

## L'ETRE-MALADE ET L'ETRE-UN-MALADE OU COMMENT DIRE LA MALADIE DANS LA SOCIOCULTURE BULU : UNE ANALYSE ETHNO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA SOUFFRANCE EN NEGRO-CULTURE

OTYE ELOM Paul Ulrich  
Université de Maroua / Cameroun  
papzilla2001@yahoo.fr

*Resumé : Dans les sociétés négro-africaines en général et dans la société bulu du Sud-Cameroun en particulier, le malade occupe un statut social spécifique qui lui impose certaines exigences et fait qu'autour de lui, s'observe de la part de ses proches, un certain nombre de comportements. Être malade dans cette société revient à être un frein dans l'harmonie du continuum social. Toujours gêné par ce statut, le malade bulu va ainsi établir une nette distinction entre être malade et être un malade. Ici, être malade c'est être dans un état pathologique temporaire qui finira le plus tôt possible par se résoudre, tandis qu'être un malade subsume pour lui un état de pérennité de la maladie. Le présent article s'emploie à décortiquer le statut de malade dans cette société en montrant que les usages linguistiques pour désigner la maladie jouent un rôle que l'on ne saurait négliger.*

*Mots-clés : Malade, Être-malade, Être-un-malade, Maladie, Santé, Souffrance.*

*Abstract : In negro-africans societies, particularly among the Bulu of South-Cameroon, the ill-person has a specific social status which bring him to respect some rules. His family develops some behaviours according to his health status. To be ill in this society means to be a serious impediment for the harmony. Always disturbed by this status the bulu ill-person establish a real difference between to be ill and to be an ill-person. To be ill can be seen as a temporary state, which will be easily solved ; meanwhile, to be an ill-person suggest the permanent state of the illness. This article aims to explain the status of ill-person, by showing that the linguistic uses to talk about illness play an important role.*

*Keywords : Ill-person, to-be-ill-person, to-be-an-ill-person, Health, Suffering.*



Moult travaux en anthropologie médicale se sont intéressés aux représentations de la maladie dans les sociétés humaines tant urbaines que rurales, tant occidentales qu'africaines ou asiatiques. Grâce à l'Ecole anglo-saxonne du phénomène médical, on a pu faire une distinction entre : le *disease* qui est la perception du mal par le spécialiste de la santé (tradi-médecin ou bio-médecin) qui, à partir des observations prodromiques et des détails donnés par le malade, indique le traitement adéquat à son mal ; le *illness* qui est la perception que l'individu malade se fait lui-même de son mal, les appréhensions sur sa maladie et la façon qu'il estime adéquate pour trouver la guérison; et le *sickness* qui est la maladie telle que perçue par les membres de la société à laquelle appartient le malade et qui, à partir de l'ampleur de son mal, recherchent l'itinéraire thérapeutique qui convient le mieux pour son traitement. A l'observation, nous pouvons dire que chez les Bulu, ce sont les première et dernière perceptions qui ont plus de valeur et déterminent ainsi la solution finale à apporter pour le mal. La maladie est donc la chose du patient, du médecin au sens le plus large du terme et de l'ethos social. Mbonji Edjenguèlè (2009) va plus loin lorsqu'il pense qu'elle est aussi la chose de l'environnement, du cosmos dans lequel vit le malade.

Il convient dès lors de constater que la perception de la maladie par le malade est parfois négligée et, dans la communauté bulu, celui qui est atteint du mal n'a pas souvent grand-chose à dire et doit suivre les recommandations de son médecin et de ses proches qui veillent d'ailleurs au strict respect desdites recommandations. Dans une société où l'honneur et la fierté tiennent une place importante, surtout chez les adultes, il est difficile de se conforter du statut de malade. C'est la raison pour laquelle celui qui est atteint du mal supporte encore la position d'être-malade et fait tout pour refuser celle d'être-un-malade qu'il trouve dégradante.

## 1. La maladie et la santé dans la socioculture bulu

Dans des travaux antérieurs (2010, 2012) nous avons établi une distinction entre la maladie et la santé chez les Bulu du Sud-Cameroun. Bien qu'admettant qu'être en santé signifie ne pas être malade, la féderation des deux termes peut poser un véritable problème épistémologique. Aussi, pour mieux saisir anthropologiquement le phénomène de la maladie, il est préférable d'explicitier ces deux notions séparément.

### 1.1. La maladie en contexte bulu

Il est vrai que chez les Bulu maladie, *okon* équivaut à absence de santé *mvoe*. En nous appuyant sur une représentation bulu de cette notion, nous voyons qu'il n'existe pas une grande différence avec celle de la plupart des cultures négro-africaines. Reconnaissons ainsi que :

A côté des précompréhensions implicites de la maladie, qui sont vécues plus que pensées et qui ne se présentent pas sous forme de système, il existe dans toute société des modèles interprétatifs, construits, théorisés, façonnés ou comme le dit Lévi-Strauss, « faits à la maison » par les différentes cultures. (Laplantine, 1986 :39)

La maladie est ainsi le discours sur le mal, discours qui diffère ainsi d'une société à une autre. Nous pouvons dire qu'autant une société possède un répertoire alimentaire, autant elle possède un répertoire de ses maladies. Aussi, ce qu'une société nomme maladie n'est pas forcément maladie pour une autre. Dans le même ordre d'idées, les mêmes maladies ne sont pas interprétées de la même façon selon les communautés qui les expérimentent. Nous pouvons dès lors suggérer l'expression de « maladie endo-culturelle » pour signifier que toute culture se constitue un répertoire de ce qui peut être considéré comme une pathologie. Prenons des exemples : le fait pour une femme d'entretenir des rapports sexuels alors qu'on vient d'accoucher est susceptible de rendre l'enfant malade chez les Bulu, alors que ce n'est pas le cas dans d'autres sociétés comme chez les Peuls de l'Extrême-Nord du Cameroun ; de la même façon, une maladie découverte récemment par des psychologues européens, dénommée syndrome de procrastination, pathologisation de l'habitude qu'ont certaines personnes à tout remettre à plus tard, ne saurait en aucun cas être domiciliée dans la mosaïque de maladies cataloguées dans la culture bulu. Aussi, c'est avec raison que Adam P. et Herzlich C. affirment :

Le modelage culturel englobe aussi, au-delà de la perception et de l'expression des symptômes, ce qui est défini comme maladie dans une société donnée. On sait que dans certaines d'entre elles, des phénomènes que la médecine occidentale juge pathologiques ne sont pas considérés comme symptômes : les vers intestinaux que certains groupes ethniques considèrent comme des éléments nécessaires à la digestion en sont un exemple. (Adam et Herzlich, 2004 :60)

## 1.2. La santé chez les Bulu

Il est important de préciser que l'absence de santé n'est pas toujours synonyme de maladie. D. Fassin s'est même étonné de « la rareté des travaux anthropologiques consacrés à cette notion » (Fassin, 1996 :29). Chez les Bulu, la santé se dit *mvoe*. Elle va au-delà de la santé physique et désigne également la paix, l'entente, le calme dans la société, etc. Ph. Laburthe-Tolra et J.P. Warnier soulignent cela en ces termes:

Chez les Beti, comme en maintes cultures, il n'existe qu'un mot -*mvoé*- pour signifier indissociablement la bonne santé individuelle et la paix communautaire en harmonie avec le monde. Corrélativement, le malheur, la malchance, concernent à partir d'un certain degré de gravité, encore plus que l'individu, tout l'ensemble de son groupe, qui mobilisera pour résoudre le problème posé, un grand nombre de processus symboliques et économiques. (Laburthe-Tolra et Warnier, 1998 : 276).

A cet effet, quand il y a trouble dans la communauté, en cas de deuil par exemple, il n'y a pas de *mvoe* parce que cette situation crée un malaise. La société même est susceptible d'être malade. A partir d'un regard anthropologique chez les Bulu, on peut se rendre compte que, parler de la santé, ne concerne pas seulement un individu, mais tous ceux du groupe social. C'est pourquoi, nous nous alignons sur l'idée suivante:

Ainsi, la polysémie du mot santé, dans le sens commun, renvoie-t-elle à des explications sociologiques complexes dans lesquelles interviennent les valeurs culturelles partagées par un groupe à un moment donné, les caractéristiques matérielles de l'existence des personnes et les compétences verbales qu'elles peuvent mettre en œuvre pour nommer les choses. (Fassin, 1996 : 31)

Nous allons également dans le même sens que Georges GANGUILHEM lorsqu'il avance que la santé « ... n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux » (cité par D. FASSIN 1996: 30).

## 2. L'être-le-monde bulu du statut de malade : la différence entre l'être-malade et l'être-un-malade

La maladie en pays bulu se désigne par le terme *okon* (au pluriel *akon*). On parle ainsi de l'*okon* quand l'organisme de l'individu connaît un dysfonctionnement physiologique. Ici, l'individu atteint se remarque par son comportement atypique, inhabituel. Il se replie parfois sur lui-même et amène ainsi les autres membres de la société à s'intéresser à lui. Il s'agit du constat direct de la maladie, parce que l'individu ne s'intègre plus pleinement dans la normalité sociale, oblige les autres à lui apporter une attention particulière.

Toutes ces manifestations sont prodromiques et permettent de ce fait, de classer l'individu sur lequel elles sont observées au rang social de malade ; c'est-à-dire de *nkokon*. Il faut également préciser que le malade peut, au préalable, se déclarer et décrire lui-même ce qu'il ressent, avant que ses congénères n'admettent son état. De toutes les façons, qu'il se déclare ou que les symptômes soient constatés par les autres,

on lui demandera des informations sur son état. Cela démontre qu'on essaie toujours ici de partir des considérations *illnessiques* (de *illness*) du mal pour mesurer son ampleur.

L'attention que le *nkokon* attire sur lui va mettre en place un ensemble de réactions de la société. Réactions qui seront plus ou moins amplifiées en fonction de la gravité du mal dont il souffre. Cela permet alors de déterminer s'il doit oui ou non être pris en charge par un spécialiste, ou s'il peut recouvrer la guérison à l'aide d'une thérapie domestique. Cela nous permet de conclure que chez les Bulu, en ce qui concerne la maladie, on commence d'abord par le *illness* ou la conception que le souffrant lui-même se fait de son mal. De cette individualisation de la maladie, on procède à sa socialisation ou *sickness*, c'est-à-dire la perception et la prise en charge de la maladie par la communauté. Le *disease* intervient donc en dernier ressort ; c'est la prise en compte de la maladie par le spécialiste. Toutefois, précisons que les conclusions du *disease* sont régaliennes dans la mesure où elles ont une influence sur le *illness* et le *sickness*. En d'autres termes, l'avis du spécialiste est susceptible de modifier l'idée que l'individu et la société se font du mal.

Cependant, il est important de noter que, selon l'ampleur du mal dont il souffre, l'individu peut vraiment être classé ou non au rang de *nkokon*. D'où l'importance de revenir sur cette notion.

En contexte bulu, vous pouvez *kon*, c'est-à-dire être malade ou être atteint d'une maladie, sans qu'on vous attribue automatiquement le statut de *nkokon*. Et d'habitude, pour être considéré comme tel, on se base sur la durée de la maladie. Le mot *nkokon* traduit surtout une situation aggravante de la maladie qui ronge l'organisme.

Quand on est par exemple victime d'un mal passager ou d'une maladie qui ne perdure pas, on dira : « *wo kon* » ou « *a kon* » (« *tu es malade* » ou « *il est malade* »). Il n'est pas également rare d'entendre : « *mon okon a de'ele ma* » (« une petite maladie me dérange ») ; cela pour éviter d'alarmer ses proches. L'attention que la société lui porte en ce moment est moins accrue, car on s'attend à ce qu'il recouvre rapidement la santé, la guérison, et que son mal disparaisse complètement. Tout cela confirme que : « Un malade n'est malade qu'en fonction d'une certaine idée de la santé ». (Morel, 1977: 97)

Le *nkokon* que nous appelons *l'être-un-malade* est de ce fait celui qui subit la maladie pendant une période plus ou moins longue, celui dont la guérison complète reste hypothétique. Le *nkokon* est aussi celui qui souffre d'un mal récurrent, en d'autres termes, un mal qui d'habitude détériore son état de santé. C'est celui qui est constamment malade, bref, c'est le maladif. Dans la négro-culture bulu, le statut de *nkokon* s'attribue donc le plus souvent à celui qui, même s'il se trouve en santé, est susceptible d'être attaqué à tout moment par ce que nous pouvons appeler son mal ou sa maladie. Dans le même sens, l'être-malade est pour nous, celui qui dit simplement *ma kon* ou dont on dit *a kon*, estimant sa situation moins handicapante que celle du *nkokon*.

Nous sommes amené de ce fait à affirmer que le qualificatif *nkokon*, revêt une certaine péjoration dans la société bulu. Le *nkokon* est un individu diminué, que la société considère comme un invalide, un *inutile*. On comprend dès lors pourquoi ceux qui souffrent d'un mal passager préfèrent simplement dire qu'ils sont atteints d'un mal ou d'une maladie ; ils préfèrent dire qu'ils sont malades, ce qui est différent ici du fait qu'ils sont des malades. Seule encore la notion d'« avoir la maladie » : *e bi okon* peut relier l'être-malade et l'être-un-malade.

Lors de nos investigations pour les travaux de thèse, un informateur du nom de M. Eya'a Medou, octogénaire, a avoué qu'avant d'accepter son état de malade (donc d'être-un-malade), il a fallu que les maladies dont il souffrait atteignent un stade paroxysmique. En effet, ce patriarche souffrait de rhumatismes, mal d'estomac, inflammation du pied, blessures... Il a alors compris avec désolation qu'il ne serait plus le même dans la société et que le statut de malade le mettrait de ce fait en quarantaine, vis-à-vis des activités sociales. Cette situation, a-t-il avoué, l'a parfois amené à désirer la mort. Le *nkokon* être-un-malade occupe ainsi une place secondaire. C'est en quelque sorte un absent qui ne peut redevenir présent que dès qu'il recouvre la santé. Il a une place secondaire parce qu'il est éloigné de certaines activités qui ne seyant pas à sa fragilité physique. Le qualificatif moliérien de « malade imaginaire » ne peut dès lors ici, peut-être ne s'appliquer qu'aux enfants qui ne sont pas encore des *nya boto*, de « vrais hommes », car l'état ou mieux la position sociale de malade est loin d'être confortable.

L'on peut jouer, rire, se balader, travailler même, mais rester un *nkokon*, un être-un-malade, du fait que l'état de santé soit conditionné par un certain nombre d'interdits particuliers. A ce titre, il est à noter que l'état de convalescence est une maladie chez les Bulu. Le convalescent est un *nkokon*, dans la mesure où sa maladie peut être déclenchée s'il ne respecte pas certaines consignes. Et puisqu'il ne peut pas toujours les suivre minutieusement, il reçoit l'aide de la communauté.

Il est également intéressant de montrer la différence qu'on peut établir ici entre la maladie et la souffrance. Pour le Bulu, nous l'avons montré, celui qui est malade ou mieux celui qui est un malade n'est pas constamment en état de souffrance. Pour parler de la souffrance ici, on utilise le mot *mintae* ; le mot est utilisé au pluriel et est inusité au singulier où il se dit *ntae*. *Wo'o mintae* c'est-à-dire : avoir mal, souffrir (littéralement : entendre le mal), ne signifie pas obligatoirement qu'on est malade. On peut avoir mal parce qu'on s'est heurté le pied contre un rocher, parce qu'on a reçu un coup de poing dans la figure, parce qu'on s'est fait piquer par une fourmi sans pour autant être malade. De la même façon, on peut être malade sans nécessairement avoir mal. On peut par exemple être malade parce qu'on sent une extrême fatigue et une diminution physique. Aussi, peut-on être un malade sans toujours avoir mal. Mais, dans cette socioculture, pour signaler qu'un individu est souffrant, on dit qu'il est malade. *Ma kon*, littéralement : « je suis malade » peut donc signifier en même temps : être malade, être un malade, et être souffrant.

Il y a alors différence en premier lieu entre l'être-malade et l'être-un-malade. Et enfin, entre être malade, être un malade, et avoir mal ou souffrir. Nous voyons ainsi que,

observer la notion de maladie chez le Bulu peut s'avérer très complexe. Il serait donc une erreur de croire que ces trois notions (avoir mal, être malade, et être un malade) qui gravitent autour d'elle vont toujours ensemble.

Le mal ne devient maladie que quand il persiste. La maladie elle-même permet généralement d'octroyer le rôle de malade à un individu que quand elle persiste. Aussi, sans aller au-delà du simple de visu, pourrait-on croire qu'être malade et avoir mal vont nécessairement ensemble. Le malade a toujours mal si on s'en tient à la terminologie française selon laquelle, *malade* vient de *mal*. Pour M. Eya'a Medou :

Quand on est malade, on n'a pas automatiquement mal. Est-ce que quand on a froid par exemple on peut dire qu'on a mal ? Mais, on peut se sentir malade parce qu'on a froid. Et puis, attention le fait d'avoir froid ne peut d'ailleurs être maladie que quand cela n'est pas normal. Cela signifie que, quand il fait froid, c'est normal que vous ayez froid, puisque tout le monde a froid. Certes, il est vrai que même dans cette situation, le fait que vous ayez froid peut devenir maladie pour vous parce que les individus n'ont pas le même organisme. (Eya Medou, entretien du 29 décembre 2007)

Les informateurs sur le terrain ont tout de même fait savoir que, même si le simple fait d'avoir froid peut être considéré comme maladie, la « vraie maladie » c'est quand on ressent des douleurs ; c'est-à-dire quand on a mal. Il est aussi important de noter que les termes *mal* et *souffrance* peuvent sémantiquement nuancer en contexte bulu. S'il est clair qu'on peut traduire *mintae* par mal ou souffrance, ce terme désigne surtout une douleur qui peut être physique (avoir mal à la tête), psychologique (avoir mal au cœur) ou psychosomatique (je me sens psychologiquement mal parce que j'occupe une position sociale de malade). En contexte bulu, toute souffrance n'est pas un mal. On souffre par exemple lorsqu'on a froid mais on n'a pas mal.

Pour désigner une maladie, les Bulu se réfèrent à un ensemble de termes qui ne peuvent être saisis que si on considère leur endogénéité. La maladie peut ainsi être nommée à partir d'un symptôme, d'un vecteur, d'une partie du corps où le mal se fait le plus ressentir, d'une catégorie de personnes. Aussi, sommes-nous d'accord avec L. Mallart-Guimera qui, ayant travaillé chez les Evuzok, groupe ethnique beti, dit :

En examinant ces différents niveaux, on y trouve des termes qui expriment soit un symptôme principal (akon ekoe, « maladies de la toux »), soit un agent pathogène (akon nson, « maladie des vers »), soit la partie du corps où se manifeste l'état morbide (akon nlo, « maladies de la tête »), soit enfin une catégorie de personnes pour qui certaines maladies sont spécifiques (akon bininga, « maladie des femmes ». » (Mallart-Guimera, 1986 :46).

Rappelons que la langue beti et la langue bulu sont des langues aux usages quasi-similaires. Il faut également dire que dans les deux groupes l'on retrouve plusieurs similarités culturelles. D'ailleurs, beaucoup de spécialistes préfèrent dire Fang-Beti-Bulu pour désigner trois groupes aux langues et réalités culturelles qui se rapprochent

### 3. L'endosémie des comportements autour du malade chez les Bulu ou l'inconfort de l'être-un-malade

Même si nous l'avons déjà brièvement évoqué, nous ne pouvons pas clôturer cette partie sans revenir avec plus d'éclaircissement sur les comportements que les Bulu adoptent vis-à-vis du malade, ainsi que sur le comportement du malade.

Le malade dans le panel choisi est un individu à part. Il ne peut plus se comporter comme tout le monde. Aussi, les prescriptions et proscriptions que lui impose son état de santé, font-elles de lui un individu quelque peu mis en isolation. Il est clair que, même si l'individu a besoin de l'attention que les autres membres de la société lui portent lorsqu'il est malade, il préférerait s'en passer. Sa fierté, par cette compassion et cette pitié qu'on lui accorde en prend un coup. La maladie fait de celui qui en souffre, un sous-homme, un inutile dans le bon fonctionnement de la société. Parce qu'on est malade, on ne peut plus convenablement accomplir son devoir de parent, son devoir de conjoint, de chef de village, de notable, etc. Celui qui est malade ne peut plus donner ses opinions ou intervenir avec conviction dans une situation révoltante. Aussi, dans cet état, le patient est la risée de ses ennemis, des ennemis de la famille, voire des ennemis de la contrée.

Le malade est toujours mal à l'aise parce qu'il sait que son état attriste la famille et même la société entière. Il sait qu'à cause de lui, la société connaît une sorte de dysfonctionnement, de malaise. C'est pourquoi, il se sent lui-même obligé de faire de réels efforts pour retrouver sa santé. Même s'il n'a pas souhaité se retrouver dans cet état, le malade se livre dans une auto-culpabilisation et est convaincu d'être la cause d'un certain désordre social. D'un autre côté, il sait pertinemment qu'il peut ou ne doit pas se passer de cette société pour recouvrer la santé. Reconnaissons donc que :

[...] les sociétés traditionnelles offrent en elles-mêmes une cohésion plus forte que la société individualiste moderne. Là où la personne s'épanouit plus qu'ailleurs en se fondant dans la communauté familiale et clanique, les troubles psychologiques sont enrobés dans le contexte religieux et culturel qui sait leur donner une solution. (Laburthe-Tolra et Warnier, 1998 :292).

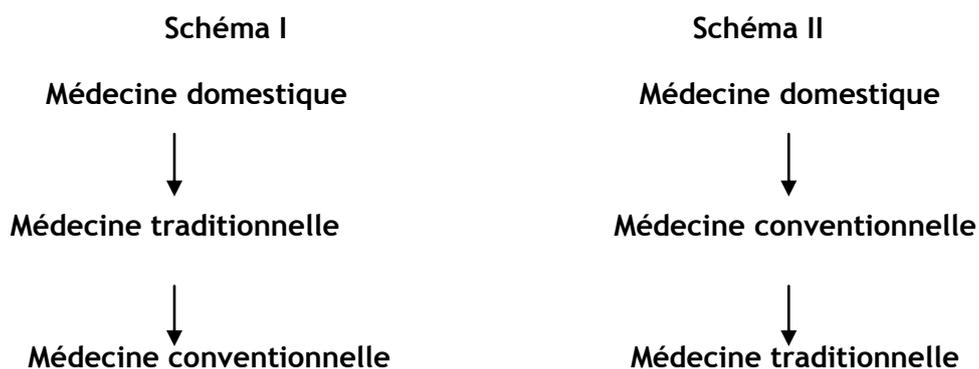
Aussi, le malade est-il gêné de sa position sociale du moment ; nous précisons une fois de plus qu'il est pratiquement impossible de parler dans l'ethos bulu de « malade imaginaire ». La gêne est d'autant plus accentuée que, la société, bien que compatissante, peut en vouloir au malade, surtout lorsque cette maladie est la suite d'un non-respect de certaines règles. Nous avons ainsi vu par exemple des femmes se mettre en colère contre leurs maris malades parce que ces derniers n'avaient pas suivi les injonctions du médecin, comme d'arrêter la prise des boissons alcoolisées. Nous focalisant sur ce fait, on verra que la femme n'est pas la seule à se mettre en colère contre son mari malade. Tous les autres membres de la société participent quand il s'agit de vouer le malade aux gémonies. Ainsi, quand ce dernier est encore convalescent, la société le surveille, guettant la moindre alerte, le moindre prodrome d'une récurrence. Elle veille à ce qu'il suive à la lettre les consignes qui lui ont été prescrites. Cette surveillance n'est relâchée qu'après un temps plus ou moins long, quand on est convaincu qu'il est complètement hors de danger.

Nous comprenons donc maintenant pourquoi le malade ou l'être-un-malade est encore outre mesure mal à l'aise. Son état de santé est constamment surveillé. Même quand il se sent relativement bien, il ne peut pas faire comme tout le monde ; il est écarté de certaines activités. Il est sujet à une protection incommode qui, plutôt que de l'amener à se sentir choyé, le révolte, car le stigmatisant. L'être-un-malade fera donc tout pour accéder à une certaine normalité sociale.

#### 4. Une ethnanalyse des itinéraires thérapeutiques des bulu

Qu'il occupe la position d'être-malade ou d'être-un-malade, le Bulu fait appel à trois recours thérapeutiques. Nous citons en premier lieu, la médecine domestique qui intègre la *folk medicine*, dénomination anglo-saxonne désignant un ensemble de savoirs et de savoirs-faire tradi-médicinaux que tout Bulu peut maîtriser. La médecine domestique intègre également l'usage des produits pharmaceutiques modernes, sans avoir au préalable besoin de l'ordonnance du « bio-médecin », bref, l'auto-médication. Nous avons ensuite la médecine traditionnelle et la biomédecine. La médecine traditionnelle où nous intégrons la *folk medicine* se différencie de celle-ci en ce sens qu'elle fait intervenir un tradi-thérapeute, c'est-à-dire un spécialiste qui se sert du savoir ancestral pour guérir une maladie. Or, la biomédecine est la médecine dite conventionnelle, la médecine dite moderne. Si la médecine domestique est presque toujours appliquée la première, on peut placer les deux autres sur un ordre horizontal. Cette horizontalité se traduit par le fait que, autant après l'échec de la médecine domestique on peut directement avoir recours à la biomédecine, autant on peut directement se tourner vers la tradimédecine. Les schémas suivants peuvent être appliqués à toute négro-culture:

#### Schémas des itinéraires thérapeutiques empruntés par le Bulu



Nous voyons à partir de ces schémas que l'automédication, qui peut être soit naturelle, soit chimique est presque toujours la première solution.

Revenons sur les notions de l'être-malade de l'être-un-malade pour dire qu'on peut avoir mal sans nécessairement recourir à une médication. On peut par exemple se

blessé légèrement et laisser la blessure se cicatriser seule. Il est même possible de considérer un état de santé défaillant comme étant une non-maladie. C'est ainsi que chez les Bulu, on peut tomber malade sans prendre des remèdes. On attend que la maladie passe, guérisse d'elle-même. De simples maux de tête ou maux de ventre par exemple ne nécessitent pas toujours l'intervention des médicaments. La maladie peut également être combattue par un respect à temps déterminé de certaines proscriptions (par exemple, ne pas manger le mets de graines de courges quand on a mal au ventre). Bien souvent, la prise de médicament intervient quand la maladie atteint un stade inquiétant. nous admettons de cette façon que : « *Toutes les sociétés ont développé des modalités de réponse au malheur que constitue la maladie et des formes de prise en charge des malades.* » (Adam et Herzlich, 2004: 7).

Il est aussi important de parler ici du spécialiste à qui on fait appel en cas de maladie. Nous avons vu plus haut qu'il n'y a presque pas de choix primordial entre le médecin traditionnel et le médecin moderne. Si certains avouent souvent opter d'abord pour la tradimédecine, ils n'oublient pas de souligner que ce choix dépend beaucoup plus de leurs ressources financières et de la proximité de cette dernière. Beaucoup, (mais pas la majorité), reconnaissent qu'aller d'abord à l'hôpital est primordial. De toutes les façons, le choix du traitant dépend en grande partie de la maladie dont souffre le malade. En cas d'une causalité biologique, on va le plus souvent d'abord à l'hôpital. Mais en cas de méta-causalité, on se dirige droit vers le tradipraticien.

Cependant, pour bon nombre de maladies dites normales ou biologiques, on peut se rendre directement chez le tradipraticien. Par expérience, les Bulu savent qu'une maladie comme la jaunisse (nom que les Africains donnent à l'ictère) ou les hémorroïdes, sera mieux traitée par un médecin traditionnel. C'est ce que Mbonji Edjenguèlè entend par « *complémentarité horizontale* » (Mbonji Edjenguèlè, 1993 :329). Il évoque ainsi des maladies qui peuvent être traitées tant chez le biomédecin que chez le médecin traditionnel. Il va en cataloguer quelques unes : l'hypertension artérielle, l'ulcère d'estomac, la cirrhose du foie, la constipation, l'asthénie sexuelle, l'asthme, etc. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, l'auteur, soucieux de lever toute équivoque, affirme :

Les rapports entre la médecine africaine aujourd'hui faite traditionnelle que l'OMS définit comme l'ensemble de toutes « les connaissances pratiques, explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération, oralement ou par écrit » et la médecine occidentale sont à situer d'abord dans le contexte global que Georges Balandier appelle la « situation coloniale », ensuite dans les reflexes de l'endocolonisation qui, tout en parlant revalorisation, n'en pense pas moins à l'aune d'une conception établie de la pratique médicale. Le contact des civilisations occidentales et africaines n'a pas toujours été de mutuelle acceptation. Au contraire, la logique qui a présidé à cette rencontre est de rupture, d'exclusion des pratiques thérapeutiques autochtones selon les sacro-saints principes de l'«assimilationisme». Mais d'après Paul Borel, lorsqu'un peuple se sent menacé, il potentialise son sacré. La médecine africaine exclue ou combattue, empruntera la voie du maquis sans pour autant disparaître.(Mbonji Edjenguèlè, 1993 : 328).

Au demeurant, l'échec de l'une des médecines, fait souvent entrer en scène l'autre. Il faut tout de même savoir que, cette mise en action de l'autre médecine n'est pas toujours automatique. Reconnaissons que, quand la médecine conventionnelle échoue, tout de suite, on fait intervenir la médecine traditionnelle. Il n'en est pas de même avec la médecine traditionnelle qui, parfois, n'entraîne que le changement des médecins. Cela s'explique par le fait que, quand l'hôpital s'avère incapable de soigner une maladie « simple », l'on pense directement à un phénomène surnaturel. Pour nos informateurs, les sorciers dissimulent souvent les maladies dites mystiques dans des maladies « normales » pour les rendre difficilement détectables. Ainsi, ces maladies mystiques évoluent jusqu'à un stade inguérissable, irrévocable, ce qui peut entraîner alors l'*ethno-hospitalisation* du malade. Au regard de ce fait, L. Mallart-Guimera précise :

C'est ainsi qu'un état pathologique considéré dans un premier moment comme une maladie « simple », peut être considéré plus tard comme une maladie diurne (causée par les ancêtres), pour être interprété enfin comme une maladie nocturne (causée par les sorciers) ou vice-versa. Cette succession de diagnostics étiologiques peut être le résultat de l'apparition de nouveaux symptômes ou bien de la persistance ou aggravation des premiers. Elle est liée très souvent à l'inefficacité du traitement et au changement du thérapeute. (Mallart-Guimera, 1985 :51)

De toute évidence, lorsqu'il s'agit de sorcellerie, du *witchcraft*, on est obligé de demeurer dans la médecine traditionnelle ou crypto-médecine, comme pour dire que les connaissances du soignant ici sont de l'ordre du « surnaturel ». Il ne faut cependant pas penser que les Négro-africains en général et les Bulu en particulier sont paranoïaques au point de penser que l'échec du *bian Ntangan* ( littéralement, « remède du Blanc ») rend la maladie *ipso facto* surnaturelle. Mais, il faut tout de même admettre que les Bulu reconnaissent au *bian Bivindi* ( littéralement « remède des Noirs »), la faculté de mieux traiter certaines maladies simples, que la médecine conventionnelle.

On note donc deux types de maladies : les maladies simples, moins inquiétantes, qui ne nécessitent pas toujours un *ngengan* (tradi-médecin) ou un médecin. Donc, quand bien même on fait appel à lui, on ne s'en inquiète pas trop. Nous avons ensuite les maladies dites mystiques, prenant leur étiologie dans une méta-cause. Elles peuvent être soit causées par les sorciers, soit provoquées par la rupture d'un interdit, donc par Dieu, les génies, les ancêtres. Voici comment L. Mallart-Guimera lors de son séjour en pays évuzok, arrive à les distinguer :

L'élément pertinent qui rend intelligible l'opposition entre ces deux classes de maladies se situe au niveau des conceptions étiologiques. Une maladie est qualifiée de « simple », « peu importante », lorsque d'une part, elle ne s'articule pas avec le système magico-religieux propre au peuple beti et que, d'autre part, elle ne met pas en cause l'ordre de la société. Elle devient ainsi « insignifiante » à l'égard du groupe, c'est-à-dire dépourvue de toute incidence sociale, magique ou religieuse. Elle n'est le résultat d'aucun conflit social, d'aucune transgression. Elle n'est attribuée ni à l'action des ancêtres, ni à celle des sorciers. Elle est conçue enfin, comme un phénomène normal qu'on essaie d'expliquer uniquement par des causes biomédicales. Par contre, les maladies autochtones se caractérisent par leur fonction signifiante. Chacune de ces maladies est en effet un signe. Elles apportent à la société un message. Pour le décoder, le groupe, les aînés et/ou le médecin spécialiste, doivent se rapporter à la logique de leur système social et magico-religieux. (1985 :52)

Les maladies diurnes sont en de ce fait des maladies normales, sans méta-cause, et les maladies nocturnes sont causées par l'action malfaisante d'un sorcier, le même auteur ainsi sur ces maladies :

L'opposition entre le jour et la nuit renvoie à l'opposition absence d'évu/ évu. Les maladies diurnes se caractérisent par le fait qu'elles ne sont pas en rapport avec le domaine de l'évu. Elles ne le sont pas étiologiquement parlant, car on ne les considère pas provoquées par les personnes en possession d'un évu antisocial. Elles ne le sont pas non plus au niveau thérapeutique, car les médecins chargés de les soigner ne doivent pas être nécessairement en possession de l'évu. Comme les maladies simples, elles s'inscrivent dans le cadre de l'ordre instauré par l'ancêtre fondateur Zamba, bien que différemment. (Mallart-Guimera, 1985 :53)

Ici, nous trouvons judicieux de définir l'évu pour une meilleure compréhension de la citation. Certes, on devinera de visu que l'évu est la sorcellerie. Cependant, pour être plus précis, nous donnons cette définition de M.P. Hebga pour qui l'évu est : « *L'être étrange qui réside dans le ventre, le foie ou l'intestin des sorciers, et grâce auquel ils commettent les crimes les plus crapuleux, dans la plus totale impunité parce que dans le secret le plus absolu.* » (Hebga, 1979 : 87)

Jean-Pierre OMBOLO continue :

Il est de nature de l' « évu » [...] d'aller la nuit se repaître du sang de ses victimes. Il peut aussi manger le cœur et les poumons de ces dernières ou boire le lait des femmes gestantes. Le résultat est toujours que les victimes s'affaiblissent, tombent malades physiquement ou mentalement (ou les deux) et meurent. Il arrive aussi que l' « évu » qui au cours de ses pérégrinations nocturnes n'a rien trouvé à manger, se retourne contre son détenteur pour s'en nourrir ; s'il s'agit d'une femme enceinte, l' « évu » peut s'attaquer au fœtus qu'elle porte en elle. (Ombolo, 2000 : 37)

De toutes les façons, que la maladie fasse appel à la phéno-médecine (médecine des causes naturelles) ou à la la crypto-médecine (médecines des causes surnaturelles), l'individu n'acceptera avec regret qu'il est-un-malade que si la maladie perdure, sinon au début de la maladie il préférera simplement qu'on dise qu'il est-malade pour mieux affronter sa maladie.

## Conclusion

Arrivé au terme de cet article, nous pouvons dire qu'il existe une différence dans la socioculture bulu, entre l'être-malade et l'être-un-malade. Au demeurant, les deux positions sont mal vécues par l'individu, mais celle d'être-un-malade apporte à l'individu un plus grand sentiment d'inutilité pour la communauté. S'il est vrai que chez l'Africain la maladie est antro-po-socio-cosmique, *id est* qu'elle a une influence sur l'individu, la société et l'environnement, il n'en demeure pas moins que l'individu atteint du mal est celui qui vit le plus mal cette situation. Aussi, pour mieux accepter psychologiquement sa condition de malade, il est préférable pour lui de se voir comme malade que comme un malade. Être-un-malade signifie pour lui qu'il ne peut plus mener un style de vie normal, qu'il est en quelque sorte un *has been*, une personne dont on peut se moquer, donc qu'il n'est plus un « homme plein ». Beaucoup de Bulu à qui on a interdit de prendre des boissons alcoolisées parce qu'il souffraient du foie ou de

l'estomac refusent souvent de suivre cette proscription et certains disent même sans ambages qu'ils préfèrent mourir. Dans une société où on pense que « l'homme qui ne boit pas n'est pas un homme », on comprend dans cette situation que l'être-un-malade n'est plus ontologiquement un homme. Au mieux, il est un demi-homme.

## Sources bibliographiques

- ADAM Ph. et HERZLICH C..2004.*Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin.Paris.
- FASSIN D. 1996. *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*.PUF. Paris.
- HEBGA M. P.1979. *Sorcellerie. Chimère dangereuse ?*Inades Editions.Abidjan.
- LABURTHE-TOLRA Ph. et WARNIER P.1993.*Ethnologie-Anthropologie*. PUF.Paris.
- LAPLANTINE F. 1986. *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot.Paris.
- MALLART-GUIMERA L. 1985.« Le Discours étiologique d'un médecin évuzok » dans*L'Ethnographie*, 23, LXXXI, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*.Société d'Ethnographie.Paris. P.45-64.
- MBONJI E. 1993.« L'Africain entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne : une exigence de la méta-médicalité » dansTOUATI François-Olivier. *Maladies, Médecines et Sociétés. Approches historiques pour le présent. Tome II*.L'Harmattan/Histoire au Présent. Paris. P. 328-339.
- MBONJI E.2009.*Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autretradipratique*. Presses Universitaires de Yaoundé.Yaoundé.
- OMBOLO J.- P. (2000) *Quand l'homme mangeait de l'homme*. Presses Universitaires d'Afrique.Yaoundé.
- OTYE ELOM P. U.2010.« L'aliment-médicament dans l'Univers culturel beti-bulu » dans LADO L.*Le pluralisme médical en Afrique. Hommage à Eric de Rosny*. Karthala/PUCAC.Paris. P.461-473.
- OTYE ELOM P. U. 2012.*Alimentation et santé chez les Bulu du Sud-Cameroun : contribution à une ethno-anthropologie de l'aliment-remède*/Thèse de Doctorat/Ph.D. sous la direction de MBONJI EDJENGUELE. Université de Yaoundé I.