

ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

Nosologie populaire des maladies infantiles dans l'Ouest de la Côte-d'Ivoire. Implications pour le paludisme.

I. Nzeyimana (1, 2), A. Somian (1, 3), M.-C. Henry (1, 4), P. Gazin (2, 5), S.-B. Assi (1), L. Monjour (5, 6) & J. Delmont (2, 7)

(1) Centre Pierre-Richet, Bouaké, RCI.

(2) CFRMST, Faculté de médecine, bd Dramard, F-13916, Marseille.

(3) Département de sociologie de l'Université de Bouaké, RCI.

(4) Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

(5) Institut de recherche pour le développement (IRD). E-mail : Pierre.Gazin@mpl.ird.fr

(6) Université de Paris-V, France.

(7) Hôpital Nord, Faculté de médecine de Marseille, France.

Manuscrit n° 2766. "Anthropologie médicale". Reçu le 24 janvier 2005. Accepté le 21 juin 2005.

Summary: Popular nosology of infantile diseases in West Côte-d'Ivoire and consequences for malaria care management.

In a rural area of intense and permanent malaria transmission in Southwest Côte-d'Ivoire, traditional midwives of the Yacouba ethnic group, with also an important function for the children health and care, were interviewed in 2002 about their knowledge of the infantile pathologies.

Their nosology is greatly based on symptoms and etiologic explanations of the disorder of secretions. The accumulation of a viscous liquid in different parts of the body, especially in the chest, the throat or the head, explains numerous febrile or afebrile diseases, including malnutrition. Some pathologies, particularly convulsions, are described by analogy with animals behaviour. Relations between these entities and the biomedical ones are difficult to establish. The traditional care and treatments result from these concepts. A vomiting child or a child suffering from diarrhoea is subject to devices to evacuate his excess of liquid. Yellow brews are used against jaundice. Furthermore, an important mistrust remains towards medical treatments particularly for all parenteral therapies. Health facilities are only used as a the last resort. Their bad reputation is confirmed by the high rate of mortality of patients coming often too late.

To improve malaria care management, health-care workers have to take into consideration these concepts and also prove their abilities to ensure good medical practices.

Résumé:

En 2002, en zone de transmission intense et pérenne du paludisme du sud-ouest de la Côte-d'Ivoire, les entités nosologiques populaires ont été étudiées auprès d'accoucheuses villageoises d'ethnie yacouba. Ces femmes ont également un rôle important dans la santé des enfants.

Leurs conceptions des maladies reposent pour une grande part sur des systèmes d'interprétation des « humeurs ». Un excès de liquide visqueux, en particulier dans la poitrine, la gorge ou la tête, est considéré être à l'origine de nombreuses maladies. Plusieurs affections sont définies par des analogies d'attitude avec des animaux. Celles qui aboutissent au décès de l'enfant sont souvent rapportées à un sort, en particulier jeté par un oiseau. Les correspondances avec les entités biomédicales ne peuvent être que difficilement établies. Une attitude de défiance des traitements de la biomédecine est fréquente, en particulier des injections, ainsi que des structures de soins, souvent perçues comme le dernier recours d'un parcours thérapeutique.

Dans une optique d'amélioration de la prise en charge du paludisme, en particulier au niveau familial, les professionnels de la santé ne devraient pas ignorer ces concepts, sans pour autant les valider.

**popular nosology
infantile disease
malaria
convulsion
jaundice
treatment
Yacouba
Mahapleu
Beinleu
Kpangouiné
Mantougouiné
Toueuleu
Côte-d'Ivoire
Sub-Saharan Africa**

**nosologie populaire
maladie infantile
paludisme
convulsion
ictère
traitement
Yacouba
Mahapleu
Beinleu
Kpangouiné
Mantougouiné
Toueuleu
Côte-d'Ivoire
Afrique intertropicale**

Introduction

Dans tout groupe humain, le cadre nosologique des pathologies est le résultat conjoint de leur observation, de leur perception et des interprétations de leurs mécanismes. Les conceptions populaires, souvent basées sur des symptômes facilement identifiables comme la fièvre, les convulsions, la toux, la diarrhée, évoquent des causalités d'ordre naturel ou d'ordre magique. Une part de leurs interprétations est basée

sur des assimilations à des animaux ou des lieux que la maladie fait évoquer ou sur des explications couramment admises de l'origine du mal (39). Ces observations empiriques sont à la base des diverses attitudes préventives ou curatives. Confrontées aux informations de la biomédecine, ces conceptions peuvent partiellement les intégrer en les interprétant, aboutissant à un « syncrétisme médical » aux multiples conséquences (19). Ces conceptions peuvent être neutres ou favorables à la prise en charge de maladies, mais aussi être néfastes par des retards

ou des refus de soins qu'elles entraînent. Leur connaissance est utile pour l'établissement d'une information compréhensible par le plus grand nombre, compatible avec les évidences admises, s'appuyant sur elles plutôt que s'y opposant. Ceci est particulièrement important pour le paludisme dont les symptômes et les évolutions sont diversement interprétés en fonction des classifications locales des pathologies (2, 38).

En Afrique tropicale, le paludisme est une des premières pathologies en termes de morbidité et de mortalité infanto-juvéniles (33). Plus de 80 % des décès qui lui sont imputés surviennent à domicile, en dehors des structures de santé (10). La réduction de ses effets exige une participation active de la communauté et une action efficace des dispensateurs de soins (34).

En Côte-d'Ivoire, dans la région forestière de l'ouest du pays où le paludisme est holoendémique, un taux anormalement élevée de mortalité infanto-juvénile a été observé en 2002 avec 53 % des enfants décédés après des convulsions hyperthermiques accompagnées ou non de coma (31). Parmi ces décès, 86 % étaient survenus sans consulter une structure sanitaire. La « maladie de la glaire » (*zun youa*) et la « maladie de l'oiseau » (*yipé*) ont été les principales entités incriminées par la population comme causes de décès. Une étude ethnographique des maladies infantiles nous a paru utile pour identifier comment elles sont traditionnellement perçues, nommées, expliquées, prévenues et traitées. Nous nous sommes basés sur des entretiens avec des accoucheuses villageoises.

Matériel et méthode

L'enquête a été effectuée dans la sous-préfecture de Mahapleu, département de Danané. D'une superficie de 940 km², elle compte 48 000 habitants répartis dans 37 villages (recensement de 1998). Quatre dispensaires et un centre de santé forment l'infrastructure sanitaire, peu fréquentée : le nombre moyen de consultations est de deux par jour dans les dispensaires et huit pour le centre de santé. La transmission du paludisme est intense (environ 400 piqûres infectées par homme et par an) et pérenne (30). Le taux de résistance clinique de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine est élevé (20). À l'hôpital de Danané, le paludisme est responsable de 44 % de toutes les hospitalisations et de 38 % des décès des enfants (DIBY LK, com. pers). Une enquête préliminaire par autopsie verbale a mis en évidence un taux de mortalité infantile élevé (320 ‰), avec 53 % de décès après des convulsions. Notre étude a été menée d'avril à juin 2002 dans quatre villages tirés au sort : Beinleu (2 100 habitants), Kpangouiné (900 habitants), Mantongouiné (2 900 habitants) et Toueuleu (580 habitants). La population est principalement d'ethnie yacouba, appartenant au groupe Dan, auxquels s'ajoutent des Dioula, des Senoufo et des Gouro ainsi que des migrants originaires du Burkina Faso. L'enquête qualitative sur la nosologie des maladies infantiles a été réalisée par un médecin (IN) et un sociologue (AS) auprès de *focus groups* constitués de « matrones », des femmes généralement âgées, respectées dans les villages, reconnues par les autorités sanitaires de la région (4, 27). La majorité d'entre elles a reçu une formation élémentaire pour les accouchements eutociques. Ces femmes, consultées en première intention par les mères d'enfants souffrants, influentes sur les itinéraires thérapeutiques, se présentent également comme des « pédiatres traditionnels ». Elles sont aidées dans leurs activités par des auxiliaires plus jeunes sachant lire et écrire. Les séances de *focus group* regroupaient en moyenne huit matrones auxquelles s'ajoutaient deux auxi-

liaires qui servaient d'interprètes. Chacun des quatre villages a été l'objet de quatre séances qui se déroulaient le soir après les travaux champêtres, pendant une heure et demie environ. Les thèmes abordés portaient sur les maladies infantiles, particulièrement celles supposées les plus redoutables, à travers la symptomatologie, l'étiologie, le traitement et la prévention. Les *focus groups* se sont déroulés sous forme d'entretiens ouverts, en langues française et yacouba, enregistrés, transcrits puis analysés après codage (14, 24). L'étude a reçu l'aval éthique du ministère ivoirien de la santé.

Résultats

Les maladies dues au *zun*

Les Yacouba désignent sous le terme de *zun* un liquide corporel visqueux et gluant, ressemblant à de la morve, de couleur blanche ou jaune. La traduction courante en français est glaire. Cette substance, naturellement présente dans tout le corps (*zun* « physiologique »), se condense au cours de la maladie, s'accumule dans la poitrine ou dans la gorge de l'enfant (*zun* « pathologique »). Elle commence alors à produire ses effets néfastes : encombrement bronchique, respiration difficile, convulsions, état de « demi-mort ». Le *zun* serait à la base de la plupart des maladies des enfants, surtout celles associées à des convulsions, de la dyspnée et/ou une perte de conscience ainsi qu'aux affections digestives comme les diarrhées glaireuses, le prolapsus rectal ou la hernie ombilicale. Le *zun* est réputé très dangereux quand il se condense dans la tête et est responsable d'un grand nombre de décès des enfants.

Le *zun youa*, « maladie de la glaire », est l'affection la plus redoutée. Elle est la manifestation primaire du *zun* « pathologique ». Si la mère ou le père ont cette maladie et ne sont pas traités, ils peuvent la transmettre à leurs enfants : le père contamine la mère par les relations sexuelles, la mère la transmet à son enfant par le sang et le lait. Le *zun youa* n'est pas contagieux d'un enfant à un autre. Il les atteint dès la naissance, étant particulièrement dangereux entre six mois et trois ans. L'enfant qui a le *zun* grossit trop. Quand on le soulève, on a l'impression qu'il est plus lourd que normalement. Le fait qu'un enfant grossisse excessivement est un mauvais signe dans la société yacouba. Selon les matrones, il y a deux manières pour un enfant de grossir, soit normalement, soit en étant plein de *zun*. Il faut alors le traiter avant qu'il ne soit trop tard.

Au cours du *zun youa*, le liquide commence par s'accumuler dans le ventre, puis dans la poitrine, finalement dans la tête. Il n'y a plus alors d'espoir de guérison. Les signes de début sont le corps chaud et des vomissements. Puis, la respiration de l'enfant devient difficile, superficielle. « On entend le *zun* dans sa poitrine quand il respire ». L'enfant ne parle plus, ne peut plus pleurer ni ouvrir la bouche « parce que dans la gorge, tout est gluant ». Il ne répond plus aux appels, c'est un état de « demi-mort ». Quand l'enfant a le corps chaud, avant la phase d'inconscience, le traitement reste possible et le pronostic favorable. La période qui sépare le début des signes du *zun youa* et la phase d'inconscience peut être brève, une seule journée, et la mort survenir. L'enfant qui a le *zun youa* peut également souffrir, quand il n'est pas soigné, du *yipé*, la « maladie de l'oiseau de l'eau » ou de *ponoumeta*, des convulsions.

Le terme *yipé*, contraction de *yipé man*, « l'oiseau de l'eau », désigne une maladie rapportée à un oiseau des zones marécageuses. Les pleurs de l'enfant en crise sont semblables aux cris

de cet oiseau maléfique dont le nom local, *han-han*, ne doit pas être prononcé. Sa description évoque l'ibis olive (*Bostrychia olivacea*). Le *yipé* est considéré comme la plus fréquente et la plus meurtrière des maladies infantiles. Lorsqu'au coucher du soleil, l'oiseau passe au-dessus du village en criant, les enfants qui l'entendent sont atteints. Pour certaines matrones, l'oiseau « crache » sur le village et y déverse son *zun*. Les enfants peuvent aussi être atteints de *yipé* parce que leurs parents, particulièrement pendant la grossesse, ont bu de l'eau dans laquelle l'oiseau s'est baigné ou ont mangé sa chair. En saison pluvieuse, la maladie est considérée comme plus fréquente parce que l'oiseau rode davantage aux alentours des villages tandis qu'en saison sèche, l'oiseau s'éloigne et les cas sont moins nombreux. Le *yipé* serait actuellement très répandu parce que les gestantes ne respecteraient plus les interdits. Il atteint généralement les enfants de moins de cinq ans. Les matrones distinguent le *yipé saa* ou *tounzeu* et le *yipé wessen*. Le premier, « froid », fait dormir l'enfant qui jette sa tête en arrière, n'est pas chaud, comme « demi-mort », convulse et meurt. Le second, « chaud », fait beaucoup pleurer.

Le terme général pour désigner les convulsions fébriles de l'enfant est *ponoumeta*, littéralement « quelque chose est brusquement tombé sur lui ». L'enfant subit des persécutions par un être invisible. Le *zun* qui n'a pas été évacué est également à l'origine de cette évolution. Le *ponoumeta* est fréquent jusqu'à l'âge de cinq ans. Les matrones distinguent ces crises convulsives hyperthermiques de celles du *pouai*. Le *pouai*, « qui vient subitement » et qui peut être l'évolution du *yipé*, se caractérise aussi par des convulsions, mais il attaque surtout les grands enfants et les adultes. Il est apyrétique et s'accompagne de bave. Le *pouai* n'aime pas la foule : « quand quelqu'un qui souffre de cette maladie se trouve parmi beaucoup de personnes, elle commence à se manifester ». La transmission se fait par le contact avec la bave ou avec le malade. Les types de convulsions sont nommés par analogie avec les animaux qu'elles évoquent et qui en sont jugés responsables. Le *gob youa*, « la maladie du singe rouge », se manifeste par des convulsions comparables aux grimaces du singe. L'enfant présente des clignements des yeux, des trémulations des lèvres ou des membres, crie et s'agite comme le singe *gob*. L'enfant souffrant de *boh youa*, « la maladie du rat palmiste », cligne des yeux rapidement, bouge sa bouche à la manière du rat palmiste. Il a le corps chaud, crie, ferme les poings, étire ses bras et « fait des grimaces », puis « dort beaucoup ». Le *sunb youa*, « la maladie de l'écureuil vert », de mêmes manifestations, est rapporté à une consommation de nourriture souillée par cet écureuil, particulièrement pendant la gestation. Le *têh youa*, « la maladie du hérisson », est rapporté à la consommation de la chair du hérisson.

L'enfant atteint de *pahan*, « la maladie de la sangsue », est gros « comme la sangsue qui vient de se gorger ». Sa mère enceinte était grosse et sa peau luisante. La maladie est due au *zun*. L'enfant risque de décéder lors de la première poussée de fièvre accompagnée de convulsions sévères. Pour les matrones, quand la maladie est installée, le pronostic est fatal, sans possibilité de soins.

Les maladies fébriles

Une hyperthermie est désignée par *kui sheu*, « le corps chaud ». Plusieurs entités sont accompagnées de *kui sheu*. Le terme *gonhon* désigne une maladie qui « jaunit les yeux, les vomissements et les urines », ainsi qu'un arbre dont l'intérieur de l'écorce est jaune. Il est fréquemment traduit en français populaire par « palu ». Plusieurs types sont distingués. Le

gonhon kpè, « paludisme sec », se caractérise principalement par les yeux jaunes, une fatigue, un manque d'appétit et un amaigrissement. Le *gonhon saa*, « paludisme frais », peut être subdivisé en *pohou yohogboueu* et en *gonhon neta*. Le premier, « jaune comme la corde qu'on utilise pour recueillir le vin de raphia », se traduit par des urines foncées, des yeux jaunes avec des points rouges et une toux produisant un crachat jaune. Le second, « eau jaune sur les feuilles utilisées pour emballer de la semoule de manioc », se manifeste par des yeux jaunes sans points rouges, des urines, des ongles et des paumes jaunes. Le *gonhon saa* s'accompagne souvent d'enflure du visage, du ventre et des membres inférieurs. Le *gonhon gue kéré*, « paludisme brutal ou paludisme folie », survient brusquement et violemment comme le masque *gue kéré* connu pour son agressivité. Le *gonhon guima*, « paludisme qui fait mal », se caractérise principalement par des maux de tête violents. Le *gonhon tii* ou *lukia tii*, « paludisme noir », se manifeste par un noircissement de la peau, un gonflement du ventre et des membres inférieurs. Il serait la complication du *gonhon kpè* mal traité. Le *pohou guignon*, « l'huile de palme qui reste dans la calebasse », se caractérise par des yeux jaunes, une fièvre très élevée et fréquemment des convulsions. Le *gonhon kpè*, le *gonhon saa*, le *gonhon guima* et le *pohou guignon* s'observent chez les moins de cinq ans. Le *gonhon* est dû principalement à l'exposition au soleil, lorsque les enfants sont au dos de leurs mères au champ, ainsi qu'à la consommation excessive de certains aliments tels que le manioc ou l'huile de palme. Il peut aussi être transmis lors de l'accouchement ou de l'allaitement.

Le *wobota*, « enlever le feu » est la manière pour l'enfant d'éliminer l'excès de chaleur de son corps. Il s'agit d'une fièvre « normale » qui précède chaque étape de la croissance. L'enfant fait donc plusieurs épisodes de *wobota* à partir de trois mois jusque vers cinq ans.

D'autres affections infantiles

Les matrones disent reconnaître le *feyi yagnan*, « le sang est fini », à la pâleur des conjonctives et des ongles parce que les infirmiers le leur ont appris. Elles se considèrent impuissantes pour cette maladie que seule la biomédecine peut traiter. Souvent précédé d'un « corps chaud », d'une diarrhée ou de vomissements, le *feyi yagnan* tue rapidement quand il n'est pas soigné à temps. Les matrones n'établissent pas de relation avec le *gonhon*.

Le *koula plè*, « la maladie du deuxième estomac », est une masse dure et indolore du flanc gauche, qui disparaît vers l'âge de cinq ans. Il est réputé être à l'origine de poussées de fièvre.

L'enfant atteint de *youeu ga don*, « la respiration du poisson », respire difficilement et tousse. Ses côtes s'enfoncent et s'étirent comme « un poisson respirant par les branchies ». Le *youeu ga don*, souvent fébrile, est considéré comme la plus dangereuse des toux et tue rapidement quand il n'a pas été traité.

Atteint de *zoué youa*, « la maladie du varan », l'enfant respire comme ce reptile, avec de longues apnées. C'est une maladie grave, relativement fréquente, souvent précédée de périodes fébriles.

L'enfant atteint de *wowoukpè*, « le singe sec », est aussi maigre qu'un singe qu'on a séché. Trop petit pour son âge, avec un visage d'aspect vieillot, il est perçu comme un sorcier doté de pouvoirs maléfiques.

Celui atteint de *ounlan* a « les cheveux blancs ». L'enfant atteint de *shroh youa*, « la maladie de l'agouti », est gros et

bouffi. Il présente des oedèmes de la figure, du ventre et des membres inférieurs.

Les traitements, la recherche de soins et la prévention

La biomédecine est généralement considérée comme inefficace et même dangereuse pour le traitement des maladies infantiles décrites par les matrones. Seuls les traitements traditionnels seraient utiles et efficaces, excepté pour le *feyi yagnan*. Chaque entité a son traitement spécifique, en relation avec l'animal incriminé ou le mécanisme causal.

Pour les affections liées au *zun*, le traitement a pour but d'évacuer son excès par les orifices naturels. De la poudre d'écorces ou de bois est placée dans les narines pour le faire sortir par des étternements. Des décoctions, des manœuvres dans la gorge provoquent des vomissements. Des lavements avec des décoctions de feuilles permettent son évacuation par les selles. Pour que le traitement soit efficace, l'enfant ne doit pas manger de sauce gluante *sblan* dont la consistance rappelle le *zun*. Les matrones sont unanimes sur le fait qu'il est dangereux d'hospitaliser un enfant quand on est sûr qu'il a le *zun youa*. Les injections et les perfusions causeraient inévitablement sa mort en augmentant la quantité de *zun* dans le corps.

Lorsque, dans une famille, plusieurs enfants meurent successivement de *zun youa*, les matrones testent par une forme d'ordalie les deux parents pour chercher le responsable. Celui que les inhalations de poudre font le plus souffrir et évacuer de glaires est désigné comme le « coupable ». Il doit se soumettre au traitement pour que ses enfants ne soient plus affectés. La recherche de responsabilité des parents est équivalente en cas de *paban* ou pour une femme enceinte qui a déjà perdu des enfants des suites du *zun youa* ou qui est anormalement grosse. L'absorption de kaolin liquide fait partie de la suite du traitement de l'adulte « responsable » du *zun youa* de l'enfant. Des décoctions sont données au nouveau-né. Il est enduit de kaolin, lavé avec le jus de l'écorce d'un arbre pour le « vacciner ». Ce mot passé dans la langue vernaculaire reflète l'écoute fréquente de slogans de santé publique. Ces différents actes thérapeutiques protégeraient définitivement.

Dans le cas du *yipé*, l'enfant ne doit pas absorber quelque chose de « froid ». Il guérit après deux à trois jours « si c'est un enfant qui doit guérir ». La majorité des matrones est catégorique sur le fait que le *yipé* ne peut pas être soigné par la biomédecine. De même que pour le *zun youa*, les traitements médicaux, surtout les injections, peuvent entraîner la mort : « Les injections et les perfusions apportent du liquide dans le corps, ce qui augmente le *zun* ». Le recours à un service de soins est donc à éviter.

La prévention passe par l'évitement du cri de l'oiseau par les enfants. Les gestantes ne doivent pas manger ou boire ce qui est « froid » et éviter également d'entendre ce cri. Elles doivent rentrer à l'intérieur des cases avant que l'oiseau ne passe au-dessus du village, au crépuscule.

Les infirmiers ont enseigné que les moustiques peuvent transmettre le *gonhon*, mais les matrones n'en sont pas convaincues. Les moustiques sont considérés comme une gêne qui empêche de bien dormir. Le risque de souffrir du *gonhon*, lié au soleil et à la nourriture, est perçu comme inévitable.

D'après les matrones, la biomédecine est inefficace, voire nocive, pour les « maladies du village » comme le *zun youa* et les différents types de *ponoumeta*. Certains traitements traditionnels sont « incompatibles » avec ses traitements. Au centre de santé ou à l'hôpital, il faut payer avant d'être soigné. Les soignants examinent trop vite, sans écouter le malade.

Celui-ci ne part qu'avec des « papiers » et doit se procurer, difficilement, les médicaments prescrits dans les pharmacies. Au village, les praticiens populaires font le diagnostic, donnent les remèdes, perçoivent des rétributions négociées avec les patients, souvent en nature et après un délai. Ces conceptions, ainsi que l'attitude générale des professionnels de la santé, justifient, pour les matrones, la faible fréquentation des structures de soins.

Discussion

La nosologie populaire yacouba explique une grande part des maladies infantiles par un dérèglement du *zun*. Ce dérèglement peut avoir différentes causes alimentaires ou comportementales, en particulier chez les parents. Le *zun*, normalement inoffensif, devient alors dangereux. La théorie du *zun* rappelle celle d'Hippocrate et de Galien basée sur le dérèglement des humeurs (11). Cette notion est fortement ancrée dans la conscience collective. Le concept est large, admis par chacun, mais imprécis, laissant la place à de nombreuses interprétations ou adaptations aux circonstances pathologiques.

Les descriptions des maladies sont basées sur un système de représentations et d'explications autour des symptômes et de leur analogie avec des comportements animaux, ainsi que d'explications causales, d'attitudes thérapeutiques et de prévention. Dans cette « connexion biunivoque entre un symptôme et son agent » (39), lorsque les manifestations évoquent un aspect d'un élément ou lorsque l'élément est supposé être la cause de la maladie, il lui donne son nom. C'est le cas du *yipé*, du *boh youa*, du *goh youa*, du *paban*, du *sunh youa* et du *téh youa*. Ces comparaisons s'inscrivent au sein de vastes théories de contamination d'origine animale, où le rôle de la transmission par la mère est prépondérant. Les Peuls du Fouta-Djallon les regroupent sous le terme générique de « maladies des petits animaux » (9).

Les correspondances biomédicales ne peuvent être établies qu'avec circonspection (22, 18, 38 *loc cit*, 28). Le *wobota*, cette fièvre « normale » qui accompagne chaque étape de croissance d'un enfant, évoque un paludisme simple. S'il n'est pas traité efficacement, il évoluera vers un paludisme compliqué, appelé *zun youa* ou *yipé* selon le cas. L'état de « demi-mort » relaté par les matrones au cours du *zun youa*, peut correspondre à l'altération de la conscience d'un paludisme grave. Le *yipé*, brutal et de mauvais pronostic, évoque les atteintes neurologiques d'un accès palustre grave et aussi d'autres pathologies d'évolution rapide comme les méningites. Le *ponoumeta* semble bien correspondre aux convulsions hyperpyrétiques de l'enfant. Le *gonhon* regroupant les fièvres associées ou non à un ictère correspond *a priori* au paludisme, mais aussi à d'autres étiologies. Il est le seul à être habituellement traduit par « palu », traduisant une ébauche de syncrétisme entre la biomédecine et la médecine populaire. Le syncrétisme ne va pas au-delà de l'appellation puisque le *gonhon* n'est pas dû aux moustiques, mais à l'exposition au soleil ou à une mauvaise nourriture. Cette conception, conférant un caractère inévitable, exclut toute idée de protection par les moustiquaires (17).

Plusieurs pathologies relatées par les matrones décrivent un état de détresse respiratoire. Le *zoué youa* est accompagné de longues apnées. La description du *youeu ga don* évoque une pneumopathie et aussi une complication palustre. Dans une région où la prévalence de *Plasmodium malariae* est de 14 % chez les enfants, il est possible que les entités nosologiques

caractérisées par des oedèmes comme le *pahan* ou le *shroh youa* correspondent parfois à un syndrome néphrotique, dont la première cause est *P. malariae* en Afrique, mais aussi à une malnutrition protéique (1, 30, *loc cit*).

À l'hôpital de la région, l'anémie sévère est la complication la plus observée du paludisme (DIBY LK, comm. pers.). Assimilée au *feyi yagnan*, elle n'est pas reliée au paludisme dans les conceptions populaires. Cependant, à la différence d'autres populations rurales africaines, elle est reconnue par les matrones qui considèrent que son traitement est du domaine de la biomédecine (23, 33, *loc cit*). Le *koula plé* évoque les splénomégalies observées chez les enfants en zone d'endémie palustre. De même que dans d'autres populations, ce « deuxième estomac » n'est pas rapporté au paludisme (2, 27, 29, *loc cit*). Ces cadres nosologiques sont implicitement admis, partagés non seulement par les « spécialistes » que sont les matrones, mais aussi par l'ensemble de la communauté yacouba. Ils se retrouvent avec des variantes dans d'autres populations d'Afrique subsaharienne (16, 38, *loc cit*). Ils permettent des descriptions variant sur les détails, mais reposant sur la même base explicative (26, 37).

La « maladie de l'oiseau » associée aux convulsions de l'enfant est aussi signalée au Mali (15), au Congo (7, *loc cit*), en Ouganda (6, *loc cit*), en Tanzanie (25, *loc cit*, 32), en Afrique du Sud (12). Il existe un lien métonymique entre un oiseau considéré à l'origine de la maladie et les manifestations symptomatologiques, « l'oiseau » étant un terme générique désignant la maladie et sa cause (6, 8, 9, 25). Les oiseaux incriminés sont nocturnes ou crépusculaires, de mauvais augure, et leurs noms ne sont prononcés que par circonlocution ou par euphémisme. La « maladie de l'oiseau » est un concept non figé qui peut être soumis à des « glissement interprétatifs » par changement de catégorie causale. C'est ainsi que le *yipé* qui n'a pas correctement répondu au traitement se verra attribuer l'un des noms des autres « maladies des petits animaux » et *vice versa*. Plusieurs populations distinguent les crises convulsives de la « maladie de l'oiseau » de celles de l'épilepsie par leur répétition et par l'âge de ceux qui en souffrent. Certaines considèrent comme les Yacouba que l'épilepsie peut être l'évolution de la « maladie de l'oiseau » mal soignée (3, 5, 13, 18, 21, 26, 36, 38, *loc cit*).

La transmission des maladies peut être physique (contact avec un milieu pathogène comme la chair d'un animal ou un aliment qu'il a souillé, ses excréments ou ses crachats), visuelle ou auditive. Il est établi une relation entre le monde physique et le monde métaphysique, entre le visible et l'invisible. Les thérapies sont en rapport avec l'agent causal. Ce qui a été en contact avec l'analogie de la maladie doit contenir le « principe actif » pour la combattre. Ainsi, des traitements contre le *yipé* proviennent des arbres sur lesquels s'est reposé l'oiseau ou de l'eau où il a séjourné. Des plantes dont la sève est jaune sont utilisées contre le *gonhon*. Les traitements s'accompagnent d'interdits alimentaires comme la sauce gluante proscrite en cas de *zun youa*. L'interdit alimentaire peut être temporaire ou définitif, acquérant alors une fonction préventive. Sur un autre plan, les traitements révélés par le songe ou par les génies sont implicitement considérés comme authentiques et efficaces. Dans tous les cas, l'accord des forces occultes est obligatoire pour le traitement des maladies d'origine surnaturelle.

Les informations en provenance des professionnels de la santé se situent à côté des conceptions populaires sans en enlever ni le sens, ni la valeur. Le rôle des moustiques dans le paludisme peut être entendu, cela ne supprime ni le *zun youa*, ni le *yipé*, ni le *gonhon*. La biomédecine est globalement considérée comme dangereuse par les Yacouba pour ces « maladies du

village », ce qui explique en partie la faible fréquentation des structures de soins. Il existe un désir de revendication des pratiques thérapeutiques dont l'efficacité serait attestée par des agents de santé. Par ailleurs, le processus thérapeutique étant mené par élimination et les traitements effectués jusqu'à aboutir au bon remède, les quelques malades qui arrivent à l'hôpital sont au bout de leur errance thérapeutique. Leur décès, fréquent, confirme l'incapacité de la biomédecine à traiter ces pathologies. Des insuffisances dans le fonctionnement des services de soins peuvent aussi être en cause, surtout lorsqu'une partie du personnel est persuadée du caractère surnaturel des pathologies ou de la nocivité des traitements biomédicaux.

Conclusion

Au-delà de l'intérêt ethnographique des conceptions yacouba et de leur représentation des maladies, il apparaît difficile de les intégrer aux connaissances étiologiques, cliniques et thérapeutiques de la biomédecine. Ces conceptions expliquent la maladie le plus souvent par un dérèglement interne, éventuellement transmis par les parents. La notion d'agent infectieux ne paraît pas connue. Les mêmes symptômes dus à des étiologies différentes servent à construire une même entité tandis que la diversité d'expression clinique d'une même maladie est ignorée. En particulier, la maladie palustre au sens biomédical n'a pas sa place dans ce système interprétatif. L'étiologie admise du *gonhon* (soleil, nourriture, activités pénibles) ainsi que son caractère inévitable écartent l'idée d'une prévention par les moustiquaires. La perception du caractère normal chez les enfants de certaines fièvres entrave la quête précoce des soins appropriés.

Des recettes simples permettant de faire accepter des messages de prévention et de traitement du paludisme n'existent pas. Ce qui ne signifie pas que ces messages ne peuvent pas être donnés ni être entendus, mais leur acceptation ne peut se faire que sur le long terme. Le rôle des professionnels de la santé est en ce sens important. Ils n'ont pas à légitimer les conceptions populaires, mais n'ont pas intérêt à systématiquement s'y opposer. Ils ont à faire la preuve de la validité de leurs techniques par de bonnes pratiques médicales adaptées aux conditions matérielles des populations.

Remerciements

Les auteurs remercient Pierre LE ROUX, anthropologue (AFESIP) pour la lecture critique du manuscrit.

Références bibliographiques

1. ABDURRAHMAN MB, GREENWOOD BM, DRAPER CC, EDINGTON GM, NARAYANA PT *et al.* – The role of malaria in childhood nephrotic syndrome in northern Nigeria. *East Afr Med J*, 1983, 60, 467-471.
2. AGYEPONG IA – Malaria: Ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control. *Soc Sci Med*, 1992, 35, 131-137.
3. AHORLU CK, DUNYO SK, AFARI EA, KORAM KA & NKURMAH FK – Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Trop Med Int Health*, 1997, 2, 488-499.
4. American Statistical Association. What are Focus Groups? in *ASA Series: What is a Survey?* Section on Survey Research Methods, ASA, Alexandria, USA, 1997, 12 p.
5. BAUME C, HELITZER D & KACHUR SP – Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Soc Sci Med*, 2000, 51, 1491-1503.

6. BILLINGHURST JR, GERMAN GA & ORLEY JH – The pattern of epilepsy in Uganda. *Trop Geogr Med*, 1973, **25**, 226-232.
7. BONNET D – *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. Doc multigraph ORSTOM, Paris, 1986, 65p.
8. BONNET D – Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, in FASSIN et JAFFRÉ, *Sociétés, développement et santé*. Paris, Ellipses/AUPELF, 1990, pp. 248-258.
9. BONNET D – Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau. In JAFFRÉ et DE SARDAN Eds, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, PUF, Paris 1999, pp. 305-320.
10. BREMAN JG – The ears of the hippopotamus: manifestations, déterminants and estimates of the malaria burden. *Am J Trop Med Hyg*, 2001, **64** (Suppl): 1-11.
11. BUJALKOVA M, STRAKA S & JURECKOVA A – Hippocrates' humoral pathology in nowadays' reflections. *Bratisl Lek Listy*, 2001, **102**, 489-492.
12. CREUSAT-GAUDIN L – Guérisseurs, femmes et santé en milieu urbain. Une anthropologie de la médecine traditionnelle en Afrique du Sud. PhD, Univ. Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand, 1997, 516 p.
13. DE SAVIGNY D, MAYOMBANA C, MWAGENI E, MASANJA H, MINHAJ A et al. – Care-seeking patterns for fatal malaria in Tanzania. *Malar J*, 2004, **28**, 27.
14. DAWSON S, MANDERSON L & TALLO V – *A Manual for the Use of Focus Groups*. International Foundation for the Developing Countries, Boston MA, 1993, 96 p.
15. DIOP S – Le paludisme chez l'enfant au Mali. Vers une lecture ethnoépidémiologique *Les Cahiers d'anthropologie*, 2000, **3**, 33-46.
16. GAZIN P, COT M, ROBERT V & BONNET D – La perception du paludisme en Afrique au Sud du Sahara. *Ann Soc Belg Med Trop*, 1988, **68**, 1-3.
17. GENEAU R & DE PLAEN R – Riziculture de bas-fonds : à la recherche d'un compromis entre la sécurité alimentaire et la morbidité. *Cahiers Agricultures*, 2002, **9**, 448-450.
18. GESSLER MC, MSUYA DE, NKUNYA MH, SCHAR A, HEINRICH M & TANNER M – Traditional healers in Tanzania: the perception of malaria and its causes. *J Ethnopharmacol*, 1995, **48**, 119-130.
19. HAUSSMAN MUELA S, MUELA RIBERA J, MUSHI KA & TANNER M – Medical syncretism with reference to malaria in Tanzanian community. *Soc Sci Med*, 2002, **55**, 403-413.
20. HENRY MC, NIANGUE J & KONE M – Quel médicament pour traiter le paludisme simple quand la chloroquine est inefficace dans la région forestière de la Côte-d'Ivoire ? *Méd Trop*, 2002, **62**, 55-57.
21. ILOEJE SO – The impact of socio-cultural factors on febrile convulsions in Nigeria. *West Afr J Med*. 1989, **8**, 54-58.
22. JACKSON LC – Malaria children in Liberian children and mothers: Biocultural perceptions of illness versus clinical evidence of disease. *Soc Sci Med*, 1985, **20**, 1281.
23. JENKINS C – Review of four ethnographic studies on the home management of malaria in Kenya, Ghana, Ethiopia and Malawi. Doc non publié OMS / TDR.
24. KHAN ME, ANKER M, PATEL BC, BARGE S, SADHWANI H & KOHLE R – The use of focus groups in social and behavioural research: some methodological issues. *World Health Statistics Quarterly*, 1991, **44**, 145-148.
25. MAKEMBA AM, WINCH PJ, MAKAME VM, MEHL GL, PREMJI A et al. – Treatment practices for degedege, a locally recognized febrile illness, and implications for strategies to decrease mortality from severe malaria in Bagamoyo District, Tanzania. *Trop Med Int Health*, 1996, **1**, 305-313.
26. MCCOMBIE SC – Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Soc Sci Med*, 1996, **43**, 933-945.
27. MWENESI HA. *Focused Ethnographic Study of Malaria: Field-Testing of a Rapid Assessment Manual*, Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya, 1994, 83 pp.
28. MWENESI HA, HARPHAM T, MARSH K & SNOW RW – Perceptions of symptoms of severe childhood malaria among Mijikenda and Luo residents of coastal Kenya. *J Biosoc Sci*, 1995, **27**, 235-244.
29. NUWAHA F – People's perception of malaria in Mbarara, Uganda. *Trop Med Int Health* 2002, **7**, 462-470.
30. NZEYIMANA I, HENRY MC, DOSSOU-YOVO J, DOANNIO JMC & CARNEVALE P – Épidémiologie du paludisme dans le Sud-Ouest forestier de la Côte-d'Ivoire (Région de Tai). *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, **95**, 89-94.
31. NZEYIMANA I, SOMIAN A & HENRY C – Mortalité infantile en zone de forêt de Côte-d'Ivoire : place du paludisme ? *Résumé des communications*, Atelier intégré Programme PAL+, Anglet, France, 2003, p. 21
32. OBERLÄNDER L & ELVERDAN B – Malaria in the United Republic of Tanzania: cultural considerations and health-seeking behaviour. *Bull Organ Mond Santé*, 2000, **78**, 1352-1357.
33. OMS / TDR – Using Ethnographic Research to Improve Malaria management in Young Children, USAID's Africa Bureau & SARA Project, 1999, 8 p.
34. OMS / UNICEF – *Scaling up home-based management of malaria: From research to implementation WHO/HTM/MAL/2004-1096 TDR/IDE/HMM/041*.
35. SNOW RW, CRAIG M, DEICHMANN U & MARSH K – Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population. *Bull Organ Mond Santé*, 1999, **77**, 624-640.
36. TARIMO DS, LWIHULA GK, MINJAS JN & BYGBJERG IC – Mothers' perceptions and knowledge on childhood malaria in the holendemic Kibaha district, Tanzania: implications for malaria control and the IMCI strategy. *Trop Med Int Health*, 2000, **5**, 179-184.
37. WILLIAMS HA & JONES CO – A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Soc Sci Med*, 2004, **59**, 501-23.
38. WINCH PJ, MAKEMBA AM, KAMAZIMA SR, LURIE M, LWHI-HULA GK et al. – Local terminology for febrile illnesses in Bagamoyo District, Tanzania and its impact on the design of a community-based malaria control programme. *Soc Sci Med*, 1996, **42**, 1057-1067.
39. ZEMPLINI A – La « maladie » et « ses causes », Introduction in *L'ethnographie*, 1985, **2**, 13-44.