec lequel il est traité. Cette représentation métaphysique du corps est au centre de la représentation de la maladie et de la thérapeutique mossi et bisa. En effet, pour les Mossi et les Bisa, la maladie procède de l'affaiblissement de la «force vitale» ou du «double» de la personne qui va affecter le corps. Lorsqu'on dit que les sorciers ou «mangeurs d'âmes» s'attaquent à quelqu'un, c'est à sa «force vitale». Seule une consultation divinatoire permettra de trouver l'antidote afin de délivrer le malade. Dans le cas contraire, le «double» sera «mangé», ce qui se traduira par la mort du malade.

Ces représentations du corps qui renvoient à des conceptions métaphysiques ne doivent pas occulter les autres images du corps, en particulier celles qui sont associées au corps physiologique. Pour ce faire, nous allons nous intéresser au **corps idéal**, qui fascine tant le monde occidental. Le corps idéal, selon Helman (2000 : 12), est défini par la culture :

The body image, then, is something acquired by every individual as part of growing up in a particular family, culture or society - although there are, of course, individual variations in body image within any of these groups.

Dans la plupart des sociétés africaines, y compris au Burkina Faso, la conception du corps idéal a tendance à privilégier la grosseur comme un symbole de bien-être et de bonne santé. Être gros signifie également qu'on est à l'abri du besoin.

Les Mossi et les Bisa pratiquent certaines «**mutilations**» sur le corps à des fins esthétiques. Celles qui sont les plus connues sont les scarifications et le *bango*. Le terme *bango* en bisa comme en mooré désigne la circoncision et l'excision<sup>23</sup>. Les scarifications peuvent se faire sur le visage, la poitrine et également sur le ventre. En plus de leur fonction esthétique, les scarifications sur le visage tiennent lieu de «carte d'identité» dans ces sociétés à tradition

---

<sup>23</sup> Badini (1994 : 59) indique que la circoncision consiste en l'ablation du prépuce de la verge du jeune homme entre 15 et 17 ans tandis que l'excision consiste en la clitoridectomie pour la jeune fille entre 12 et 15 ans.



orale. En effet, elles permettent d'identifier l'ethnie de la personne et même son lignage.

Quant à l'excision et à la circoncision, elles représentent un moment important dans la vie de l'individu car, comme le relève Badini (1994 : 59), «elles annoncent l'avènement d'un nouveau statut : celui de "personne", de néda ou d'homme et de femme adultes.» Le *bango* est un rite d'initiation sociale et un rite de puberté. Il faut dire que le *bango* se déroule en principe dans un camp retranché loin des lieux d'habitation. Pendant toute la durée de l'initiation, un trimestre selon Badini, l'éducation sexuelle occupe une place importante dans la vie communautaire des jeunes. Mais l'essentiel de ce rite réside dans son symbolisme religieux et sacré. Pour Badini (1994 : 65), les différentes opérations chirurgicales lors du *bango* visent à perpétuer le mythe moaga de l'homme originel qui est une divinité androgyne. Or, on a l'a vu, parce qu'il participe au monde invisible et au monde visible, l'enfant est associé à une divinité androgyne, d'où le caractère sacré et religieux du *bango* que Badini (1994 : 65) décrit en ces termes :

L'ablation du prépuce (principe féminin de l'homme) et de celle du clitoris (représentant de l'organe mâle chez la femme) vont restituer à l'un et à l'autre leurs véritables conditions : celle de l'homme (mâle, viril) et celle de la femme (donneuse de vie). L'initiation servira ainsi à définir la personnalité de l'individu largement dominé par l'appartenance à un sexe.

L'exemple des scarifications et du *bango* montrent que dans les représentations mossi et bisa l'esthétique du corps, qui est relatif, a également un caractère social, sacré et religieux. Mais il faut indiquer que certaines de ces pratiques ont tendance à disparaître. C'est le cas en particulier de l'excision que la communauté internationale, les autorités politiques nationales et les ONG veulent éradiquer, en menant une campagne d'information et de sensibilisation, car elle constitue une violation du corps de la femme et une négation de son droit au plaisir. Aujourd'hui, au Burkina Faso comme dans d'autres pays, il existe une loi contre l'excision. Les contrevenants s'exposent à de lourdes peines d'emprisonnement et au paiement d'amendes tant pour les exciseuses que pour les parents<sup>24</sup> des jeunes filles. Cependant, on reconnaît à la circoncision un

---

<sup>24</sup> Drabo (2002 : 10) rapporte le cas de cette infirmière qui a été interpellée à plusieurs reprises pour l'excision qu'elle pratique depuis 1988. Elle gagnerait 3000 F (environ 5 euros) par excision. Lors de son procès qui a eu lieu au Palais de justice de Bobo-Dioulasso les 1er et 2 septembre 2002 pour trois filles qu'elle venait d'exciser, le procureur a requis une peine de 3 ans d'emprisonnement, une forte somme d'amende et l'interdiction d'exercer sa profession d'infirmière pendant une année. Les mères des filles ont été condamnées à six mois de prison. Cet exemple montre comment l'excision reste une pratique ancrée dans les mentalités et la culture. On a vu des femmes organiser des marches pour réclamer la libération d'exciseuses arrêtées. La demande serait tellement forte que certaines exciseuses qui avaient arrêté leurs activités ont dû les reprendre. Au Burkina, la prévalence de l'excision serait encore de 66% (Kaboré 2002 : 8). Le fait que tous les pays en Afrique de l'Ouest n'aient

caractère hygiénique<sup>25</sup>. Pour cela, elle se fait de plus en plus dans les hôpitaux et dans les dispensaires.

Si les représentations du corps chez les Mossi et les Bisa s'inspirent de leur culture, il faut reconnaître que cette culture est en pleine mutation sous l'influence de la médecine moderne comme nous allons le voir.

### 3.5.3 *Les mutations dans les représentations mossi et bisa du corps*

Le savoir médical sur le corps, la fascination du corps beau et sain ainsi que la chirurgie esthétique occupent une place de plus en plus grandissante dans le monde. Les représentations occidentales de la santé, de la maladie et du corps sont à l'origine de ce qu'il conviendrait d'appeler avec Virarello (1998 : 29) la «civilisation du corps». Nous allons nous contenter de relever quelques mutations dans les représentations du corps dans la culture mossi et bisa, résultant des influences du discours occidental dominant sur le corps.

La **théorie de la procréation** mossi et bisa, on l'a vu, attribue la fécondation de la femme à l'esprit d'un ancêtre. Cette approche correspond à leur représentation holiste de l'homme, qui fait corps avec le cosmos et sa communauté. Mais, si l'on considère la politique démographique et sanitaire du Burkina Faso, on constate qu'elle véhicule la **représentation occidentale et individualiste du corps**. En effet, la croissance actuelle de la population dans les pays du Tiers Monde est perçue comme un frein au développement socio-économique. Au Burkina Faso où, selon l'INSD (2000), le taux de croissance moyen de la population est de 2,4%, la fécondité des femmes demeure à l'heure actuelle l'une des plus élevées au monde. Aussi la politique nationale de promotion de la planification familiale (PF) vise-t-elle à permettre aux couples, en particulier aux femmes, de maîtriser leur fécondité. L'objectif final étant la limitation de la croissance démographique en vue de favoriser la croissance socio-économique.

Les moyens de promotion de la planification familiale sont la vulgarisation des différentes méthodes contraceptives. D'après l'enquête de l'INSD (2000 : 53), la prévalence contraceptive est passée de 8% en 1993 à 12% en 1998-99 pour les femmes et de 15% à 32% pour les hommes dans le même temps. Même si ces chiffres restent faibles, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est très important. En effet, «78% de l'ensemble des femmes et 91% de l'ensemble des hommes ont déclaré connaître, au moins, une méthode» contraceptive (INSD 2000 : 46). Ce qui importe ici, c'est la représentation du corps qu'implique la promotion des méthodes contraceptives. En effet, en insistant sur la maîtrise de la fécondité, afin de limiter la croissance, elle bat en brèche la représentation traditionnelle bisa ou mossi, qui attribue la procréation à des forces surnaturelles et la conception du corps comme «machine» à procréer. Elle constitue également une remise en

---

pas adopté de lois anti-excision pousse certaines exciseuses à aller exercer leur métier dans des pays voisins. Ainsi les Burkinabè vont au Mali, les Ghanéennes au Burkina, etc.

<sup>25</sup> Parlant de la circoncision, Helman (2000 : 13) note que «It may protect against some infections in the penile area, as phimosis (tight foreskin). »

question du caractère holiste de la personne. La représentation du corps dans la politique démographique est celle du corps individualisé. Désormais, le corps n'appartient plus au lignage, mais à l'individu qui tient en main sa propre destinée.

La principale raison avancée contre la suppression de l'excision s'inscrit dans cette perspective individualiste du corps qui perçoit l'excision comme une violation du corps de la femme et postule le droit de celle-ci au plaisir.

Cette individualisation du corps apparaît également dans les représentations des **maladies sexuellement transmissibles** (MST), en particulier le sida, qui sont liées aux comportements individuels. Le taux de séropositivité au Burkina Faso est estimé à 7,17% de la population totale. La prévention contre le sida et de façon générale contre les MST passe, entre autres, par la connaissance de ces maladies. En la matière, il semble que le niveau de connaissance des MST au Burkina Faso soit plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes. En effet, selon l'enquête de l'INSD (2000 : 180), malgré les campagnes d'information et de sensibilisation, 48% des femmes déclarent n'avoir entendu parler d'aucune de ces maladies, contre seulement 12 % des hommes. Ces différences peuvent s'expliquer par divers facteurs, tels que l'éducation et le lieu de résidence. Il faut noter que dès l'enregistrement des premiers cas de sida au Burkina Faso en 1986, l'État a mis en place le Comité national de lutte contre le sida (CNLS). Sa mission est de lutter contre la transmission du sida par la voie sexuelle, par le sang et de la mère à l'enfant, à travers des campagnes d'information et de sensibilisation des populations et à travers la prévention. L'enquête de l'INSD (2000 : 190) révèle que les personnes interrogées citent trois moyens de protection contre le sida : le condom (24% chez les femmes contre 57% chez les hommes), la fidélité (49% chez les femmes et 53% chez les hommes) et le fait d'éviter les prostituées (3% chez les femmes et 12% chez les hommes). Il faut noter que le condom, l'un des moyens les plus efficaces de protection contre le sida<sup>26</sup>, est également utilisé dans le cadre de la planification familiale. Mais au-delà des chiffres, on remarque que la stratégie de lutte est basée sur une représentation individualisée de la maladie et du corps. Là encore, nous sommes loin des explications surnaturelles des représentations de la maladie comme sanction divine. On ne peut parler de sanction dans les mêmes termes que les étiologies traditionnelles bisa et mossi, où la sanction provient de forces surnaturelles (ancêtres, génies, sorciers...). En ce qui concerne les MST liées aux comportements individuels, il s'agit plutôt de la culpabilisation, voire de la moralisation de l'individu. On peut éviter les MST ou les expliquer de façon rationnelle, notamment par le comportement sexuel. L'approche des MST, tout en mettant en évidence l'individualisation de la conception biomédicale du corps, rend également l'individu responsable de sa santé et de sa maladie.

---

<sup>26</sup> Mais selon Barrère et al. (1999 : 58), au Burkina Faso, «globalement 12% de femmes ont déjà utilisé un condom, qu'elle qu'en soit la raison» contre 40% des hommes.

### **3.6 Conclusion**

Les conclusions de notre analyse semblent plutôt confirmer celles de Augé (1984, 1995), qui estime que les systèmes médicaux africains représentent un système pluriel, où les différentes approches de la maladie ne s'excluent pas les unes les autres dans la mesure où ni la symptomatologie, ni la thérapeutique ne font de distinction entre étiologie naturelle et étiologie surnaturelle. Westerlund (1989 : 200) explique ce pluralisme, qu'il a lui-même relevé au sujet d'autres sociétés africaines (Bushmen, Maasai, Sukuma, Kongo et Yoruba), par la conception holiste de la société où l'homme, la nature et le surnaturel exercent une influence sur la santé et le bien-être de la communauté. Cette approche plurielle de la maladie s'applique également au corps, réalité physiologique à laquelle s'ajoutent ses différentes représentations métaphysiques et sociales (Barry 2001 : 25).

Après ces représentations de la santé, de la maladie et du corps, nous allons à présent aborder les langues mooré et bisa. La langue est non seulement l'une des composantes majeures de la culture, mais également le moyen d'expression culturelle privilégié.

